

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЕКЦИИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ

Актуальность статьи заключается в необходимости создания методологических основ социологического исследования медицинского поведения. Целью статьи является адаптация классических, неклассических и постнеклассических социологических теорий и методов к изучению индивидуально-типических стратегий потребления медицинской помощи в контексте социокультурной дифференциации. Новизна работы заключается в применении методологического принципа мультипарадигмальности к исследованию потребительского поведения в сфере здравоохранения. Автор приходит к выводу о возможности интеграции объективистской и субъективистской методологических проекций для лучшего социологического понимания поведения в ситуации болезни.

Ключевые слова: потребление, медицинская помощь, поведение больного, культура, дифференциация.

Несмотря на изобилие социально-экономических исследований поведения потребителей, в социологической науке до сих пор отсутствует интегративная методология социологического исследования потребительского поведения в сфере медицинского обеспечения. На наш взгляд, подобная гносеологическая ситуация обусловлена, во-первых, недостаточной изученностью феномена потребления такого специфического блага (товара / услуги), как медицинская помощь, во-вторых, мультипарадигмальностью социологического познания в целом, и, в-третьих, междисциплинарностью проблемного поля исследования социального поведения в ситуации заболевания. Концептуальными проблемами и фрагментарностью предметного поля нашего исследования продиктована цель данной статьи — адаптировать классические, неклассические и постнеклассические социологические теории и методы к изучению индивидуально-типических стратегий потребления медицинской помощи в контексте социокультурной дифференциации. Логика научного поиска такова: краткое изложение сущности метода (направления, подхода); оценка границ применения к проблеме дифференциации практик потребления медицинской помощи; репрезентация предмета исследования — потребительского поведения в сфере

Вялых Никита Андреевич — кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры социологии факультета социологии и политологии Южного Федерального Университета (sociology4.1@yandex.ru)

Vialykh Nikita — Candidate of Sciences (Sociology), Senior Lecturer, Department of Sociology, Southern Federal University (sociology4.1@yandex.ru)

медицинского обеспечения — с позиций различных методологических установок и направлений.

В качестве базовых методологических подходов мы выделяем: структурно-функциональный анализ, конфликтологический подход, социологический институционализм, конструктивистский структурализм и феноменологическое направление. Методология структурно-функционального анализа позволяет представить здравоохранение как систему взаимосвязанных компонентов, налагающих ограничения на удовлетворение потребности в медицинской помощи. Руководствуясь основными положениями данного метода, разработанными в трудах Р. Мертона и Т. Парсонса, мы приходим к выводу о том, что институт здравоохранения отправляет не только явную функцию поддержания и улучшения здоровья индивида и общества, но выполняет еще и скрытую функцию дифференциации потребителей с целью оптимизации использования дефицитных ресурсов.

Для нашего исследования значимо проведенное Р. Мертоном разграничение понятий субъективных диспозиций (мотивов, целей) и объективных последствий (функций, дисфункций). Ученый задается вопросом: «В каких видах анализа достаточно взять наблюдаемые мотивации в качестве данных как существующие, а в каких их следует рассматривать как проблемные, т. е. выводимые из других данных?» (Мертон 2006: 145). Подобный вопрос волнует и нас. Является ли мотивация и поведение потребителей медицинской помощи независимой переменной, или же это следствие функционирования института здравоохранения с присущей ему культурой и нормативностью?

Применение структурно-функционального анализа продиктовано необходимостью описания социально-статусных параметров потребителей, влияющих на их поведение, структурного контекста потребления медицинской помощи и особенностей взаимодействия акторов (пациентов, врачей, страховщиков, госслужащих от здравоохранения) для того, чтобы функционально интерпретировать происходящие в системе здравоохранения процессы. Р. Мертон пишет: «Социальная структура действует как барьер или как открытая дверь для поступков, исходящих из культурных установок» (Там же: 284). Данный тезис приводит нас к пониманию того важного факта, что, даже имея позитивную установку на заботу о собственном здоровье, приобретенную, допустим, в результате первичной социализации, люди с определенным статусным набором просто лишены возможности получить адекватную медицинскую помощь. На наш взгляд, возможен и другой эффект — когда культурная система налагает ограничения на поведение потребителей медицинской помощи при, казалось бы, «открытой двери» социальной структуры. Эта идея является предпосылкой конструирования факторов гендерного, этнического, возрастного неравенства в потреблении медицинской помощи.

Другой выдающийся американский социолог Т. Парсонс рассматривал общественную роль медицинской практики в понятиях системы ролевого взаимодействия «врач — пациент», направленного на возвращение заболевшего актора в социальную систему с целью восстановления ее равновесия. Классик социологии модерна рассматривает болезнь как тип девиантного

поведения и как пассивно-алиенативную (отчуждающую) категорию (Парсонс 2002: 401).

Т. Парсонс выделяет две основные черты роли больного: (1) уход больного в зависимые отношения и требование заботы, пассивное уклонение от обязательств (привычных ролевых предписаний) и (2) утверждение права больного на заботу со стороны «других». Таким образом, болезнь выступает основанием для легитимизации указанных претензий. Институциональная система в свою очередь оказывает нормативное давление, реализуя функцию социального контроля с целью возвращения больного в социальную структуру. Сегодня эта концепция кажется несколько наивной, но, в то же время, она предлагает оптимистичный функциональный взгляд на природу неравного потребления медицинской помощи.

Мы считаем возможным адаптировать теорию социального действия Т. Парсонса к изучению процесса потребления медицинской помощи. Отправной точкой социального действия ученый называет выбор способа поведения для удовлетворения потребности. Однако сама ситуация, в нашем случае — получение медицинской помощи, предлагает ограниченный набор вариантов, что ставит потребителя перед выбором, например, заплатить и сразу получить медицинскую помощь или ждать в очереди, записаться к любому врачу или искать опытного специалиста через знакомых, обратиться в медицинское учреждение по месту жительства или в городское (областное) учреждение здравоохранения.

Социальный актор ориентирован на получение квалифицированной медицинской помощи (лечение, консультация, диагностика, плановый осмотр), т. е., по Т. Парсонсу, на культурный, социальный и физический объекты. Узловым механизмом социального действия является ориентация на ситуацию — выбор альтернативных возможностей. Нельзя не принимать во внимание и условия социального действия (например, географическое расположение лечебного учреждения). Наконец, социальное действие опосредуется нормативно-символическим пространством, в широком смысле — культурой общества (социальные нормы, традиции, стереотипы, ценности). Следовательно, теория социального действия применительно к анализу потребления медицинской помощи указывает на то, каким образом «ограниченность диапазона альтернатив, допускающих выбор, определяет пределы, внутри которых возможна варибельность» (Парсонс 2000: 183). Получается, что социальная структура общества и нормативные культурные компоненты системы здравоохранения формируют указанную ограничительную варибельность.

Значительная часть исследователей, в том числе зарубежных, изучают потребление медицинской помощи через призму влияния системных факторов. Австралийские ученые (Williams, Byles, Inder 2010) провели масштабное социологическое обследование (N 2375), объектом которого выступили пациенты, «приглашенные» системой национального здравоохранения к участию в программе по реабилитации больных с сердечными заболеваниями. Социологи пришли к выводу о том, что потребление медицинской помощи представляет собой «процесс госпитальной селекции» пациентов. Вместе с тем структурно-функциональный подход, как отмечают критики, переоценивает норматив-

ность социальных отношений, игнорирует субъективный элемент социального действия и преуменьшает значение конфликтов и противоречий (Критика современной... 2003: 34), а значит, существует риск редукции дифференциации в потреблении медицинской помощи к некому общественному консенсусу по поводу производства и распределения медицинской помощи как общественного блага. Функциональному взгляду на природу социальных отношений в сфере здравоохранения противостоит **конфликтологическая парадигма**. Конфликтологи исходят из предположения о том, что чем выше классовый статус потребителя, тем большими ресурсами он может воспользоваться для получения эффективной медицинской помощи (Социология 2003: 369).

В современной российской научной литературе нередко рассматривают правовые аспекты конфликтов в сфере здравоохранения. И. А. Петрова полагает, что для разрешения и предупреждения конфликтов в системе «врач — пациент» большое значение имеет нормативное закрепление правовых и этических оснований медицинской деятельности, их информационно-методическое обеспечение и исполнение (Петрова 2013).

Существуют различные взгляды на сущность и последствия конфликтов. Как отмечает В. И. Курбатов, «формирующаяся конфликтологическая парадигма немарксистской ориентации давала свою версию социального мира, в котором общество осуществляет себя через конфликтные ситуации (баланс конфликтов): результирующая их разрешения формирует существующие социальные структуры и отношения» (Курбатов 2001: 48). Признавая неизбежность социальных конфликтов в сфере медицинского обеспечения, мы рассматриваем неравенство в потреблении медицинской помощи (обусловленное несправедливыми различиями) в качестве мощнейшего дестабилизирующего фактора в современном российском обществе. Очевидно, что барьеры доступности медицинской помощи формируют недоверие людей к государству и профессиональной медицине, интенсифицируя отчуждение общества от витальных социальных благ.

В подтверждение наших слов процитируем один из выводов, к которому пришел М. Е. Волчанский в своей диссертации «Социология конфликта в медицине»: «...конфликтное поведение среди пациентов присуще лицам предпенсионного или пенсионного возраста, обладающим невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные бытовые условия. Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту. Субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов, ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечении качественными (а значит эффективными) лекарственными средствами» (Волчанский 2008: 10).

Вышесказанное подкрепляет уверенность в том, что конфликты в сфере здравоохранения, прежде всего в системе «потребитель — провайдер», вряд ли могут выполнять какую-то позитивную функцию, т. к. на кону — здоровье

и жизнь реальных людей, большая часть которых в России балансирует на грани базового слоя и зоны неприличной бедности.

Что касается радикальных версий конфликтологического направления, то в них, как правило, акцент смещается на классовый характер неравенства потребления благ. Безусловно, неравенство в доходах — это базисный фактор социальной дифференциации потребителей медицинской помощи, но не главный, и тем более не единственный. Невзирая на внутренний разброд идей конфликтологической парадигмы, мы признаем ее методологический потенциал в раскрытии противоречий государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, объяснении причин разнонаправленности интересов субъектов обязательного медицинского страхования в России, и самое главное, в разработке рекомендаций по преодолению и сглаживанию напряженностей и конфликтов.

Существенно расширяют познавательный горизонт *институциональные теории*, и в частности, неоинституциональный подход Нобелевского лауреата Д. Норта, демонстрирующий, каким образом формальные и неформальные нормы преломляются в комплексе социально-экономических отношений по поводу предоставления и потребления медицинских услуг.

Д. Норт пишет: «Институциональные ограничения, которые определяют набор возможностей для индивида, являются сложным сочетанием формальных и неформальных ограничений. Они образуют взаимосвязанную систему и в различных комбинациях формируют набор альтернатив для различных контекстов» (Норт 1997: 92). Не является исключением и сфера медицинского обеспечения, в которой поведение потенциальных и реальных пациентов детерминруется формальными (нормативно-правовые акты, договорные отношения) и, в большей степени, неформальными ограничителями (например, личные связи, взятки, стереотипы и пр.), ставящими потребителя в ситуацию выбора.

На взгляд Д. Норта, неформальные ограничения берут свое начало в культуре общества и обусловлены асимметричностью информационного обмена между участниками рыночных отношений. Понятие транзакционных издержек, которым оперирует Д. Норт, применительно к институту здравоохранения, позволяет прийти к заключению о том, что временные затраты на приобретение информации о медицинских организациях, поиск хорошего лечащего врача или врача-консультанта, ожидание в очередях (реальных и «заочных»), необходимость контролировать и перепроверять действия врача в процессе медицинского вмешательства, принуждать медицинский персонал к исполнению своих обязанностей — все это факторы, продуцирующие информационное неравенство потенциальных потребителей и пациентов.

Согласно Д. Норту, «сложность окружающего мира, с учетом ограниченных способностей к переработке информации, может объяснить субъективные восприятия реальности, формирующие понимание внешнего мира, и даже возникающие у индивида ощущения справедливости или несправедливости институциональной среды...» (Там же: 44). Поэтому даже если представить, что все игроки обладают равными возможностями получения достоверной информации о рынке медицинских услуг, то асимметрия все равно неизбежна по при-

чине различной способности к переработке и использованию этой информации. Сам Д. Норт приводит в качестве примера врача, который гораздо лучше осведомлен о качестве своих услуг и квалификации, чем пациент, и человека, желающего застраховать свою жизнь, который о состоянии своего здоровья знает гораздо больше, чем страховая организация.

Итак, значение неинституционального подхода Д. Норта для анализа асимметрии потребления медицинской помощи несомненно и заключается в признании неопределенности, порождаемой не только институтами, т. к. сущность институтов как раз видится в снижении неопределенности, замене спонтанного поведения на поведение ожидаемое, но и мотивацией человека, сложностью проблем, требующих от потребителя решения, и сложностью «программ решения», которыми располагает индивид.

Перспективным идейно-теоретическим источником для социологического исследования потребительских стратегий в сфере медицинского обеспечения является теория трансформационной активности, разработанная основателем новосибирской социально-экономической школы Т. И. Заславской. Выдающийся российский социолог определяла трансформационную активность как «совокупность таких социально-инновативных действий, которые, будучи относительно рациональным ответом акторов на вызываемое реформами изменение условий жизнедеятельности, существенно меняют базовые социальные практики» (Заславская 2004: 221).

Реформа здравоохранения в России состоялась не один раз и не в один момент, а является перманентным процессом. Под влиянием трансформации социально-экономической сферы претерпевает изменения институциональная среда, а значит, и социальные практики потребителей тоже меняются, т. к. «поведение социальных акторов, независимо от их типов и статусов, реализуется в рамках достаточно жестких структурных ограничений, роль которых в трансформации общественных практик не меньше, чем инициативных действий свободных акторов» (Там же). Получается, что несмотря на то, что люди реагируют на любые социальные изменения осознанно и поступают рационально, выбирая стратегии поведения, институциональная система, социальная структура, социально-демографические и статусные параметры, обозначающие место актора в социальной структуре, определяют в значительной степени потребительское поведение на рынке медицинских услуг.

Противоречия между контекстуальными факторами и реальными практиками потребления медицинской помощи во многом объясняет теория институциональных матриц С. Г. Кирдиной. Институциональная матрица — «устойчивый исторически сложившийся комплекс взаимосвязанных базовых институтов, регулирующих функционирование основных общественных сфер: экономики, политики и идеологии. Базовые институты, сохраняя присущее им содержание, «развертываются» и проявляют себя в разных исторически развивающихся институциональных формах, специфика которых зависит от цивилизационного контекста конкретных обществ» (Александров, Кирдина 2012: 9). Не будет ошибкой признать, что институт здравоохранения принадлежит к экономической подсистеме общественной жизни. Если в обществе преобла-

дают институты X-матрицы, то экономика здравоохранения, в соответствии с теорией институциональных матриц, будет иметь редистрибутивный характер с присущими ей процессами координации, пропорционального распределения и перераспределения медицинских ресурсов. Если доминируют институты Y-матрицы, то экономика здравоохранения с большой долей вероятности будет рыночной. Система здравоохранения Y-матрицы образуется институциями конкуренции акторов, например, лечебно-профилактических организаций и страховых медицинских компаний, обмена (купли-продажи медицинских услуг), извлечения прибыли от медицинской деятельности.

Как отмечает С. Г. Кирдина, каждой институциональной матрице присуща характерная модель «институционального человека», X-матрице — модель «институционального X-человека», Y-матрице — модель «институционального Y-человека» (Кирдина 2005). С. Г. Кирдина полагает, что в России на всем протяжении истории доминирует X-матрица. Однако тенденции либерализации в сфере здравоохранения указывают на внешние признаки преобладания институтов Y-матрицы. И это только одно из противоречий российской системы здравоохранения. Другое противоречие, по нашему мнению, заключается в том, что в российском обществе, несмотря на изменения формальных правил игры в социально-экономической сфере, до сих пор доминирует и еще очень долгое время будет доминировать институциональная модель X-человека, соотносящего «свои действия как участника экономической деятельности с другими людьми, то есть он подвержен действию не института конкуренции, но института координации» (Там же).

Сказанное выше указывает на необходимость первичности социально-культурных изменений, а не институциональных, или, по крайней мере, их синхронной модификации. Индикативный анализ возникающих на стыке ментальности и институциональности российского общества противоречий является ключом к пониманию сущности социальных различий в сфере потребления медицинской помощи и выработке технологий сглаживания неравенства потребителей.

Конструктивистский структурализм. Методологическим подходом, примиряющим номиналистическую и реалистическую парадигмы в социологии, является теория социального пространства П. Бурдьё (Бурдьё 2007). В нашем случае, здравоохранение — это социальное поле, в котором происходит потребление медицинской помощи как общественного блага, а власть представляет собой возможность пациента оказывать влияние на ход и результаты потребления медицинской помощи, а также концентрировать и конвертировать различные виды капитала в доступ к эффективной медицинской помощи, удовлетворять свои медицинские желания и потребности.

Социологические воззрения П. Бурдьё подводят нас к мысли о том, что, во-первых, группы потребителей — это не реальные слои общества, а группы «на бумаге», конструируемые исследователями искусственно, во-вторых, экономический фактор потребления — основополагающий, но далеко не все процессы и явления в социальном поле здравоохранения можно объяснить экономическими законами, в-третьих, наличие объективных структур, не зависящих от

сознания и воли агентов, не исключает существования индивидуальных практик медицинского поведения потребителей.

Для интеграции субъективистского и объективистского взглядов на общество и поведение человека французский ученый вводит понятие габитуса — ментальной структуры, через которую агенты воспринимают социальный мир. Исходя из этого, пишет П. Бурдьё, «...диспозиции восприятия имеют тенденцию приспосабливаться к позиции... даже наиболее обездоленные агенты стремятся воспринимать социальный мир как должное и мириться с гораздо большим, чем можно было бы вообразить...» (Бурдьё 2007: 74).

Таким образом, мы вправе говорить о специфическом габитусе потребителя медицинской помощи как об интериоризированном агентом, например, пациентом лечебного учреждения, жизненном опыте, формирующем готовность и склонность реагировать определенным образом на изменения своего здоровья, или намерение свое здоровье сохранить и упрочить. Как отмечает П. Бурдьё, в пространстве возможных благ и услуг люди выбирают «блага, занимающие в этом пространстве позицию, гомологичную той, которую агенты занимают в социальном пространстве. Из чего получается, что ничто не классифицирует более того, кто сам себя классифицировал» (Там же: 75).

Осмелимся предположить, что потребители медицинской помощи, располагающие сходными позициями в социальном пространстве, склонны производить сходные практики медицинской активности, которые в конечном итоге дифференцируют структуру потребления медицинской помощи. Немаловажным является тот факт, что поведение агентов, особенно когда речь заходит о поведении в сфере здравоохранения, в большей степени находится под давлением социальной структуры.

Пространственно-временной аспект человеческой деятельности систематически изложен в теории структуризации Э. Гидденса, которая также служит методологической основой нашего исследования. Как и П. Бурдьё, Э. Гидденс в своей концепции пытается навести мосты между микро- и макросоциологией. Опираясь на социологическую логику Э. Гидденса, можно судить о нестандартности ситуации заболевания, либо телесного, психического, духовного дискомфорта, требующего медицинского вмешательства, разве что если потребитель не является хронически больным с большим стажем и опытом решения своих проблем посредством взаимодействия с профессионалами от медицины. Вполне естественно, что каждый человек осознанно выбирает и конструирует стратегию поведения в случае возникновения потребности в медицинской помощи, а значит, медицинская активность не носит такой уж рутинный характер, как может показаться на первый взгляд. Между тем нельзя не согласиться с И. В. Мостовой в том, что «поскольку детальное социальное планирование — довольно экзотический, и, в силу стохастического характера общественных систем, а также обычно низкой степени рефлексивности (и рациональности действий) социальных акторов, — неблагоприятный труд, можно говорить лишь о стратегиях индивидов и групп как о наиболее общей характеристике их динамических проявлений» (Мостовая 1995: 95).

Сказанное выше позволяет рассматривать поведение потребителей медицинской помощи как особый вид целерациональной программируемой деятельности агентов, источником которой является осознанная необходимость адекватного реагирования на потенциальную угрозу жизни и здоровью. Независимо от того, ограничена ли свобода действий агента или нет, потребление медицинской помощи как деятельность всегда предполагает власть деятеля, т. е. способность индивида «вносить изменения в ранее существовавшее положение дел или ход событий», способность «преобразовывать» (Гидденс 2005: 56).

Перенося идею структуризации на предметную почву исследования потребления медицинской помощи, можно предположить, что социальная структура не просто налагает ограничения на потребительское поведение, оказывая внешнее принудительное воздействие, но сама является результатом воспроизводимых в пространственно-временном континууме ситуативных практик и одновременно воспроизводимыми условиями, дающими возможность осуществлять практики потребления медицинской помощи.

По нашему мнению, идея дуальности социальной структуры и субъективного действия позволяет исследовать социальную дифференциацию потребителей медицинской помощи как результат деятельности самих потребителей, а не просто как систему объективно заданных неравных условий, либо меняющихся по ходу игры правил, независимых от потребителя. Хотя надо понимать, что эта идея может сыграть, и, пожалуй, уже сыграла злую шутку в сфере российского здравоохранения, потому что ответственность за здоровье теперь полностью перекладывается на плечи человека (пациента).

Историко-культурный анализ трансформации медицины из сугубо прикладной дисциплины в социальный институт, «философию человека» и «науку о человеке» предпринял М. Фуко, показав, как с «рождением клиники» болезнь перестает быть личным делом больного и его семьи. Быть может, постструктуралистский подход М. Фуко не так логичен и последователен, как теории П. Бурдьё и Э. Гидденса, но при этом М. Фуко предлагает довольно оригинальную концепцию взаимоотношений медицинского сообщества и пациента. Французский социальный философ полагает, что «больной — это лишь то, посредством чего текст, иногда сложный и туманный, дан для чтения» (Фуко 2010: 82). Когда речь заходит о специфике клинического дискурса, М. Фуко называет больного «случаем своей болезни, транзиторным объектом, которым она овладевает» (Там же). Таким образом, социальное поле здравоохранения («клиники» в социальной философии М. Фуко), структурируется посредством определенных языковых кодов, образующих дискурс медицинской практики, правил поведения людей в сфере здравоохранения.

В рамках *феноменологического подхода* (включая драматургический подход, социальный конструктивизм, этнометодологию и другие личностно-ориентированные методы), социальная дифференциация потребления медицинской помощи может рассматриваться как результат множества социальных практик потребления медицинской помощи, опосредуемых культурой общества. А. В. Лубский отмечает, что в радикальном конструктивизме социальная

реальность сводится к множеству случаев установления социокультурных конвенций относительно тех или иных социальных ситуаций (Лубский 2012: 155).

Научный коллектив из Великобритании (Dixon-Woods et al. 2006) применил методiku «критического интерпретационного синтеза» к обзору литературы по проблеме доступа уязвимых социальных групп к медицинскому обслуживанию. Ученые пришли к выводу о том, что индивид («кандидатура») сам конституирует меру потребления медицинской помощи, признавая себя «подходящим» объектом медицинского внимания и медицинского вмешательства. При этом модель учитывает социальный контекст и факторы макроуровня, которые оказывают влияние на распределение и конфигурацию медицинской помощи. Следовательно, потребление медицинской помощи предстает как динамичное взаимодействие различных переменных, как процесс взаимодействия индивидов и системы медицинского обеспечения в постоянно меняющемся социальном контексте.

Действительно, на потребность в медицинской помощи влияют идентификация индивидом проблемы со здоровьем и способность, воля к поиску необходимой помощи, зависящие от гендерной принадлежности, традиций общества, религиозности и других параметров. Т. Энсор и С. Купер утверждают, что увеличение потребности является более широким феноменом, чем простое предоставление информации о здоровье и здравоохранении, поскольку связано с образованием членов семьи и иерархией внутри нее (Ensor, Cooper 2004: 73). В подтверждение своих слов ученые описывают случаи отстранения женщин мужьями от процесса принятия решения относительно собственного здоровья (например, обращаться или не обращаться за медицинской помощью).

В «мягкой» версии конструктивизма признаются как объективная, так и субъективная реальности существования общества, проявляющиеся в диалектической взаимосвязи человека-творца и социального мира. Так, П. Бергер и Т. Лукман понимают под обществом «непрерывный диалектический процесс, включающий три момента: экстернализацию, объективацию и интернализацию» (Бергер, Лукман 1995: 210). Выходит, что человек при возникновении потребности в медицинской помощи уже «находит» устоявшуюся модель повседневной жизни, готовые образцы и стандарты поведения в случае заболевания — «принудительную власть» структур института здравоохранения, которые интернализируются в его сознании в ходе социализации.

Принимая во внимание вышесказанное, здравоохранение представляет собой упорядоченную сферу повседневной реальности, в которой взаимодействия выстраиваются по принципу типизации «другого». С самого начала контакта, врач и пациент навешивают друг на друга «ярлыки»: «хороший внимательный доктор», «неопытный врач», «дисциплинированный / недисциплинированный пациент» и т. п. Из такой суммы микроэпизодов типизаций «лицом-к-лицу» возникает повседневная реальность здравоохранения. Следует учитывать, что потребители медицинской помощи не просто принимают правила «по умолчанию», а сами их конструируют, наполняют новыми смыслами, значениями и ценностями.

Эвристическим потенциалом, на наш взгляд, обладает драматургический подход И. Гофмана, позволяющий проанализировать передний и задний план сцены исполнения роли врача и роли пациента, разобрать сам процесс потребления медицинской помощи. Ситуативный анализ социальных практик помогает лучше понять, каким образом такие вроде бы незначительные элементы действия, как манеры, внешний вид и прочие аудиовизуальные сигналы влияют на потребление медицинской помощи. Сфера здравоохранения — один из самых удачных примеров театрализованного представления, в котором командой (театральной труппой) выступает медицинский персонал, а зрителем и активным участником разыгрываемого спектакля — пациент. Именно поэтому сам И. Гофман часто приводит в качестве иллюстраций практики взаимоотношений врачей и пациентов (Гофман 2000).

Очевидно, что и потребители медицинской помощи, и «театральная труппа» медиков обладают определенным набором элементов личного переднего плана исполнения своей роли. По мнению И. Гофмана, таковыми могут быть: отличительные знаки официального положения или ранга, умение одеваться, пол, возраст и расовые характеристики, габариты и внешность, осанка, характерные речевые обороты, выражения лица, жесты. Некоторые из этих признаков постоянны, например, пол и расовая принадлежность, другие параметры меняются от ситуации к ситуации либо в течение отдельно взятого эпизода.

Мы считаем, что обозначенные индивидуальные для каждого человека, но типичные в своей массе характеристики могут служить комплементарными факторами социальной дифференциации потребителей медицинской помощи. Допустим, «извиняющаяся», «неуверенная» манера пациента может существенно снизить эффективность лечения, потому что действия медицинского персонала нужно контролировать и понимать. Речь также очень важна, ибо неумение грамотно описать симптоматику и последовательно, непротиворечиво изложить свои жалобы, сформулировать свои пожелания и требования ставит пациента в невыгодное положение. Напротив, владение навыками словесного действия и аргументации увеличивает шансы пациентов на достижение своих целей. Но и агрессивное, самоуверенное поведение, свойственное многим российским пациентам, на наш взгляд, препятствует эффективному взаимодействию с медицинскими профессионалами. Наконец, знание и осознание пациентом секретов «закулисной» медицинской практики, базовая медицинская грамотность и осведомленность является важнейшим ресурсом эффективного поведения, и тогда совсем не обязательно пытаться сорвать «врачебный спектакль», если замечен обман, произвол или неэтичное отношение со стороны медицинского персонала.

Медицинская этика обязывает относиться ко всем пациентам с одинаковым желанием помочь, независимо от социального, культурного и демографического статуса. В реальной жизни все происходит несколько иначе. К кому врач будет относиться с большим вниманием и уважением: к молодому образованному человеку, хорошо одетому, искусно разъясняющему поставленным голосом свои проблемы со здоровьем и сопровождающему свое повествование скудной, но в то же время изысканной и уместной жестикуляцией, или к чело-

веку рабочей профессии, лет шестидесяти, одетому бедно, но чисто, без излишнего лоска, с девятью классами образования, который ни словами, ни мыслями не может выразить, что с ним происходит? В этом примере мы обращаем внимание только на процесс самопрезентации «другому» (пациенту врачу), без апелляции к финансовым возможностям типичных потребителей.

Если пол, возраст и расовые признаки практически не поддаются коррекции, то манеры и внешний вид могут изменяться и контролироваться, однако они, являясь результатом воспитания и социализации, образования и самообразования, не всегда осознаются агентом, поскольку происходит их неизбежная хабиитуализация, если говорить языком П. Бергера и Т. Лукмана, т. е. опривычивание, рутинизация. Важным, на взгляд П. Бергера и Т. Лукмана, психологическим эффектом хабиитуализации является уменьшение различных выборов. Хабиитуализация освобождает потребителя медицинской помощи от бремени «всех этих решений», принося психологическое облегчение, основанием которого является ненаправленная инстинктуальная структура личности (Бергер, Лукман 1995: 90).

Таким образом, с одной стороны, осознание потребности в медицинской помощи нарушает «нормальный» ход повседневности, поскольку человек вынужден принимать нестандартные решения, с другой, институт здравоохранения и культура общества очерчивают фреймы потребительского поведения, в известной степени упорядочивая и типизируя его.

Итак, все теоретико-методологические подходы к изучению потребления медицинской помощи и факторов социального неравенства в данной сфере можно условно разделить на две группы: субъективистские и объективистские. Вероятно, такое деление продиктовано влиянием общей методологии социологического познания. В субъективистских концепциях подчеркивается роль поведения потребителя, зависящего от индивидуальных характеристик (пол, возраст, образование, профессиональный статус, этническая принадлежность), ресурсного потенциала человека и социальной общности. В объективистской традиции акцент смещается на исследование культурных, финансовых, организационных, географических, транспортных и иных условий конкретной системы здравоохранения и общества в целом. Неравенство в потреблении, согласно объективистской методологической проекции, обусловлено социально-экономическими, географическими и другими барьерами и не зависит от сознания и деятельности людей.

Существуют также пограничные подходы, которые можно применить к анализу социальной дифференциации потребителей в сфере здравоохранения, к примеру, конструктивистский структурализм (структуралистский конструктивизм). Полагаем, что стратегии потребления медицинской помощи в контексте социальной дифференциации целесообразно исследовать посредством субъектно-объектного анализа, интегрируя, таким образом, объективистскую и субъективистскую парадигмы.

Пожалуй, наиболее полно и последовательно субъектно-объектный подход к изучению неравенства потребителей медицинской помощи отражен в трудах американского исследователя Р. Андерсена. Ученый известен как создатель по-

веденческой модели использования медицинских услуг. Достоинство данной модели заключается в том, что она включает контекстуальные и индивидуальные измерения доступности медицинской помощи (Andersen, Davidson 2007). Под контекстуальными параметрами понимаются условия и среда потребления медицинской помощи: национальная политика в области здравоохранения, уровень образования социума, этническая структура общества, организационные ресурсы и культурные нормы, условия жизни. Можно сказать, что контекст — это совокупность внешних по отношению к обществу и человеку условий, которые предрасполагают или не предрасполагают к получению медицинской помощи. Не менее важными, согласно мысли ученого, являются индивидуальные характеристики потребителей: гендер, возраст, доход, профессия, этническая принадлежность, самооценка здоровья и чуткость по отношению к персональному статусу здоровья, образ жизни, потребности, особенности коммуникативного взаимодействия в системе «врач — пациент», поведенческие паттерны. Индивидуальные характеристики показывают, каким образом социальные факторы определяют возможности и способности человека удовлетворять медицинские потребности.

На наш взгляд, узловым пунктом в поведенческой модели Р. Андерсена является учет исхода взаимодействия клиента с системой здравоохранения, который измеряется позитивными функциональными изменениями в состоянии пациента, уровнем его удовлетворенности. К сожалению, в российском здравоохранении данный критерий доступности медицинской помощи присутствует только номинально.

Литература

- Александров Ю.И., Кирдина С.Г.* Типы ментальности и институциональные матрицы: мультидисциплинарный подход // Социологические исследования, 2012, 8, с. 3–12.
- Бергер П., Лукман Т.* Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995.
- Бурдые П.* Социология социального пространства / Пер. с франц.; отв. ред. перевода Н.А. Шматко. М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2007.
- Волчанский М.Е.* Социология конфликта в медицине: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград, 2008.
- Гидденс Э.* Устроение общества: Очерк теории структуризации. М.: Академический Проект, 2005.
- Гофман И.* Представление себя другим в повседневной жизни. М.: КАНОН-ПРЕСС, 2000.
- Заславская Т.И.* Современное российское общество: социальный механизм трансформации: Учеб. пособие. М.: Дело, 2004.
- Кирдина С.Г.* Homo institutus в теории институциональных матриц // Homo institutus — Человек институциональный: монография / под ред. О. В. Иншакова. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2005.
- Критика современной буржуазной теоретической социологии / А.П. Ковалев, С.М. Митина, Э.А. Орлова и др.; Ред. Г.В. Осипов. М.: Наука, 2003.
- Курбатов В.И.* Современная западная социология: Аналитический обзор концепций. Учебное пособие. Ростов н/Д.: Феникс, 2001.

Лубский А.В. Конструктивизм и научность социологического исследования // Методология, теория и история социологии: сборник научных статей. Материалы Всероссийской научной конференции «Методология, теория и история социологии» (Ростов-на-Дону, 23–24 ноября 2012 г). / Под ред. В.И. Филоненко. Ростов н/Д: Изд-во Южного федерального университета, 2012. Т. 1. С. 154–163.

Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006.

Мостовая И.В. Российское общество: социальная стратификация и мобильность. Ростов н/Д., 1995.

Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А.Н. Нестеренко; пред. и науч. ред. Б.З. Мильнера. М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997.

Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический Проект, 2000.

Парсонс Т. О социальных системах / Под. ред. В.Ф. Чесноковой и С.А. Белановского. М.: Академический Проект, 2002.

Петрова И.А. Конфликт «врач — пациент»: технологии управления и нормативное урегулирование // Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. 3.

Социология: Учебник / Ю.Г. Волков, В.И. Добренъков, В.Н. Нечипуренко, А.В. Попов. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: Гардарики, 2003.

Фуко М. Рождение клиники. М.: Академический Проект, 2010.

Andersen R., Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual indicators, in: *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, (eds.) Andersen R., Rice Th., Kominski G. San Francisco: Jossey-Bass, 2007, pp. 3–31.

Dixon-Woods M. et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups, *BMC Medical Research Methodology*, 2006, 6 (35). [<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35>]. Дата доступа 2.01.2014.

Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side, *Health Policy and Planning*, 2004, 19(2), pp. 69–79.

Williams J.S., Byles J.E., Inder K.J. Equity of access to cardiac rehabilitation: the role of system factors, *International Journal for Equity in Health*, 2010, 9(2). [<http://www.equityhealthj.com/content/9/1/2>]. Дата доступа 5.01.2014.