

УДК 17.01

Омеличкин О. В.

МОДЕЛИ НРАВСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннотация

Изучение актуальных моделей нравственного поведения в российском здравоохранении составляет *предмет* настоящего исследования. В качестве его *методологического основания* выступает теория социального действия и базовый принцип единства сознания и поведения. В работе осуществлен этический анализ проблем медицинской деятельности, подчеркивающий ее зависимость от доминирующих в обществе нравственных ценностей и норм. Рассматривается фактор растущей коммерциализации медицины, которая приходит в противоречие с принципами гуманизма и милосердия. В *результате исследования* выделены различные типы и формы поведения врачей и пациентов, показана роль морали в его регулировании. Автор выступает против переноса экономических схем на сферу здравоохранения. Определяющими здесь являются медицинские и социально-нравственные цели и результаты. Основное внимание уделяется моде-

лям социального поведения как ценностно-нормативным комплексам, определяющим установки и действия людей. Выделяются такие модели нравственного поведения медиков, как патерналистская, контрактная, технократическая, модели доминирования (с допущениями), сострадания, сотрудничества и служения. В *выводах* подчеркивается необходимость укрепления нравственных ориентиров в работе персонала и повышения роли социальных институтов здравоохранения, поддерживающих моральные критерии оценки их деятельности.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинский работник, биоэтика, мораль, модель, поведение, деятельность, мотивы, установки, моральная ответственность.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования: данная работа не имела источников финансирования.

Для цитирования: Омеличкин О. В. Модели нравственного поведения в здравоохранении // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2023. Т. 4, № 1. С. 13–24.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023 г

PHILOSOPHY

Omelichkin O. V.

MODELS OF MORAL BEHAVIOUR IN HEALTHCARE

Abstract

The study of current models of moral behaviour in Russian public health service is the *subject* of this paper. Its *methodological basis* relies on the theory of social action and the fundamental principle of consciousness and behaviour unity. The author undertakes an ethical analysis of medical activity constituents, emphasizing their dependence on the dominant moral values and social norms. The factor of the growing commercialisation in medicine is thoroughly inspected, which comes into conflict with the principles of humanism and mercifulness. As a *result of the research*, various types and forms of doctors' and patients' behaviour are identified and the role of morality in the regulation of both is featured. The author argues against transferring economic schemes to the healthcare sector. What is really decisive here are medical and socio-moral goals and results. The main attention in the

study is paid to the models of social behaviour as value-normative complexes determining the attitudes and actions of people. The paper highlights such models of physicians' moral behavior as paternalistic, contractual, technocratic, as well as models of dominance (with assumptions), compassion, cooperation and service. The *conclusion* emphasises the necessity to strengthen moral guidelines in medical workers' professional area and increase the role of social health institutions which establish the moral criteria for evaluating the relevant activity.

Keywords: healthcare, medical worker, bioethics, morality, model, behaviour, activity, motives, attitudes, moral responsibility.

Conflict of Interest: none declared.

Funding: there was no funding for this project.

For citation: Omelichkin O. V. Models of Moral Behaviour in Healthcare // Humanities and Social Sciences Bulletin. 2023. Vol. 4. №. 1. P.13–24.

Введение

Развитие системы здравоохранения в нашей стране зависит не только от уровня финансирования и инфраструктуры отрасли, технического оборудования и обеспеченности лекарственными препаратами, но и от множества социокультурных факторов, связанных с деятельностью медицинских работников. На работу врачей и всего медицинского персонала влияет качество полученного образования, научное и информационное сопровождение, владение новейшими технологиями и методами, высокая мотивация труда, коммуникативные способности, корпоративная культура и т.д. Особое место занимают вопросы этического порядка, которые наряду с институциональными нормами, регламентирующими порядок предоставления медицинской помощи, выступают важнейшим регулятором взаимоотношений с пациентами и коллегами. Моральный облик работников, принятые ими модели нравственного поведения играют первостепенную роль в процессе лечения, способствуют повышению качества медицинских услуг и сбережению здоровья всего населения.

В качестве основных нравственных ориентиров для медика выступают сопричастность к жизни людей, сострадание, уважение, милосердие и другие моральные чувства. Они оказывают прямое воздействие на принятие им моральных обязательств и осознание своего профессионального долга. Медицинские работники оказывают жизненно необходимую помощь людям на основе добра, справедливости, равенства и бескорыстия. Поэтому необходима определенная институционализация моральных ценностей и представлений, превращение их в обязательную норму и правила поведения в сфере здравоохранения, гуманизирующие отношения людей. Это способствует формированию этического сознания и поведения у всего медицинского сообщества. Определенную роль здесь играют этические кодексы, которые устанавливают соответствующие стандарты медицинской деятельности и обязанности заинтересованных сторон. Они имеют рекомендательный характер, но выступают важным нравственным ориентиром и регулятором для всех работников данной сферы.

Цель настоящей статьи состоит в выявлении актуальных моделей нравственного поведения сотрудников медицинских организаций, исполняющих свои профессиональные обязанности. Для этого необходимо систематизировать основные подходы в изучении нравственных сторон медицинской деятельности, описать возможности общественного контроля над ее осуществлением. В результате должны быть определены нормативные и модельные модели нравственного поведения в здравоохранении и описаны их особенности. Такие модели могут служить своеобразным эталоном для оценки работы медицинского персонала.

Объект анализа – социальные отношения в сфере здравоохранения в аспекте взаимодействия основных субъектов. Предметом исследования является нравственное поведение работников данной сферы, аксиологические аспекты их труда и характеристики их личностных качеств. На этой базе формируются общие модели нравственного поведения, основанные на ценностном отношении медиков к своей профессии и пациентам. Анализ осуществляется на фоне растущей коммерциализации медицины, которая объективно приходит в противоречие с заявленными в ней и неукоснительно соблюдаемыми принципами гуманизма и милосердия. Представленные модели являются упрощенными теоретическими конструкциями, необходимость которых обусловлена возможностью рассмотреть нравственные формы поведения в современной медицине. Знание о чертах и мотивации подобного поведения позволяет наметить перспективы развития отечественного здравоохранения на будущий период.

В качестве методологического основания исследования выступает принцип единства сознания и поведения, разработанный Л. С. Выготским, С. Л. Рубинштейном и другими отечественными психологами. Он вполне применим к анализу морального поведения, в котором всегда реализуются определенные установки сознания. При этом открытым остается вопрос о соотношении поведения и человеческой деятельности в моральном контексте. Вслед за многими специалистами мы считаем, что предметная деятельность становится поведением, когда приобретает личностное и социальное значение и отражает отношение субъекта к обществу и принятым моральным нормам. Различное отношение к требованиям морали порождает различные виды (модели) поведения. Правила и ценности морали регулируют человеческое поведение и придают ему общественный характер. Кроме того, отличие социального поведения от деятельности состоит в том, что оно носит исключительно внешний, наблюдаемый характер и может приобретать отрицательные (девиантные) формы. При этом в поведении (за исключением инстинктивных реакций) всегда подчеркивается общественный характер деятельности, ее аксиологическое содержание. В настоящей статье данные термины употребляются как синонимы.

Наш подход основан также на теории социального действия М. Вебера. Ученый предложил следующую классификацию мотивов и типов социального действия: 1) традиционное действие, основанное на длительной привычке; 2) аффективное действие, отличающееся повышенной эмоциональностью; 3) ценностно-рациональное действие, основанное на вере в безусловную – этическую, религиозную или любую другую – самодовлеющую ценность определенного поведения как такового, независимо от того, к чему оно приведет; 4) целераци-

ональное действие, в основе которого лежит ожидание определенного поведения объектов и других людей и использование его в качестве условий или средств для достижения рационально поставленной цели. Оно учитывает побочные результаты и последствия действий [5, с. 628-630]. Все они представляют собой идеальные типы действий, из которых и состоит реальное поведение людей, и ориентируются на различные типы сознания и рациональности.

В отечественных [10; 15] и зарубежных [17; 18] исследованиях выделяются и другие научные стратегии, описывающих поведение людей в различных сферах жизни – экономике, политике, культуре и т.д. К ним относятся институциональный подход, в котором порядок обеспечивается благодаря системе принятых норм и предписаний (Н. Смелзер); структурно-функциональный подход, в котором целостность системы зависит от исполнения индивидами и группами определенных социальных ролей (Т. Парсонс); интеракционистский подход, изучающий социальное поведение как процесс взаимодействия людей посредством различных символов и смыслов (Дж. Мид) и др. При этом отсутствует унифицирующий подход, моделирующий цели, мотивы, черты рационального социального поведения человека. Остаются невыясненными степень осознанности поведения, наличие в нем нравственных элементов, типы взаимодействия с другими субъектами и т.п.

В этом отношении для биоэтики значительный интерес представляет анализ социально-психологических моделей поведения [16; 19; 20]. Они основываются, например, на известной теории когнитивного диссонанса (Л. Фестингер), которая объясняет изменения ценностей и убеждений индивидов стремлением к достижению содержательной согласованности позиций; теории осмысленного действия (М. Фишбейн), в которой установки субъектов определяют действия и оценку их результатов; теории активации норм (Ш. Шварц), в которой ведущая роль в поведении приписывается эмоциям и ощущению моральных обязанностей; теории социальной идентичности (Дж. Тернер), согласно которой индивиды идентифицируют себя с определенной группой и ее ценностями в оппозиции к другим группам; когнитивной теории саморегулирования (А. Бандура), основанной на самонаблюдении и самооценке субъектов и др.

Для решения поставленных задач нами используется *этический анализ* проблем медицинской деятельности, подчеркивающий ее зависимость от доминирующих в обществе моральных ценностей и норм. В данном ракурсе в статье применяется аналитический метод исследования, деятельностный подход в изучении и обобщении сложившейся практики медицинской работы, моделирование процессов, типологизация профессиональных тактик врачей. Автор стремился провести этический анализ

проблемы поведения медицинских работников в рамках парадигмы общественной морали. В качестве отправной точки используется представление о *социальном поведении* как совокупности социальных действий индивидов и групп, сформировавшихся под влиянием внутренних или внешних факторов, направленных на поддержание и развитие самих субъектов, и сохранение/изменение среды.

Основное внимание уделяется изучению профессионального поведения медицинских работников. Оно связано с деятельностью по комплексному обследованию состояния организма человека, использованию методов его диагностики и терапии (лечения). Нами рассматриваются духовно-нравственные показатели этой деятельности. Принимается широкое определение, данное Н. А. Вялыхом: социальное поведение в сфере здравоохранения есть совокупность индивидуальных (но типичских в своем роде) и групповых, сложившихся исторически и воспроизводимых на уровне ментального программирования, практик, связанных с поддержанием (упрочением, сохранением) здоровья и/или предупреждением (лечением) болезней либо «совладания» с ними. Из этого следует, что данное поведение предполагает социальное действие (рефлексивное или рутинное), опосредованное нормативно-символическим пространством (культурой здоровья общества). При этом практики социального поведения в сфере здравоохранения формируются в широком социальном контексте, так как корреспондируют с ожиданиями других людей (членов семьи, коллег, знакомых, медицинского персонала) и с общественным мнением в виде культурных архетипов [6].

В российской социологии Н. А. Вялых условно выделяет две группы в теоретико-методологических традициях изучения социального поведения в сфере здравоохранения – субъективистские и объективистские. В субъективистских концепциях (И. Б. Назарова, Л. С. Шилова и др.) подчеркивается роль поведения человека, которое зависит от индивидуальных характеристик (пол, возраст, социальный статус, ресурсный потенциал). В рамках объективистской методологии (И. В. Подпорина, А. В. Решетников и др.) преимущественно рассматриваются экономические, территориальные, организационные и иные параметры, определяющие степень доступности и качества конкретной системы здравоохранения. Автор предлагает генерализованную научную модель исследования социального поведения в сфере здравоохранения, основанную на синтезе существующих социологических традиций [6].

В содержательном плане в изучении данных аспектов здравоохранения применяется валеологический подход, рассматривающий здравоохранительное поведение как проявление самосохранительной активности, связанной с информационной осведомленностью и поиском качественной медицинской помощи; в аксеологиче-

ском подходе подчеркивается исключительная ценность здоровья как результат ценностных ориентаций и социальной диспозиции личности; в экономической теории внимание акцентируется на экономически обусловленном характере рационального поведения людей в сфере здравоохранения; социологический подход предполагает изучение особенностей медицинского обеспечения и состояния здоровья различных групп населения, социально обусловленных моделей их поведения в данной сфере; в социокультурных исследованиях выделяются духовные, этические, образовательные и иные детерминанты человеческого поведения и общей медицинской культуры.

Обзор различных дисциплинарных подходов к проблеме поведения в сфере здравоохранения свидетельствует о значительном интересе к ней со стороны отечественных и зарубежных ученых. Накоплен богатый теоретический и эмпирический материал относительно различных моделей здравоохранения, уровня медицинского обслуживания населения, доступности медицинских услуг, отношений пациентов с медицинским персоналом и т.д. Однако ряд вопросов этического характера остается малоизученным. К ним относятся модели нравственного поведения медицинских работников в условиях реформирования всей системы российского здравоохранения. Необходимо выяснить роль моральных компонентов в профессиональной деятельности врачей, всего персонала, которые имеют для нее гуманизирующее, мотивационное и компенсаторное значение.

Результаты исследования

Понятие медицинского поведения (деятельности) имеет множество аспектов. Можно выделить его инструментальный характер, связанный с использованием определенных средств и процедур. Надо говорить об особом характере действий людей, о взаимодействии, влияющих на состояние отношений в этой области. Объективистские трактовки дополняются анализом целей и мотивов, представлений и чувств работников, занятых медицинской помощью. Все это отражает качественную специфику профессионального поведения медицинского работника, его гуманный характер, активность, созидательную направленность, организованность. Оно включает разные типы: символическое участие (обозначенное присутствие), пассивное (получение информации), коммуникативное (обсуждение проблем, принятие решений), практическое (осуществление действий). Выделяют такие формы поведения, как коллективное и индивидуальное, формальное и неформальное, нормативное и отклоняющееся, рациональное и иррациональное, конструктивное и деструктивное, креативное и стандартное и т.д. [3].

Наряду с другими нормативными системами мораль участвует в регулировании поведения людей, занятых в

здравоохранении. Осуществляется это посредством моральных норм, ценностных ориентиров, мотивации, соответствующих оценок определенных действий и их последствий, используемых средств и полученных результатов. Категории добра и зла играют здесь основополагающую роль. Влияние морали происходит через систему воспитания и общественного мнения, средствами убеждения, авторитета, личного примера. При этом особое значение имеет осознание работниками своей моральной ответственности, предполагающей признание возможности наложения на них различных моральных санкций в случае неудовлетворительных итогов. Они выражаются в общественном порицании, критике, разъяснении характера нанесенного людям ущерба. Подобный моральный контроль способствует критической самооценке человека (здесь уместно вспомнить понятие стыда) и выбору этически правильных поступков в сложных и непредвиденных ситуациях.

В отечественной науке сформировалось два направления в изучении морального поведения. Так, многие ученые полагают, что оно является структурным компонентом морали, наряду с моральным сознанием и моральными отношениями (А. А. Гусейнов, Т. В. Мишаткина и др.). Другие специалисты исходят из того, что мораль играет внешнюю роль по отношению к поведению, регулируя его с помощью моральных норм и предписаний (Е. В. Золотухина-Аболина, А. П. Скрипник и др.). Мы полагаем, что поведение является практическим выражением морали, оно так или иначе опосредовано моральным сознанием. Действие, совершаемое инстинктивно, носит, как правило, внеморальный характер. Нравственное поведение человека проявляется в его поступках. В них присутствуют как внутренние ценностные установки человека, его сознательные устремления, так и учет им внешних условий и обстоятельств, общественная значимость действий. То есть поступок всегда отражает нравственные характеристики субъекта и может получить моральную оценку. С точки зрения должностования можно выделить такие теоретические уровни моделей нравственного поведения: идеал как высшее состояние морального сознания и поведения; нормативная модель как обобщенное представление об общественно необходимом и возможном поведении; модальная модель как наиболее распространенная форма поведения, регулируемая конкретными правилами и обычаями.

Существуют различные *социальные механизмы* поведения: подражание, адаптация, самореализация и т.п. Основными механизмами влияния морали на профессиональную деятельность и поведение медика являются, на наш взгляд, его совесть и представление о долге. Природа их различна. Если совесть отражает внутреннее состояние личности и формирует его самооценку, то долг или исполнение обязанностей подлежат внешнему контролю

со стороны общества. Кроме того, понятие долга предполагает одинаковые требования, предъявляемые к разным людям, независимо от их способностей и опыта. В этом смысле оно безлично. Апелляция к совести исходит из признания различий в моральной отзывчивости людей и их готовности прийти на помощь. Здесь действует принцип дифференциации, проявляющийся в оценке нравственных мотивов деятельности и степени соблюдения общественных и личных интересов.

Особенностью нравственного поведения в медицине является то, что в нем первостепенное значение имеют не только реальные результаты лечебного процесса, но мотивы и ценности, которыми руководствуются медики, степень их удовлетворенности своей работой. При этом следует избегать излишней морализации данного процесса, ведь в вопросах здоровья моральные критерии не являются определяющими. Но они обязательно присутствуют в сфере здравоохранения. Ведь она имеет дело не с пассивными природными субстанциями или экономическими категориями прибыли, а с людьми и их духовными запросами. Для них жизненно необходимо проявление эмпатии, милосердия, заботы со стороны персонала. В этом смысле можно говорить о сопереживании, человеческой солидарности и поддержке как нравственном требовании профессии. Поэтому медицинская деятельность вполне поддается моральной оценке.

Моральное содержание медицинской деятельности заключается, на наш взгляд, в следующем: а) в получении результатов, важных для пациентов и отвечающих моральным критериям общества; б) в нравственном совершенствовании самого медика и достижения им удовлетворения от своей работы; в) в соблюдении профессионального кодекса поведения, устанавливающего санкционированные обществом нравственные стандарты и правила медицинской деятельности; г) в формировании социальных связей, направленных на вовлечение персонала и пациентов в отношения сотрудничества и взаимной помощи. Подобный подход позволяет выстроить определенную классификацию моделей нравственного поведения медиков, включая его допустимые, желательные, типичные и идеальные формы.

Основной целью профессиональной деятельности медицинского работника и его нравственным долгом является забота о сохранении жизни и здоровья людей, профилактике заболеваний, облегчении человеческих страданий, возвращении сограждан к полноценной жизни. В вопросах охраны здоровья он является безусловным лидером общественных отношений. Он транслирует научно обоснованные требования к поддержанию здоровья, контролирует медицинскую и эпидемиологическую обстановку, осуществляет непосредственную помощь людям. Работа медицинского персонала основана на принципах социальной коммуникации и широкого распро-

странения необходимой для граждан медицинской информации, равноправного партнерства и социального обмена с населением, необходимой поддержки и патронажа по отношению к пациентам и тем, кто в этом нуждается, наконец, социальной пользы для благополучия всего общества. Очевидно, что достойное выполнение профессиональных обязанностей медиком связано не только с уровнем его подготовки и квалификации, но и с наличием необходимых для данной профессии моральных качеств.

Данное обстоятельство обусловлено тем, что объектом медицинской деятельности является человек. Его здоровье и полноценная жизнь составляют главную ценность и цель общественного развития. Забота о человеке (человеколюбие) есть нравственное качество, включающее гуманность, милосердие, ответственность. Поэтому духовный облик медика проявляется в его нравственном отношении к пациентам, в соответствующих моделях его профессионального поведения. Однако существует позиция, согласно которой в настоящее время «полностью сменились установки, как социальные, так и экономические, определяющие деятельность медицинской сферы. Эти установки полностью смещены из нравственных аспектов в аспекты финансовой и экономической составляющей, а в частности в сферу финансовых выгод, что и определяет деятельность как отдельно взятых лечебно-профилактических учреждений, так и отдельно взятых субъектов этой сферы». Ее сторонники утверждают, что в условиях страховой и доказательной медицины деятельность врача полностью подчинена не нравственным требованиям, хотя такие никто не отменял, а показателям экономической целесообразности [8, с. 25, 26].

Мы полагаем, что нравственные ценности медицинского работника определяют смысл и назначение его деятельности, ее мотивы и предпочтения, личностные цели и идеалы, характер взаимоотношений с пациентами и коллегами. Они являются основой нравственных убеждений человека и необходимым компонентом его мировоззрения. Тем самым ценности включаются в общий механизм моральной регуляции со стороны общества, которое таким образом контролирует, ориентирует и побуждает людей к должному с нравственной точки зрения поведению. Для этого необходимо, чтобы ценности были восприняты и осознаны работниками, стали настоятельной потребностью, критериями самооценки и отношения к окружающим людям. Убеждения и ценности должны быть включены в реальный жизненный процесс, выступая ориентациями в профессиональной деятельности и детерминируя общественное поведение человека. Они становятся нравственными свойствами личности, превращаются в привычку действовать нравственно в различных областях жизни. Тем самым они формируют определенный тип сознания и поведения людей.

И здесь мы подходим к проблеме нравственного долга медицинского работника. Речь идет о духовных основаниях медицинской деятельности, в которых может возникнуть несоответствие с прагматическими расчетами и стремлением к удовлетворению личных интересов. Проблема связана с вопросом о том, что является ведущим мотивом поведения – общественное или личное. Ведь частные или корпоративные интересы медицинского общества также заслуживают внимания. Но они должны быть уравновешены общественными требованиями и ожидаемой пользой. В этом и проявляется роль нравственного начала. Однако медицинская практика в условиях рыночной экономики свидетельствует о неуклонном росте прагматических настроений работников, ориентированных на рост доходов и предложения, которые не всегда согласуются с общими моральными принципами милосердия и справедливости.

Такая позиция, при которой основной целью медицинской деятельности становится удовлетворение личных (прежде всего, материальных) интересов, получает определенное моральное оправдание в виде «разумного» поведения. Различные вариации этой концепции мы находим у Аристотеля, А. Смита, Н. Г. Чернышевского. Она исходит из никем не оспариваемой правомерности защиты личных интересов, безопасности и материального благополучия граждан. Тем более, что при определенной интерпретации преуспевание каждого человека содействует общему благу и цели государства. Здесь мы имеем дело исключительно с экономическим типом мышления. Однако медицинская деятельность не сводится только к экономическим отношениям. Материальные интересы должны быть учтены. Мы полагаем, что медицинские работники должны пользоваться приоритетной (первоочередной) поддержкой со стороны общества и государства и иметь условия для достойного существования. В то же время существуют моральное сознание и долг, который предполагает бескорыстную работу по охране здоровья населения и оказанию необходимой помощи людям. От медицинских работников нельзя требовать жить для других, но общество должно создать все условия для того, чтобы они были материально обеспечены и беспрепятственно выполняли свои гуманные функции.

В этом случае мораль облагораживает личные интересы и удерживает в определенных рамках экономические ожидания персонала. Известно, что Т. Парсонс и некоторые социологи отрицали существование какого-либо альтруизма в профессии врача. Они не видели особой разницы в поведении данной категории работников по сравнению с представителями других профессий. По их мнению, все люди стремятся к достатку и благополучию. И проблема контроля над осуществлением материальных интересов медиков должна решаться не на ценностно-мотивационном, а на институциональном уровне. То

есть сами действия специалистов не подлежат этической оценке, но определяются степенью их эффективности, а мораль содержится только в общих правилах и нормах предоставления медицинских услуг. Подобный подход, как нам представляется, может быть оправдан лишь для экономики здравоохранения. Но в содержании самой деятельности, имеющей дело с людьми и их здоровьем, моральные ценности и милосердие играют определяющую роль.

Поэтому профессиональная подготовка медиков с необходимостью связана с формированием жизненных ценностей и *нравственных мотивов* к медицинской деятельности. Данные мотивы находят выражение в осознании гуманных целей здравоохранения, в личностном смысле и содержании самой работы, в достойном поведении медика с окружающими людьми. Они могут быть связаны с достижением поставленных целей, преодолением трудностей, продуктивным использованием имеющихся знаний и опыта, проявлением способностей и личных качеств, реализацией проектов и идей, выражением гражданской активности и инициативы, добросовестным выполнением обязанностей, ответственностью, стремлением к профессиональному росту, желанием исправить допущенные ошибки и многим другим. Главное же заключается в заботе об общественном благе и здоровье людей.

Попутно можно выделить и отрицательные в моральном отношении мотивы: авантюризм, стремление к личной выгоде, эгоизм (в т. ч. и групповой), недоброжелательность к людям, зависть, честолюбие и карьеризм и т.п. К сожалению, они встречаются в медицинской практике. Сами мотивы часто связаны с ожиданием поощрения. Материальное вознаграждение включает рост заработной платы, особые льготы, служебное продвижение и т.д. При этом отметим, что до сих пор в медицинских учреждениях действует уравнилельная система оплаты труда согласно единой тарифной сетки, учитывающей, прежде всего, квалификацию и стаж работника. Недовольство ею вынуждает искать дополнительные источники доходов, что приводит работников к перенапряжению и выгоранию. В этих условиях особую роль играет духовное стимулирование труда, связанное с осознанием его социальной значимости, удовлетворением от приносимой пользы, творческой самореализацией, одобрением со стороны коллег, благодарностью людей и признанием общественности и т.п. При этом наличие индивидуальной ответственности не исключает возможности коллективных механизмов контроля и поощрения. Поэтому необходимо не только улучшение материального положения, но и повышение социального статуса медицинского работника, престижа самой профессии.

Как уже отмечалось, большую сложность представляет выяснение соотношения медицинской, социаль-

но-нравственной и экономической составляющей деятельности в сфере здравоохранения. Мы исходим из того, что ведущими и приоритетными задачами является достижение лечебных и социальных целей. Однако надо учитывать, что здравоохранение является особой отраслью экономики и подчиняется ее законам. Поэтому возникает вопрос о возможности переноса *экономических подходов* и категорий на эту сферу.

Мы уже отмечали социальный, народосберегающий характер данной сферы. Вероятно, одной из предпосылок для распространения экономических схем на здравоохранение явилась теория «человеческого капитала», которая рассматривает знания и здоровье людей в качестве производительной силы и источника доходов. Поэтому вложения в здравоохранение определяются как один из факторов развития экономики. При этом общественные затраты требуют расчетов, вместе с которыми в социальную сферу вошли понятия экономической эффективности, стоимости и качества услуг. В здравоохранении стало широко использоваться понятие производительности труда, которая оценивается с точки зрения количества медицинских услуг или обслуживаемых пациентов в единицу рабочего времени, понятия интенсивности (напряженности) работы, связанной с загруженностью персонала, результативности как индикатора достижения ключевых показателей и т.д., направленные на рациональное управление человеческими ресурсами [11]. Работа медицинских учреждений стала оцениваться с точки зрения данных показателей. Социальная ценность здоровья людей при этом несколько отошла на второй план. В первую очередь решаются задачи максимизации доходности при сохранении общей доступности медицинских услуг.

Мы вполне допускаем использование подобных показателей для оценки не только экономических, но и социальных результатов работы медицинских учреждений. В социальном плане их можно представить следующим образом: эффективность есть соотношение социальных эффектов по сохранению здоровья людей и произведенных затрат труда и рабочего времени персонала; качество – соответствие полученных результатов лечения поставленным целям и потребностям пациентов; нормативность – соблюдение законов, правил и стандартов, существующих в системе здравоохранения и профильных учреждениях; ответственность – открытость информации о процессе лечения и оценка его последствий и т.д. Но при этом подчеркнем, что ведущими являются критерии гуманности и милосердия в оказании медицинской помощи населению.

Если медицинский эффект связан с решением задач в области профилактики, диагностики и лечения пациентов, то социальный эффект характеризуется улучшением здоровья населения, повышением качества и продолжительности жизни, изменением основных демографиче-

ских показателей. При этом в этическом анализе можно воспользоваться многими индикаторами качества медицинских услуг, которые разрабатываются в экономике и других областях жизни [14]. К ним относятся: квалификация и компетентность врачей, доступность медицинских услуг, равное отношение ко всем пациентам, своевременность оказания помощи и комфортность условий обслуживания, доброжелательность и тактичность персонала, полнота предоставляемой информации, безопасность процедур и обследований, действенность медицинских назначений, удовлетворенность результатами лечения и т.д. Подобные показатели ориентированы на потребителя медицинских услуг и получение желательных для него результатов. Необходимо развитие партнерских отношений в лечебном процессе и повышение социальной ответственности медицинских работников.

Надо признать, что далеко не везде люди удовлетворены медицинским обслуживанием. В числе причин называют невнимательное отношение персонала, отсутствие необходимых специалистов, недоступность некоторых услуг и дороговизну медикаментов, длительность ожидания приема, случаи вымогательства и т.п. Однако, помимо подобных организационных и моральных издержек, в данной сфере существует объективный конфликт между рыночной экономикой и этикой. Он проявляется в том, что выгоднее становится лечить состоятельных людей, у которых есть деньги. Нередко происходит навязывание необязательных товаров и услуг, которое стимулируется растущей конкуренцией в отрасли. Тем более, что согласно мнению международных экспертов, только 5–7% лекарственных средств обладают реальной (доказанной) эффективностью, а рынок различных препаратов при этом огромен. Современный врач поставлен в сложные условия, как экономические, так и профессиональные. Даже в вопросах оплаты труда возникают противоречия. Если платить за процесс лечения, он будет искусственно затягиваться, если за его результаты – последуют приписки. То же относится и к проблеме одновременного лечения заболевания и нанесения «обоснованного вреда» другим органам пациента. Имеются трудности в объяснении неподготовленному пациенту его диагноза и необходимости медицинского вмешательства. А как оценить психологический стресс, который ежедневно переживает медицинский работник (хирург, акушерка и др.), оказывая помощь пациенту. Существует и проблема ложно понимаемой корпоративности, стремящейся скрыть дефекты медицинского обслуживания коллег. Можно привести и другие примеры подобных противоречий (стационарное лобби и пр.) [13]. Они только подтверждают необходимость использования не только экономических и юридических, но и моральных механизмов регулирования отношений в сфере здравоохранения. Без зрелого нравственного сознания и поведения медика здесь не обойтись.

Под *моделями социального поведения* обычно понимаются ценностно-нормативные комплексы, которые являются образцами мировоззрения, установок и поступков людей. Это относительно постоянная направленность действий в определенных (типичных, повторяющихся) ситуациях. Она отражает социальную позицию личности, которая тесно связана с ее социальным статусом (положением в обществе) и ролевыми функциями (правами и обязанностями). Важную роль при этом играет мотивация человека, степень его вовлеченности в общественные процессы, наличие установленных правил и норм, подлежащих исполнению. В теоретической модели как аналоге социальной практики мы находим наглядное представление о реальном объекте, его структуре и особенностях функционирования. При этом любая модель имеет упрощенный вид, не отражающий всей полноты действительности. Сложность изучения моделей поведения обусловлена также тем, что в разных областях жизни они имеют различный характер и конфигурацию. При этом для каждой из областей существует свой набор моделей в широком диапазоне поведения людей.

Метод моделирования позволяет изучать реальные процессы и явления на их теоретических моделях, построенных в соответствии с особенностями, принципами организации и структурой существующих объектов. Данные модели являются отражением действительности, полученном в ином масштабе и доступном анализу и измерению. Они замещают данную реальность.

Г. Хофстеде высказал плодотворную мысль о том, что поведение людей во многом зависит от их ментальных программ (образцов размышлений, чувств и действий), основой формирования которых является культура (включая мораль) и социальное окружение. При этом сами ментальные программы выступают как совокупности нерелексивных и релексивных когнитивных, аксиологических и конативных структур. Первые из них устойчивы и обуславливают нормативные модели социального поведения, носящие неосознанный характер. Релексивные структуры динамичны и определяют модальные модели осознанного социального поведения. Социальное поведение выступает, таким образом, следствием интерпретации человеком сложившейся ситуации и приписывания ей значений и смыслов в определенном социокультурном контексте. Вследствие этого модели социального поведения рассматриваются цитируемыми учеными как короткие поведенческие сценарии или образцы социальных действий. При этом они могут иметь смешанный, гибридный характер [9].

Как пишет Н. А. Вялых, модель социального поведения в сфере здравоохранения – это элементарная схема реакций и действий личности, актуализирующихся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья и связанных с необ-

ходимостью принятия решений для благополучного выхода из нее. Модели социального поведения приобретают как релексивный (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 или врачом) последовательности действий для достижения желаемого состояния и получения достоверной информации о наличном статусе здоровья [6]. Подобные модели отражают сложившиеся социальные практики (формальные и неформальные) в сфере здравоохранения и являются теоретической основой для разработки социальных технологий поведения людей в лечебном процессе.

Г. Б. Копелиович на материале американских исследований рассматривает различные типы теорий и моделей поведения, использующихся в общественном здравоохранении. *Объяснительные модели* состоят из информации о том, во что люди в определенном сообществе верят, как воспринимают события, связанные со здоровьем и болезнью. Это культурно детерминированный процесс приписывания значений симптомам, осмысления причинно-следственных связей и ожиданий от лечения и его результатов. Модели, основанные на теории, или *теоретические конструкты* рассматривают факторы, которые способствуют укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Такими переменными являются внутренние (физические симптомы, самоэффективность) или внешние факторы (медицинский контроль, экология, доходы). Третий тип модели – процессуальная или *постадийная модель*. Любой поведенческий паттерн состоит из нескольких процессов или ступеней. При этом рассматриваются различные альтернативы и последствия от определенного типа поведения для формирования здорового образа жизни. Наконец, на макроуровне существуют *модели планирования*, выступающие основой для создания организационной структуры управления всей деятельностью по поддержанию здоровья и улучшению продолжительности и качества жизни населения. Все модели и теории могут служить основой для организации здравоохранения и разработки соответствующих программ [7].

Большой интерес представляют модели поведения потребителей медицинских услуг, пациентов медицинских учреждений. Во многом такое поведение аналогично поведению людей в других областях жизни, например, в экономических отношениях. Такие поведенческие модели могут быть основаны на разных мотивах и целях: стремление к здоровой и полноценной жизни; дисциплинированность, предполагающая соблюдение всех медицинских инструкций и предписаний; ориентация на психологическую поддержку, общение с медицинским персоналом; стремление к взаимопониманию, партнерству и сотрудничеству в вопросах здоровья; соблюдение ин-

ституциональных правил и норм в отношении здоровья и его профилактики; познавательный интерес к новой медицинской информации и методам лечения и т.д.

Встречаются и мотивы со сниженной коннотацией. В них могут доминировать эгоистические интересы и претензии; мнительность и постоянная озабоченность своим самочувствием; привыкание к состоянию нездоровья и перманентного лечения; ориентация на престижное потребление дефицитных услуг и средств; сопротивление и игнорирование медицинских рекомендаций, отказ от медицинской помощи и т.д. Рассмотренные мотивы лежат в основе традиционных или созданных гражданами социальных ролей и способствуют выбору определенной стратегии медицинского поведения.

Разумеется, успех лечения во многом зависит от отношений медицинского работника с пациентом. Идеальным случаем было бы достижение полного взаимопонимания и сотрудничества между ними. Но в реальной жизни нередко возникает взаимная неудовлетворенность, недоверие и конфликты. Причиной является известная асимметричность позиций, обусловленная наличием или отсутствием специальных знаний, недисциплинированностью, завышенными ожиданиями и т.п. пациентов. Поэтому специалисты отмечают, что для выработки верной стратегии в лечении необходимо представлять социальный тип личности пациента. В общении с *дружелюбным пациентом* важно проявить внимание к его проблеме, высказать поддержку и надежду на сотрудничество. С *экспрессивным пациентом* важна эмоциональная связь, оптимизм, творческий подход в терапии. Для *директивного пациента* первостепенное значение имеют компетентность и уверенность врача, краткость и убедительность аргументов. *Пациенту-аналитику* важны детали, факты, логика в назначенном лечении, доказательства его эффективности [4, с. 239–240].

Основное внимание мы уделим моделям поведения медицинских работников. На эту тему написан ряд работ, представляющих определенный интерес. Так, Е. А. Андреева рассматривает мотивированные стратегии поведения врачей в ситуации назначения необязательных платных услуг. Ею выявлены семь эмпирических моделей поведения врачей: «зарабатывание денег» (назначение ненужных услуг); «полипрагмазия» (забота о собственной безопасности); «коллегиальность» (перекладывание ответственности на пациента); «человек-система» (выполнение требований медицинского учреждения); «полторы ставки» (увеличение объема работ при сокращении платных услуг); «вне системы» (отказ от назначения необязательных процедур, забота о пациентах и репутации); «избегание» (стремление всем оказать бесплатную медицинскую помощь). Как видим, мотивация врача может быть связанной не только с повышением заработка, но и с заботой о пациентах и собственном

достоинстве [2].

Интересна попытка типологизации групп медицинских работников, в результате которой были сформированы кластеры врачей и медицинских сестер, являющихся носителями определенных поведенческих установок. К первому кластеру (29,0 % опрошенных) принадлежат те, для кого наиболее важными факторами стали «амбиции», т. е. профессиональный и карьерный рост. В этой группе преобладали врачи. Для представителей второго кластера (самый большой – 34,3 % респондентов) наиболее важным фактором является «дружелюбность» в отношении пациентов и коллег, дружественная атмосфера в коллективе. Здесь доминировали медицинские сестры. Для врачей это имело наименьшее значение. В третий кластер (13,0 %) попали работники с установкой на «дисциплинированность», придающие огромное значение инструкциям и следованию четким регламентам. Медицинским сестрам она присуща в меньшей степени. Наконец, в четвертой модели поведения (23, 7 %) для качественного выполнения работы признается одинаково важное значение всех факторов и установок [1].

Но нас в первую очередь интересуют модели нравственного поведения в здравоохранении. А. В. Разин составил общую классификацию моделей поведения, отражающих различные нравственные чувства. В нее вошли: 1) жертвенная модель поведения, основанная на желании избежать сильных негативных эмоций, мук совести (трактовку оставляем без комментариев – О. О.); 2) модель нравственной мотивации программного характера, когда деятельность направлена на удовлетворение высших социальных потребностей личности; 3) модель сострадания, при которой человек проявляет действительную жалость к другому (и, косвенно, к самому себе); 4) модель благотворительности (филантропии), выражающаяся в отдельных или регулярных актах помощи, позволяющих избежать вида чужих страданий; 5) модель справедливости, основанная на возмущении несправедливыми действиями или общественными порядками; 6) модель благоговения (героизма), выражающаяся в возвышенном чувстве сопричастности к обществу и осознании своего долга. По мнению автора, данные модели поведения подтверждают, что у человека нет какого-то универсального нравственного чувства. В каждом конкретном случае поведения проявляются эмоции положительного и отрицательного знака. Причем доминирующую роль, по мнению автора, играют эмоции отрицательного значения, представляющие реакцию на возможное или реальное нарушение нравственных требований [12].

Очевидно, что на выбор модели поведения медицинского работника оказывают влияние не только условия работы, но и существующие в профессиональном сообществе формальные и неформальные правила и мо-

ральные нормы, характер взаимоотношений с пациентами, личные ценности и установки. В этой связи уместно вспомнить описанные в литературе модели отношений между врачом и пациентом. Например, популярную классификацию Р. Витча (пасторская, инженерная, коллегияльная и контрактная модели) и некоторые другие. Они могут послужить определенной основой для нашей типологии.

Модель доминирования. Она основана на абсолютном авторитете и контроле медицинского работника. Врач руководствуется своими официальными полномочиями и функциями. Он действует по своему усмотрению и принимает всю ответственность на себя, не интересуясь мнением и пожеланиями пациента, поскольку тот мало информирован и не имеет четких представлений о своем заболевании и перспективах лечения. Его участие в принимаемых решениях минимально. Во всех вопросах пациент полностью полагается на компетентность медиков. Он должен подчиняться указаниям врача и выполнять все назначения. Нравственное содержание подобных отношений минимизировано.

Патерналистская модель. Это отношения мягкого руководства и моральной опеки. Пациент окружен заботой и вниманием персонала. Учитываются его интересы, просьбы и вопросы безопасности. Прощаются слабости и низкая дисциплина. При этом все ответственные решения принимает врач и терпеливо объясняет их смысл. Пациент находится в пассивном положении и моральной зависимости. Успех лечения определяется профессиональными качествами медика. Мотивация и личные усилия пациента, направленные на выздоровление, ослаблены. Однако отношения доверия и вербальная обратная связь между ними активно поддерживаются.

Модель сострадательности. В наибольшей степени она присуща среднему и младшему медицинскому персоналу. В ней преобладают эмоциональное отношение к профессиональным обязанностям, чуткость и отзывчивость к чужой боли. Основными мотивами работы являются сочувствие к пациентам, желание помочь им в трудной жизненной ситуации и облегчить страдания. Безразличие противопоказано данной профессии. Доброта, сопереживание и эмоциональная поддержка пациента становятся дополнительным фактором лечения и преодоления вполне естественных для него депрессии и тревоги.

Модель сотрудничества. Она исходит из необходимости установления отношений взаимного доверия и объединения усилий для достижения общей цели. Обсуждение процесса лечения и принимаемых решений происходит совместно с пациентом. Последний полностью информирован и дает согласие на выбранную тактику и методы лечения. Тем самым он разделяет ответственность за возможные последствия. Разумеется, речь идет о

моральном самоопределении пациента. Поддерживаются его усилия по сохранению и укреплению здоровья, повышающие самоуважение. Но и при партнерских отношениях и соучастии в лечении ведущая роль в вопросах медицины принадлежит врачу.

Контрактная модель. Она основана на относительном равенстве и согласии сторон и формальных договорных отношениях. В ней предусмотрены права и обязанности сторон, существование определенных правил и процедур разрешения возникающих проблем, соблюдение принятых соглашений. Все четко планируется, учитываются все детали и обстоятельства. Выделяются отдельные этапы работы и время, отпущенное на них. Строго прописываются все назначения и процедуры. Модель предполагает коллективную работу, самодисциплину, взаимную ответственность сторон. Она позволяет всем участникам сохранять чувство собственного достоинства и значимости.

Технократическая модель. В основе отношений лежат критерии научности и технологичности процесса лечения. Все вопросы диагностики, назначений и восстановительных процедур решаются на основе научных рекомендаций и апробированных на практике схем. Подчеркивается официальность, точность и обоснованность решений. Организация и контроль над медицинским процессом отличается четкостью и рациональностью. Строго разграничиваются профессиональные и межличностные отношения. Нивелируются индивидуальные особенности, запросы, оценки и другие отклонения от общих правил. Все нацелено на положительный результат.

Модель служения. Она зиждется на осознании врачом необходимости выполнения своего профессионального долга как главного мотива нравственного поведения. Модель основана на представлении о должном и одобряемом обществом поведении. Активная и самоотверженная деятельность медика в ней продиктована служением людям и стремлением к общественному благу. Отметим присущее ей бескорыстие, умение подчинить себя интересам больного, повышенную ответственность. Внимание и забота о людях приобретают императивный характер и могут быть связаны с определенными самоограничениями, жертвами и отказом от личного благополучия.

Возможны и другие жизненные позиции и социальные роли медиков, которые могут иметь пониженное нравственное наполнение. Условно их можно описать, как равнодушный исполнитель, безынициативный конформист, беспринципный карьерист, ориентированный на материальные блага делец и т.д. Подобные социально-психологические типы, к сожалению, также встречаются в медицинской практике.

Выводы

Исследование показало, что нравственные ценности, установки и нормы по-прежнему играют значительную роль в регулировании отношений в сфере здравоохранения. Однако их влияние постепенно ослабевает под воздействием внешних факторов, прежде всего, экономического порядка. Данное обстоятельство влияет на формирующиеся модели поведения, в которых изменяется соотношение различных мотивов и целей достижения. Материальные условия и ограничения определяют диапазон возможностей и предпочтений в данной сфере. В некоторых случаях происходит профессиональная деформация работников, снижение их моральной ответственности за результаты труда. В этой связи возрастает значение социальных институтов здравоохранения, призванных поддерживать морально обоснованные стандарты оказания необходимой медицинской помощи людям.

Тем не менее, повышение значения внешних для медицинской деятельности факторов, связанных с экономическим стимулированием или правовым контролем, не снижает роли ментальных программ и нравственных ориентиров в поведении медицинских работников. Это находит отражение в конструкциях моделей поведения, представленных в статье. Мы полагаем, что экономические модели поведения в здравоохранении имеют ограниченные объяснительные возможности и применение. В конце концов, все зависит от людей, которые в деле защиты здоровья населения руководствуются не только собственными материальными интересами, но чувствами сострадания и милосердия. Последние, наряду с высокой квалификацией персонала, оказывают прямое влияние на качество медицинской помощи населению.

Ведущая роль духовно-нравственных ориентиров в медицинской деятельности обусловлена ее характером и предназначением. Она основана на признании безусловной ценности человеческой жизни и здоровья, на стремлении к добру и благу для всего общества. Профессиональная деятельность медицинского работника предполагает осознание своего долга и ответственности перед

пациентами, коллегами и обществом. Поэтому было бы справедливым ожидать, что государство признает высокий статус и миссию медика, создаст необходимые условия для его профессионального становления, защитит честь и достоинство в сложных ситуациях, обеспечит удовлетворение базовых социальных потребностей.

Нравственные начала являются важнейшим показателем характера отношений в обществе и, в конечном счете, качества всей нашей жизни. Среди неотложных задач, стоящих перед отечественным здравоохранением в плане совершенствования деятельности медицинских работников, можно сформулировать ряд общих рекомендаций:

- необходимо поддерживать приоритет гуманистических начал в работе медиков, обеспечивая в то же время создание необходимых условий труда и удовлетворение их материальных интересов;
- отношения врача и пациента должны строиться на основе взаимного уважения, доверия и сотрудничества, в режиме постоянного и заинтересованного диалога между ними;
- деятельность медицинской организации должна осуществляться в правовом поле, а правила и отношения в ней способствовать созданию благоприятной атмосферы и повышению продуктивности труда персонала;
- следует организовать обучение медицинского персонала приемам профессиональной коммуникации, моделям и методам целесообразного и нравственного поведения с пациентами и коллегами;
- надо мотивировать работников на постоянное повышение собственной квалификации и получение новейшей информации, способствующей достижению высокого качества лечения и профилактики заболеваний и т.д.

Нам представляется, что изучение моделей профессионального поведения медицинских работников и их нравственного содержания будет полезным для оптимизации деятельности медицинских учреждений, разработки перспектив развития кадрового потенциала отечественного здравоохранения.

Источники и литература / Sources and references

1. Аликперова Н. В., Ярашева А. В., Ключева С. Ф., и др. Модели профессионального поведения сотрудников медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65. № 5. С. 454–460.
2. Андреева Е. А. Модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2021. Т. 13. № 1. С. 40–62.
3. Балика З. С. Методологический анализ типологии социального поведения: монография. Нижний Новгород: НН-ГАСУ, 2011. 198 с.
4. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учебно-методическое пособие / Составитель А.Т. Щастный [и др.]; под ред. А.Т. Щастного. Витебск: ВГМУ, 2018. 310 с.
5. Вебер М. Основные социологические понятия // Избранные произведения. М.: Прогресс, 1990. 602-643 с.
6. Вялых Н. А. Модели социального поведения в российском обществе в сфере здравоохранения // Социально-гуманитарные знания. 2016. № 7. С. 83-91.
7. Копелиович Г. Б. Различные модели поведения, связанного со здоровьем, использующиеся в общественном здравоохранении // Врач скорой помощи. 2020. № 7. С. 47-56.
8. Лопатина А. Б. Вопросы ведения медицинской деятельности // Успехи современной науки и образования. 2017. Том 1. №1. С. 25-27.
9. Лубский А. В., Чернобровкина Н. И. Модели социального поведения и формы социального контроля в России // Социально-гуманитарные знания. 2017. № 7. С. 14-21.

10. Ментальные программы и модели социального поведения в российском обществе: монография /А. В. Лубский, Ш. М. Атоян, А. А. Беспалова и др.; отв. ред. А. В. Лубский. Ростов-на-Дону: Фонд науки и образования, 2016. 391 с.
11. Попсуйко А. Н., Бацина Е. А., Морозова Е. А., и др. К вопросу об определении онтологического статуса понятия «производительность труда» в здравоохранении // Российский экономический журнал. 2021. № 6. С. 43–65.
12. Разин А. В. Модели нравственного поведения // Этическая мысль. 2001. № 2. С. 74-88.
13. Саверский А.В. Отношения врача и пациента: неписаное право, конфликты и парадоксы // Медицина. № 4. 2015. С. 17-25.
14. Сурмач М. Ю. Качество медицинской помощи как предмет медико-социологического изучения // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. 2018. № 4. С. 109-116.
15. Унарова Л. Д. Поведение человека: социально-философское осмысление: монография. М.: ИД «Акад. Естествознания», 2012. 199 с.
16. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. СПб: Питер, 2003. 651 с.
17. Эльстер Ю. Объяснение социального поведения: еще раз об основах социальных наук. М.: Изд. дом гос. ун-та - Высш. шк. экономики, 2011. 470 с.
18. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior . Chicago: Dorsey press, 1988. XIV, 175 p.
19. Kaiser F. G., Schultz P. W. The attitude-behavior relationship: A test of three models of the moderating role of behavioral difficulty // Journal of Applied Social Psychology. 2009. Vol. 39. P. 186-207.
20. Suls J., Rothman A. J. Evolution of the psychosocial model: Implications for the future of health psychology // Health Psychology. 2004. Vol. 23. No. 2. P. 119–125.

Информация об авторе:

Омеличкин Олег Викторович, доктор политических наук, профессор кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: omelichkin.ov@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-6149-0443

Author:

Omelichkin Oleg Viktorovich, Doctor of Sciences in Politics, Professor of the Department of Philosophy and Cultural Studies, Kemerovo State Medical University. E-mail: omelichkin.ov@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-6149-0443pt.