

Н.С. Тимченко

**Сетевой анализ современного здравоохранения:
методология и эмпирический опыт (на примере
исследования системы здравоохранения
Алтайского края)**

В настоящее время глубокое и полноценное исследование современных динамичных социальных систем сложно представить без сетевого подхода. Его включение в арсенал теоретических схем осмысления социальной реальности обусловлено изменением представлений об обществе как некоей предметно определенной и онтологически укорененной структуре. Ощущение утраты субстанциональности социального мира подтолкнуло исследователей к поиску таких моделей объяснения социальной реальности, которые были бы способны ответить на вопросы: что обеспечивает воспроизводство социальных систем в условиях динамичной среды? почему при изменчивости, пластичности форм социальных систем они не перестают оставаться таковыми?

Реинтерпретация социального института здравоохранения как социальной сети позволяет выходить на разные по направлению, но общие по сущностному содержанию стратегии анализа. Акторы взаимодействуют между собой внутри социального института, обмениваясь принадлежащими им ресурсами для реализации лично значимых задач. Невозможность удовлетворить свои потребности нормативными способами влечет за собой поиски новых моделей взаимодействия, в том числе посредством подключения к неформальным социальным сетям, компенсирующим дисфункциональные проявления институциональных сетей. Возникающие в результате этого новые повседневные практики неотвратимо изменяют сам социальный институт здравоохранения, создавая иную социальную структуру внутри него, с новыми позициями и формами взаимодействия.

Динамический аспект анализа современного здравоохранения, диктуемый логикой сетевого анализа, дополняется другим достоинством данного подхода: он создает действительно многомерное исследовательское пространство. Здравоохранение может быть «препарировано» в теоретическом плане, во-первых, как межсубъектное взаимодействие на микроуровне, во-вторых, как сетевое скопление, обладающее повышенной сплоченностью на мезоуровне, и, в-третьих, как сетевая структура, находящаяся в сети взаимодействий с элементами макросоциальной системы. Пересечение этих уровней становится возможным

в силу того обстоятельства, что один актор, обладая множеством атрибутов, через них может быть вписан в различные сетевые контексты. Так, например, характер взаимодействия в системах «врач – пациент», «врач – врач», «врач – администратор медицинского учреждения» испытывает давление той социальной структуры, в рамках которой находится конкретная позиция.

Обогащение сетевой теории методологическими установками, продуцируемыми в рамках концепции социального капитала, позволяет перенести акцент с формальных характеристик социальных сетей на их качественную оценку. Культурное измерение социальных сетей обретает реальность только тогда, когда в поле исследовательского интереса оказываются включены нормативные аспекты взаимодействия безотносительно того, являются эти нормы формальными или неформальными. На этом основании внутри одной и той же совокупности элементов можно построить различные типы сетей, дифференцированных по характеру нормативных правил, регулирующих взаимодействия внутри сети, это «сетевые структуры власти» и «сетевые структуры доверия» [1, с. 25–26].

Здравоохранение являет собой пример формальной сетевой структуры, в рамках которой предусматривается реализация задач по поддержанию индивидуального и социального здоровья. Функциональность существующей в обществе системы оказания медицинской помощи оценивается, помимо объективных статистических данных, характеризующих уровень смертности, структуру заболеваний, обеспеченность населения медицинской помощью и подобного, по такому показателю, как степень доверия людей здравоохранению. Доверие к абстрактной социальной системе отличается от «базового доверия» в персональных отношениях и определяется как «уверенность в надежности... системы относительно данного набора результатов или событий, где эта уверенность выражает веру... в правильность абстрактных принципов» [2, р. 34].

Основной единицей социологического анализа в оценке имеющегося в обществе уровня доверия социальному институту здравоохранения следует считать взаимодействие двух акторов – врача и паци-

ента. Сама возможность доверительного отношения пациента к врачу проистекает из ожидания того, что врач, становясь своеобразным медиатором между личностью и болезнью, сделает все возможное для облегчения страданий больного человека. Гарантом реализации этих ожиданий пациента является предписанная обществом нормативная модель поведения врача. Иными словами, доверие вызывает не конкретный человек в белом халате, а его позиция в структуре (иначе говоря, сам белый халат). Эта же позиция, помимо содержательных аспектов поведения, обеспечивает ресурсные возможности реализации предписанной модели.

Чем стабильнее действует в обществе система здравоохранения, тем выше уровень доверия людей к ней, и наоборот. Недоверие пациентов к медицине и здравоохранению вполне резонно представлять как следствие отказа либо врачей от обязательств, налагаемых на них институциональной структурой, либо самого общества от ресурсного обеспечения нормативных образцов профессионального поведения. Процесс изменения/разрушения нормативных аспектов взаимодействия в системе «врач–пациент» может быть спровоцирован формированием и утверждением новых ценностных ориентиров деятельности института здравоохранения, что и происходит в российском здравоохранении в последние годы. Это во многом объективно существующий процесс в отличие от ситуации, когда независимо от направления социокультурных перемен происходит «высвобождение» врача от давления институциональной структуры. Причиной тому может стать неспособность профессионального поля предоставить врачу ресурсы, необходимые для реализации значимых жизненных стратегий. В конечном итоге это порождает такое явление, как абсентизм в профессии, когда формальное присутствие в ней не оборачивается качеством результата профессиональной деятельности.

Если при оценке уровня доверия / недоверия людей системе здравоохранения речь идет об отражении качества внешних отношений, то анализ культуры доверия самого института здравоохранения интегрированно выражает качество внутренних связей, например, между медицинскими организациями, самими медицинскими работниками внутри организации между руководителем и персоналом и т.д. Проблема доверия как элемента взаимодействия профессионально занятых в медицине акторов вызывает интерес по ряду оснований.

Во-первых, высокий уровень доверия благотворно влияет на качество медицинской помощи, так как облегчает обмен информационными ресурсами, позволяет врачам в случае необходимости противостоять болезни, опираясь на коллективный интеллект. Признание важности консолидации усилий медицинских работников в решении профессиональных проблем,

выкристаллизовавшись в принцип коллегиальности, пронизывает профессионально-этические медицинские кодексы с древних времен (клятва Гиппократова) и до настоящего времени (клятва врача РФ). Во-вторых, серьезный социальный капитал, накопленный в медицинском сообществе, способен снижать уровень зависимости поля медицины от политических факторов. Сильные профессиональные связи увеличивают плотность «социальной ткани» здравоохранения, повышают групповую самоидентификацию медицинских работников, превращая их в коллективного члена гражданского общества.

Следует особо заметить, что проблема профессиональных сетей в институциональных рамках здравоохранения не имеет устоявшейся традиции исследования, в то время как оценка уровня доверия населения медицине и здравоохранению в массовых опросах присутствует достаточно часто. Представим далее фрагмент комплексной программы изучения системы здравоохранения Алтайского края. В ходе исследования (октябрь 2006 г.) было опрошено 476 врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Оценивая состояние профессиональных сетей в медицине, врачи в целом сходятся во мнении, что уровень сплоченности их социально-профессиональной группы не превышает подобного показателя в других профессиональных сообществах. Взгляд на степень консолидированности своей профессиональной группы заметным образом дифференцирован в зависимости от возраста и профессионального стажа респондентов. Так, чем меньше стаж работы в профессии (до 5 лет), тем выше (47,4%) оценивается уровень сплоченности. Критическое переосмысление плотности профессиональных коммуникаций происходит на рубеже от 5 до 10 лет нахождения в медицине. Старшее поколение медицинских работников позитивнее оценивает уровень корпоративной солидарности медицинских работников. Еще одним фактором, влияющим на позицию врачей, являются жизненные ценности респондентов. Более «тонко» атомизированность медицинской среды ощущают те, кто ставят духовность в число важных жизненных ценностей.

Представление о плотности социальных связей внутри медицинского сообщества коррелирует со взглядами респондентов на будущее российского здравоохранения: чем ниже оценивается уровень сплоченности профессиональной группы врачей, тем трагичнее врачи оценивают перспективы развития российского здравоохранения.

Тематически в профессиональных коммуникациях врачей лидирует (45% общения за последний месяц) обсуждение профессиональных вопросов, связанных с процессами постановки диагноза, выработки стратегии лечения, реабилитации больного и т.д. Много это или мало? С одной стороны, решению профессиональных проблем в идеале должно быть посвящено

как можно больше времени. Но, с другой – происходит заметная технологизация лечебного процесса во всех его основных компонентах, что ориентирует врача на следование определенному стандарту, оставляя в зоне принятия коллективных решений только такие медицинские проблемы, которые характеризуются специфичностью, неординарностью, отсутствием готового шаблона действий.

Таблица 1
Распределение ответов на вопрос
«Каков, на Ваш взгляд, уровень сплоченности
врачей как профессиональной группы?»

Варианты ответов	Город	Район	Выборка
Выше, чем в других профессиональных группах	37,9	23,7	35,3
Не ниже и не выше, чем в других профессиональных группах	37,9	39,5	37,8
Ниже, чем в других профессиональных группах	10,2	18,4	12,2

Социальная обусловленность профессии врача проявляется не только в объективно существующих факторах, влияющих на функционирование системы здравоохранения в конкретном времени-пространстве, но и в отражении средового контекста в индивидуальном сознании тех, кто включен в деятельность социального института. Тематической основой взаимодействия в 30% случаев является обсуждение ситуации в здравоохранении, социального и материального положения врачей, проблем общероссийской и региональной систем охраны здоровья, внутриорганизационные проблемы.

Врач, включаясь в профессиональные сети, многократно увеличивает свой потенциал в решении не только связанных с лечебно-диагностическим процессом вопросов, но и личных проблем, например, исследование нарушения состояния здоровья самого врача, его родных и близких. Использованию профессиональных сетей для снятия этих проблем отведена четверть всех коммуникаций. Тенденция изменения доли тематики, связанной с решением личных проблем, в профессиональных коммуникациях врачей во многом зависит от объективных причин. По мере усиления дисфункциональных проявлений в деятельности системы здравоохранения, к числу которых можно отнести низкое качество медицинской помощи, проблему ее своевременности и доступности, врачи для лиц, объединенных с ними в рамках неформальных социальных сетей, все чаще выступают в роли посредника, компенсирующего недостатки формальной медицинской системы.

Серьезным регулятором профессионального поведения врачей и фактором, определяющим тематическую «тенденциозность» профессиональных

коммуникаций, выступает структура профессиональных ценностей. Среди предложенного респондентам-врачам списка профессиональных ценностей можно выделить имеющие выраженный реляционный («отношенческий», т.е. связанный с контекстом социальных взаимодействий) характер. К их числу следует отнести варианты «возможность работать среди интересных, образованных людей», «возможность “обезопасить” себя, своих родных и близких в случае болезни, так как профессия врача дает знания и связи в медицине», «возможность заводить полезные связи и знакомства».

Из трех названных альтернатив две первые входят в группу доминирующих профессиональных ценностей, наряду с переменными «возможность оказывать помощь другим людям», «возможность самореализации», а третья – в нижний слой структуры вместе с переменными «хорошие условия работы», «возможность ощущать зависимость других людей от тебя». Здесь создаются качественно разные контексты проявления врачом субъектности. Признание ценности профессионального общения способствует наращиванию профессионального капитала врача, его профессиональному и личностному развитию, что в конечном итоге позитивно влияет на институт здравоохранения в целом. Использование врачом профессиональной сети как социального капитала в его взаимодействии с другими акторами создает перспективу «приватизации» социального института здравоохранения, превращение его в средство достижения личных целей.

Более двух третей (71%) респондентов в случае личной необходимости обращаются за помощью к коллегам, с которыми есть неформальная связь. «Сетевые структуры доверия», в рамках которых актор способен аккумулировать ресурсы для решения стоящих перед ним задач, сравнительно невелики (табл. 2). Практическая поддержка, которую имеет врач со стороны коллег, лежит в основе его представлений об уровне солидарности внутри медицинской корпорации. Если сеть взаимопомощи немногочисленна, то это создает у респондента негативную характеристику медицинского профессионального сообщества в целом. Действенность принципа коллегиальности, возводящего помощь товарищу по цеху в статус нормы профессионального поведения, а, следовательно, делающего оправданным ожидание поддержки (как формы доверия) со стороны любого врача, признают лишь 15,5% врачей. Среди них заметно большее количество респондентов поддерживают тезис о высоком уровне общности внутри медицинской профессиональной группы. Не ожидают либо не нуждаются в помощи извне и полагаются только на собственные силы только 9,2% врачей.

В профессиональных медицинских сетях чаще всего (48,7%) происходит обмен медицинскими услу-

гами, которые можно рассматривать как движение символического и культурного капиталов. В благодарность за полученную помощь и для поддержания профессиональной сети используются подарки, что отметили 40,3% респондентов. Денежные расчеты как по официальным каналам (через кассу медицинского учреждения), так и непосредственно в руки врачу, оказавшему услугу, встречаются достаточно редко (11,8 и 8% соответственно).

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос
«На какое количество коллег Вы можете
рассчитывать при решении личных проблем?»

Количество человек	Процент ответов
от 1 до 10	39,3
от 10 до 20	32,7
от 20 до 30	16,7
от 30 до 40	4,8
от 40 до 50	3,0
свыше 50	3,6

Выбор форм вознаграждения за оказанную коллегой помощь зависит от многих факторов, и одним из них является существующая у врача структура профессиональных и жизненных ценностей. Вероятность денежных взаиморасчетов врачей связана с падением значения для респондентов духовного измерения своей жизни и слабым представлением о гуманизме медицинской профессии. Особая ситуация создается при взаимодействии врачей, связанных друг с другом родственными узами: здесь неприемлемым считается присутствие денег.

Взаимопомощь как этически обусловленный и потому естественный вариант взаимодействия врачей рассматривается теми, кто видит в профессии врача возможность реализовать свой интеллектуальный и творческий потенциал, раскрыть себя в профессиональной деятельности. Готовность в случае необходимости к обоюдному сотрудничеству актуализируется высокой позицией в структуре жизненных ценностей респондентов установки на духовное и нравственное развитие своей личности, интерес, связанный с социальным профессиональным окружением.

Давление социальной структуры на характер взаимодействия особенно ярко проявляется в рамках разного типа профессиональных сетей. В неформальных сетях (вариант «знакомый врач» как субъект оказания медицинской услуги) реже врачи прибегают к денежному вознаграждению в любой форме. Здесь также чаще встречается практика использования своих интеллектуальных возможностей и профессиональных умений в ответ на использование этих ресурсов своего коллеги. Численность членов профессиональной сети, к которой может «подключиться» врач, решая свои

проблемы, также выступает фактором, определяющим форму поддержания профессиональной сети. Так, с одной стороны, по мере увеличения размеров сети предпочтительнее выглядит использование профессиональных знаний и умений коллег, с другой стороны, происходит сокращение практики одаривания других врачей за помощь.

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос
«Как, на Ваш взгляд, изменился уровень
взаимопомощи врачей в решении профессиональных
и личных проблем за последние годы?»

Варианты ответов	Профессиональная помощь	Личная помощь
Помогают друг другу, как прежде	43,9	46,2
Стали больше помогать	16,1	23,1
Стали меньше помогать	37,6	16,9
Перестали помогать вообще	1,2	3,7
Затрудняюсь ответить	1,2	10,1

Субъективные различия в использовании различных средств поддержания профессиональных сетей выявлены по возрастному критерию. Так, молодые врачи (до 30-ти лет) чаще, чем врачи старшего поколения, придерживаются денежных расчетов с коллегами за оказанные ими услуги. Старшее поколение врачей реже использует во взаимоотношениях с коллегами подарки и деньги, полагаясь на нормативную роль принципа коллегиальности в поддержании бескорыстных профессиональных отношений.

Насыщение профессиональных сетей различными формами взаимозачетов в оказании помощи на межличностном уровне отражается на психоэмоциональном состоянии респондентов. Достаточно заметить, что даже обмен медицинскими услугами, не имеющий внутренней мотивации, превращаясь в обязательство перед другим участником сети, воспринимается врачом негативно, ведет к снижению настроения, возникновению чувства подавленности и безысходности.

Если в целом судить о тенденциях изменения активации профессиональных сетей, то врачи отмечают разную ситуацию с решением профессиональных и личных вопросов. Респонденты, с одной стороны, фиксируют расширение профессиональных контактов в личных целях, с другой – признают сокращение этого типа коммуникаций (варианты «стали меньше помогать» и «перестали помогать вообще»). Представляется, что здесь находит проявление эмоциональная память респондентов, придающая разную степень значимости событиям жизни. Отказ в помощи и поддержке по проблеме, имеющей личный смысл для

человека, воспринимается ярко и глубоко, в отличие от подобной ситуации в профессиональных контактах. Усиление альтернативы «затрудняюсь ответить» может быть вызвано возникновением новых, еще не до конца фиксируемых в сознании респондентов, процессов в сфере взаимодействия врачей друг с другом. Но эмоционально новые реалии в профессиональных сетях «схвачены»: чем явственнее для респондентов наличие негативных тенденций в профессиональной среде, тем чаще они ощущают снижение заинтересованности и удовольствия от своей работы.

В целом обращение к сетевому анализу приводит к новому пониманию здравоохранения как социокультурной системы, в которой доверие становится основным смысловым кодом, маркирующим социальные взаимодействия, образующие каркас системы здравоохранения. Это кардинально меняет направление социологического анализа здравоохранения, предполагая переход от социологических исследований в медицине к собственно социологической проблеме функциональности института здравоохранения в обществе.

Библиографический список

1. Роуз, Р. Достижение целей в квазисовременном обществе: социальные сети в России / Р. Роуз // ОНС. – 2002. – №3.

2. Giddens, A. The Consequences of Modernity / A. Giddens. – Stanford, 1990.