

СОЦИОЛОГИЯ ТРУДА, ОРГАНИЗАЦИЙ И ПРОФЕССИИ

DOI: 10.14515/monitoring.2019.3.11

Правильная ссылка на статью:

Галкин К. А. Когда работа не заканчивается. Профессиональные роли и отношение к помощи в нерабочее время у молодых сельских врачей // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2019. № 3. С. 179—191. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.3.11>.

For citation:

Galkin K. A. (2019) When work never ends. Professional roles and attitudes of young rural doctors to patient care in the off-hours. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 3. P. 179—191. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.3.11>.



К. А. Галкин

КОГДА РАБОТА НЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РОЛИ И ОТНОШЕНИЕ К ПОМОЩИ В НЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ У МОЛОДЫХ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ

КОГДА РАБОТА НЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РОЛИ И ОТНОШЕНИЕ К ПОМОЩИ В НЕРАБОЧЕЕ ВРЕМЯ У МОЛОДЫХ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ

WHEN WORK NEVER ENDS. PROFESSIONAL ROLES AND ATTITUDES OF YOUNG RURAL DOCTORS TO PATIENT CARE IN THE OFF-HOURS

ГАЛКИН Константин Александрович — кандидат социологических наук, младший специалист-исследователь, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия
E-MAIL: Kgalkin1989@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-6403-6083>

Konstantin A. GALKIN¹ — *Cand.Sci. (Soc.)*, Junior Research Fellow
E-MAIL: Kgalkin1989@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-6403-6083>

¹ European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

Аннотация. В статье рассматривается конструирование молодыми сельскими врачами профессиональных ролей в сельском сообществе и смыслов про-

Abstract. The article examines how young rural doctors construct their professional roles and the meanings of their profession in rural communities,

фессии то, как на основании обозначенных в исследовании ролей построена мотивация помочь пациентам- сельским резидентам в нерабочее время. Исследование проводилось в двух районах Ленинградской области — Подпорожском и Лужском районе всего было собрано 20 биографических интервью с молодыми врачами ($n=20$). Интервью анализировались с применением методики тематического анализа, которая позволила сфокусироваться на том, как сами врачи описывают свое нерабочее время и взаимодействие со своими пациентами — сельскими резидентами. В работе применяется социально-антропологический подход к исследованиям профессий, который позволил обозначить ключевые роли молодых сельских врачей: роль хранителя местного пространства и роль эксперта. Автор показывает, что в зависимости от конструирования молодым врачом своей профессиональной роли по-разному понимается категория «помощи», в том числе и в нерабочее время. Важным выступает то обстоятельство, что врачи сильно интегрированные в сельское общество выбравшие «роль хранителей местного пространства» могут потерять этическую непредвзятость при работе с пациентами, в то время как, врачи, которые выбрали роль экспертов при работе в сельском сообществе могут быть отстранены от самого сообщества и своих пациентов, что тоже негативно сказывается на работе врача.

Ключевые слова: молодые врачи, молодые сельские врачи, локальное сообщество села, профессиональная роль врача на селе, взаимодействия с пациентами, нерабочее время сельского врача, сельская медицина, оказание медицинской помощи на селе

and what their motivation to help rural patients in their off-hours is based on. The study was conducted in two districts of the Leningrad oblast – Podporozhsky and Luzhsky districts. A total of 20 biographical interviews with young doctors were carried out ($n=20$). The author applies thematic analysis which allows studying how the doctors themselves describe their off-hours and interactions with patients who are local residents. A socio-anthropological approach helping to define the key roles of young rural doctors (“guardians of the local space” and “experts”) is also used in the paper. The author shows that the concept of “help” is understood differently depending on the professional role construct, including the off-hours. Importantly, the doctors strongly integrated into the rural community and acting as guardians of the local space may lose their ethical impartiality working with patients, whereas those doctors who act as experts can be disengaged from the community and patients which may also have negative impacts on doctor’s work.

Keywords: young doctors, young rural doctors, local community of the village, professional role of the doctor in the village, interaction with patients, non-working time of the rural doctor, rural medicine, medical care in the village

Задача статьи — внести вклад в понимание того, как молодые врачи конструируют свою профессиональную роль, работая в сельской местности. Врачебные профессии по своей сущности — профессии помогающие. В последнее время, в ситуации неоменеджеризма и коммерциализации медицинских профессий, работа врача становится похожей на работу специалиста, который быстро решает необходимые задачи, не отвлекаясь на длительное взаимодействие с пациентами. Различные коммуникативные, поведенческие аспекты работы врачей сегодня — это и предмет дискуссий со стороны социологов медицины, и важная составляющая практической деятельности самих врачей.

Особенности развития медицинского обслуживания в разных локациях (город — село) определяют функции и задачи работы медика-профессионала. Многозадачность, сильные социальные связи, общение и взаимодействие с пациентами, сельскими жителями, и отсутствие большого контингента медицинских специалистов, — все это оказывает огромное влияние на содержание работы, профессиональные ценности и распределение свободного времени сельского медика [Laven, Willkinson, 2003; Вяткина, 2012; Галкин, 2018].

Развитие сельской медицины в России предполагает, с одной стороны, активные изменения в социальной политике, программу «Земский доктор», направленную на привлечение молодых врачей в села, а с другой — проблемы, связанные со слабой оснащенностью медицинским оборудованием амбулаторий и ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов), трудности в обслуживании пациентов и острую нехватку специалистов.

Цель исследования — определить, как индивидуальные представления молодых врачей о своей профессиональной роли в селе (индивидуальное конструирование смыслов профессионализма) влияют на мотивацию помогать пациентам в нерабочее время.

Методология и эмпирическая база исследования

Эмпирической базой выступает серия интервью с двадцатью врачами общей практики, работающими в Лужском и Подпорожском районах Ленинградской области. Интервью проведены в период с марта 2017 г. по ноябрь 2018 г. в амбулаториях и ФАПах. Возраст информантов (молодых врачей) — от 27 до 35 лет. Такой возрастной диапазон обусловлен продолжительностью обучения в медицинском вузе. Тип интервью — биографический. Средняя продолжительность интервью — один час. Интервью представляют собой рассказы информантов о своем опыте, пережитых проблемах и трудностях. Эти рассказы стали для данного исследования отправной точкой, на основании которых сделаны выводы о формировании у молодых врачей своего образа и осознании ими своей профессиональной роли в жизни села. Е. Рождественская в «Биографическом методе» определяет рассказы, беседы информанта-интервьюера, как возможность узнать много о пережитых и переживаемых событиях, «рассказывание — это не только когнитивная и коммуникативная стратегия, рассказывание провоцирует эмоции, способствует реинсценированию аффектов и различных ситуаций» [Рождественская, 2012: 83—84].

Интервью проводились в атмосфере, максимально близкой к повседневной беседе, в рамках которой информанты рассказывали о работе в сельской местности

[Kvale, 1996]. Нарративы интервью анализировались по схеме трехуровневого анализа: разделение нарратива на категории, концептуализация нарратива интервью на более высоком структурном уровне (связь того, что было сказано информантом, с другими нарративами), теоретическая концептуализация материала и связь нарративов с теоретической базой [Kvale, 1996]. При анализе нарративов интервью автор выделил типичные роли врачей в сельской местности — *роль хранителя местного пространства* и *роль эксперта* — и описал, как молодые врачи конструируют подобные роли.

Задачи исследования состояли в последовательном изучении ролей врача при работе в сельской местности и анализа мотивации оказания профессиональной помощи и предоставления консультаций, бесед с пациентами — сельскими жителями в нерабочее время. Рассматривался следующий круг вопросов: взаимодействие с пациентами, позиционирование своего профессионализма врачом в сельской местности, коммуникация и общение с пациентами в нерабочее время.

Среди информантов были те, кто приехал в село по программе «Земский доктор», а также те, кто вернулся работать в село, в котором вырос. Программа «Земский доктор» регламентируется законом № 336 — ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» и работает с 2012 г. Программа рассчитана на привлечение молодых специалистов-врачей в сельские районы.

Позиционирование профессионализма, профессиональные роли молодых врачей в сельской местности

Роль врача предполагает достижение цели — качественного лечения пациентов и оказания им необходимой помощи [Dolch, 2003: 392; цит по: Подстрешная, 2015: 629]. Как отмечает Е. Подстрешная, исходя из особенностей символического интеракционизма, роли не являются устойчивыми категориями [Подстрешная, 2015: 629]. Индивид в различных ситуациях ориентируется на релевантные роли и может по-разному выстраивать свое поведение [Подстрешная, 2015]. В зависимости от того, как врач определяет свой профессионализм, выстраиваются его отношения с пациентами. Но врач является также «заложником» профессиональной этики и моральных ценностей. Все действия врача обусловлены врачебными этическими нормами, в которых прописано понимание этики медицинского профессионализма¹ и профессиональные действия врача в тех или иных ситуациях. Подобные представления о врачебном профессионализме и понимание конкретного специалиста-врача как части огромной машины, который должен действовать в рамках необходимых норм и инструкций присутствуют в описании этой профессии в работах функционалистов [Parsons, 1964; Carr-Saunders, 1933].

Что при таком подходе теряются индивидуальные аспекты понимания врачом своего профессионализма. Т. Маршалл, определяя концепцию современного профессионализма, рассуждает о переходе от традиционного индивидуализма профессий (закрытых экспертных профессиональных сообществ) к социальной ориентированности профессиональной деятельности [Marshall, 1939]. Повседневность профессионалов, таким образом, становится важным связующим звеном между

¹ Кодекс врачебной этики РФ от 07.06.1997.

индивидами и тем, как они понимают и конструируют социальные представления о профессии [Evetts, 2011]. Часто именно индивидуальные поведенческие особенности, перцепция боли пациента, профессиональная мотивация, удовлетворенность своим трудом играют решающую роль в качестве медицинского обслуживания и успехе взаимодействия врача и пациента.

Эти обстоятельства способствуют поиску новых теоретических и методологических перспектив исследования личных рефлексий профессионалов [Романов, Ярская-Смирнова, 2015]. В классической работе Г. Беккера «Мальчики в белом» [Becker, 1962] уделяется внимание тому, как студенты-врачи конструируют смыслы профессии, интегрируются в профессиональную культуру. Также и Э. Хьюз отмечает важность понимания индивидуальных представлений врачей о своем профессионализме, которые трансформируются и изменяются при переходе индивидов из обывательской культуры в медицинскую. Данный переход сопряжен с конструированием своих профессиональных ролей, идентичности и различными дилеммами, связанными с построением карьеры [Hughes, 1956].

Эти идеи получили развитие в социально-антропологическом подходе к исследованиям профессий, где рассматривается то, как профессионалы маркируют свою принадлежность к профессии, какие смыслы считают важными для развития профессионализма, как интегрируются в профессиональную культуру из обывательской, а затем реализуют медицинскую культуру в повседневности [Романов, Ярская-Смирнова, 2015; Романов, Ярская-Смирнова, 2009; Абрамов, 2013].

В настоящем исследовании автор использует социально-антропологический подход к изучению профессий для того, чтобы описать, как молодые врачи определяют свой профессионализм. Профессиональная роль — это индивидуальные представления молодых врачей о профессионализме, которые конструируются индивидами, молодыми врачами, в сельском сообществе. В отличие от профессиональной идентичности, конструируемой на протяжении всей жизни индивида и зависящей от образования, семейного бэкграунда, способов интеграции в профессию, профессиональная роль не постоянна и может трансформироваться в зависимости от контекстов, сообществ и условий, в которых работает молодой врач и изменяться достаточно стремительно. Например, профессиональная роль может быстро изменяться в зависимости от эмпатии, эмоционального восприятия боли и выработки реакции на боль пациента в различных ситуациях [Vanja, 2008].

Врач при работе в селе вынужден сочетать роли профессионала и сельского жителя. За подтверждением этой мысли обратимся к работам Лиз Бонди, в которых сельское сообщество понимается как «стирающее границы» между профессиональной ролью врача и ролью жителя села [Bondi, 2009: 165]. Часто эти роли накладываются одна на другую. Возможным решением проблемы выступает возвращение к привычным отношениям «врач — пациент», где врач выступает в роли эксперта, а пациент не задает лишних вопросов и не пытается рассказать о своих психологических проблемах, которые косвенно связаны с заболеванием [Nadelson et. al, 2002]. Однако такая коммуникация «врач — пациент» не всегда возможно в сельской местности, а также может стать причиной потери доверия к специалисту. В работе автор ориентируется на концепцию «минимального внима-

ния», обозначенную Дж. Банджой. Её суть заключается в том, что, с одной стороны, врач сохраняет интерес к пациентам, а с другой — объективно и беспристрастно относится к процессу лечения [Banja, 2008: 1129]. Данная концепция позволяет проследить, как конструируются профессиональные роли, отклоняясь в ту или другую сторону от эталонной модели.

Также следует упомянуть об одной особенности работы врача в селе, выраженной в том, что врачам зачастую приходится работать с пациентами в нерабочее время. К. Лонг и С. Вайнерт, авторы пособия по медицинскому обслуживанию сельских жителей, рассматривают важность неформальных контактов и взаимодействий врачей с жителями сёл, в том числе и в контексте повышения качества медицинского обслуживания. Пациентам, живущим в сёлах, необходимо доверять своему врачу, который является единственным доступным профессионалом, способным быстро прийти на помощь [Long, Weinert, 1999].

Проблема нехватки времени и ненормированного рабочего дня обозначена и в исследовании Л. Медоуз. К сожалению, медицинская помощь в сёлах не отвечает запросам пациентов, и часто врачам просто не хватает времени для того, чтобы принять пожилого человека на профилактический осмотр, поэтому, как правило, пациенты обращаются к врачам только за экстренной помощью [Meadows et al., 2001: 461]. При этом врачи обладают весомым статусом и властью, часто это единственные специалисты, способные прийти на помощь, профессионализм которых не ставится под сомнение, как это отмечено в исследовании австралийских ученых А. Кенни и П. Нугис [Kenny, 2004; Nugus et al., 2010].

Роль «хранителя местного пространства»

Профессионализм и профессия понимаются молодыми врачами, которые конструировали свой профессионализм в селе, исходя из роли «хранителя местного пространства», как помогающие. Основным смыслом профессионализма выступает желание помочь пациенту, прежде всего, оказать медицинскую помощь, обсудить повседневные проблемы и помочь психологически справиться с болезнью. Медицинская профессия рассматривается, исходя из гуманистических ценностей, а самой большой «ошибкой» врача при работе с пациентами оказывается высокомерие и неучитивое отношение, отсутствие эмпатии.

Такие молодые врачи отмечали важность длительного общения с пациентами, когда врач не только ставит диагноз и просто лечит больного, а долгое время общается с ним. Важны коммуникация и установление хорошего психологического контакта. Они старались быстро интегрироваться в повседневность села, а контекст соседства и «хорошего знания» своих пациентов служил дополнительной возможностью улучшения качества работы.

«...Поначалу, как приехал сюда, да, было сложно, наверное, в том, что я все-таки человек городской... Но потом, поработав здесь полтора года, понял, что это очень хорошая, в принципе, работа и неплохая должность. И что, наверное, очень важно лично для меня — это возможность общаться достаточно тесно со своими пациентами» (м., 28, кардиолог, ЛО).

Врачи с подобным пониманием своего профессионализма отмечали необходимость активного участия в жизни своего села. Врач часто выполнял функции

«местного батюшки», «охранителя пространства». Медицинские знания у «хранителей местного пространства» понимались как максимально широкий контекст. Значимым было наличие хороших психологических навыков и деонтологической подготовки при работе в сельской местности.

«Я не знаю, просто здесь уже очень сильно врос корнями в свое родное село и, так сказать, наверное, уже и не представляю своей жизни без него» (м., 30, врач общей практики, ЛО).

Ключевыми смыслами медицинской профессии выступали помогающие аспекты и знания, навыки понимались врачами в контексте помощи своим пациентам, сельским жителям. В интервью врачи называли пациентов такими словами: «соседи», «сельчане», «свои». Для представителей подобной роли было характерным размывание границ профессионала-врача и сельского жителя. При этом часто профессиональные ценности, такие, как этическая непредвзятость и объективность, были смешаны с ценностями конкретного села, а мнение сельского сообщества крайне важно при принятии решений молодыми врачами.

Часто врачам приходилось и оказывать помощь, и давать психологические советы пациентам. При этом статус профессионала был важен, благодаря ему врач брал на себя функции «хранителя сельского пространства». Но статус был, прежде всего, определен тем, чтобы быть полезным в конкретном сельском сообществе, используя свои навыки и знания.

Врач выступал психологом, который мог помочь в решении проблем различного спектра, часто не относящихся к лечению и медицинской помощи. Это не всегда позитивно воспринималось самими врачами и, в некотором роде, могло нанести урон профессионализму, а самое главное — привычному распорядку рабочего дня врача.

Тема включенности и сопереживаний отсылает к эмоциональному аспекту коммуникации врача с пациентом и эмпатии. Для профессионализма сельского врача такой аспект работы оказывается неоднозначным. Чрезмерное участие молодого врача в жизни села и эмпатия к пациентам, местным жителям, могут привести к профессиональному выгоранию и желанию переехать из села. Молодые врачи, которые исполняли роль хранителя местного пространства, оценивали эмпатию к пациентам, наравне с общением и взаимодействием с ними, достаточно положительно и, наоборот, называли эти особенности профессии ключевыми для достижения успеха при работе в сёлах. Данная позиция противоречит концепции неоменеджериализма, активно развивающегося сегодня в медицине, когда приоритетным направлением выступает быстрая коммуникация с пациентом, назначение необходимых лекарств и быстрое лечение.

Роль «эксперта»

Особенностью понимания профессионализма у молодых врачей, выбравших роль эксперта, выступал ориентир на короткое общение с пациентами и маркирование своего профессионализма при любых взаимодействиях в селе. Коммуникация с пациентами достаточно механизмуется и сводится к расспросам о заболевании, постановке диагноза и назначению необходимого лечения. Профессионализм позиционировался молодыми врачами как экспертный, и врач был специалистом по лечению, избавлению пациента от конкретных заболева-

ний, но функции психолога или психотерапевта не входили в спектр понимания профессионализма у молодых врачей, которые выбрали эту роль.

Одной из особенностей работы у таких молодых врачей была дистанцированность от сельского сообщества и нечастая коммуникация с пациентами, местными жителями, в свободное время.

«С пациентами общаюсь только на работе. Когда не работаю, стараюсь меньше попадаться на глаза моим пациентам, потому что я считаю, что врач не должен общаться со своими пациентами, когда не работает, это плохо сказывается на профессионализме» (м., 28, врач общей практики).

Врачи, выбравшие роль эксперта, отмечали, что эмпатия к пациентам или сопереживание пациенту может стать проблемой для работы и взаимодействий. На такие эмоции затрачивается много времени, которого часто не хватает у сельского врача. Молодой специалист, врач, пытающийся максимально интегрироваться в дела и социальную жизнь села, теряет объективность, этическую непредвзятость и профессионально выгорает, растрачивая свои силы на сочувствие пациенту.

«Я не могу всем сочувствовать и всем сопереживать, иначе меня просто не хватит, я просто на работе сгораю. Должна быть какая-то стена и дистанция. Да, вы правы, пациенты здесь не такие, как в городе, и они очень часто лезут к тебе со своими проблемами и расспросами, считают, что я могу помогать 24 часа в сутки. Но я ведь не безграничен в плане своей энергии, сил, и, как любому человеку, мне нужно отдыхать» (м., 30 врач терапевт).

Работа сельского врача у представителей подобной роли определялась как бесперспективная: невозможно построить карьеру или развить свой профессионализм, работая в селе. В карьерные планы молодых врачей, представителей роли эксперта, входил переезд из села в крупный город. Обычно «эксперты» приезжали работать в село по программе «Земский доктор» и часто подобный переезд происходил из-за отсутствия собственного жилья, более высокой оплаты труда или невозможности устроиться на работу врачом в городе.

Среди тех врачей, которые выбрали подобную роль при работе в сельском сообществе, были и те, кто вернулся работать в своё село после окончания медицинского вуза. Однако основным мотивом такого возвращения выступало желание просто найти работу и получить необходимый опыт, а затем обратно вернуться в город. Некоторые информанты отмечали в интервью, что считают опыт работы в селе полезным. Важным здесь выступает навык взаимодействия с пациентами. Во время обучения в медицинском вузе вопросы взаимодействия врача и пациента остаются малоизученными, а работа в селе с небольшим контингентом пациентов позволяет прочувствовать специфику деонтологической медицинской помощи. Лучше всего это иллюстрирует следующая цитата:

«Я не хочу здесь оставаться в принципе, но хотел бы все-таки приобрести какой-то опыт работы, который в будущем был бы полезен лично для меня, например, для моей карьеры даже в городе. А здесь, в плане работы на селе, это крайне важно. На мой взгляд, особенно, если мы говорим о какой-то практике работы с пациентами, все равно это важно — как-то понимать и всю специфику работы, и, конечно же, трудности, связанные с работой врача» (м., 25, терапевт).

Но, выбирая между работой в селе и работой в городе, информанты-«эксперты» предпочли бы работать в городе. Работа в селе, особенности контингента пациентов и необходимость общаться (в том числе и в нерабочее время) с одними и теми же людьми наносит значительный ущерб профессионализму, нарушает этическую непредвзятость врача и сопряжена с ежедневным преодолением различных трудностей.

Другой важной проблемой при работе в сёлах, как отмечали информанты, была многозадачность и необходимость выполнения различных функций: врач здесь буквально становился специалистом во всем. Ключевыми смыслами профессии выступала экспертность, сопряженная с дистанцированием от пациента, когда роль врача определена не социономическими и психологическими аспектами профессии, а как статусная роль профессионала, который решает конкретные задачи и действует в рамках, регламентированных профессиональными предписаниями, не отвлекаясь на взаимодействие и общение с пациентами в свободное время.

Помощь в нерабочее время

Позиционирование врачом своей роли в сельском сообществе и понимание помощи, с точки зрения конструирования смыслов профессии, определяет поведенческие особенности и стратегии работы с пациентами в нерабочее время. Как удалось выяснить, содержание повседневной работы врача в селе отличается от работы в крупном городе. Врачу в селе приходится выполнять задачи, которые не связаны напрямую с профессиональными обязанностями, например, оказывать психологическую помощь пациентам. Однако, как показывают интервью с самими врачами, подобные взаимоотношения между сельскими жителями и профессионалами не всегда приемлемы и могут привести к потере этической объективности и профессиональному выгоранию. Поэтому, некоторые из информантов прибегали к дистанцированию своего профессионализма и попытке обозначить роль врача, прежде всего, как роль профессионала-эксперта, в задачи которого входит исключительно лечение, а не психопрактики и долгие разговоры с пациентами.

Но, так или иначе, в сельской местности врачам приходилось довольно часто контактировать со своими пациентами в нерабочее время и давать профессиональные консультации. Лучшее тому доказательство — локальность сельского пространства, где все знают друг друга, а врач в селе только один. Под нерабочим временем в данном исследовании автор понимает то время, которое не регламентировано трудовым распорядком дня, в рамках которого врач не ведет прием в ФАПе или амбулатории, и не совершает обходы пациентов.

К тому, чтобы давать профессиональные советы пациентам в нерабочее время, «эксперты» и «хранители» относились по-разному. «Хранители» обычно давали советы, долго разговаривали, оказывали психологическую поддержку пациентам в нерабочее время. В интервью «хранители» говорили, что такая помощь является особенностью работы в сельском сообществе и отказать в ней невозможно.

«Здесь ты постоянно должен 24 часа в сутки кому-то помогать. То есть, закрывая дверь в ФАП, все равно продолжаешь работать. То уколы нужно ставить, то про лекарство рассказать, то просто поговорить, выслушать чей-то «крик души»» (ж., 30, врач общей практики).

Предоставление профессиональных советов и оказание необходимой помощи в нерабочее время рассматривалось «хранителями» как важный акт реципрокности, представители этой роли считали, что пациентам в сельской местности никто не сможет помочь, кроме врача.

«Я привязался и, наверное, понял, что здесь пациенты — как семья моя родная. И, конечно, когда они встречаются меня на почте или там в магазине, бывает, в столовой здесь местной, то я не могу не помочь и помогаю <...>» (м., 35, врач общей практики).

Для «экспертов» советы пациентам в нерабочее время и помощь, которая не была связана с обязанностями врача, рассматривалась с позиций нанесения вреда профессионализму, а общение с пациентами не в амбулатории, а в других общественных местах, как отмечали сами информанты, свидетельствовало об этической предвзятости по отношению к пациентам. Для того, чтобы проиллюстрировать это, обращусь к следующей цитате:

«Нет, ну, можно, конечно, сказать, как правильно лекарство принимать, но за подробной инструкцией все равно надо направлять их на прием, потому что ведь только на приеме есть возможность дать нужный и необходимый совет, рекомендацию, а давать советы в магазине или на улице — это, мне кажется, очень непрофессионально» (м., 30, врач общей практики).

Для «экспертов» помощь была жестко регламентирована рабочим временем, а все контакты и разговоры с пациентами в нерабочее время рассматривались как неприемлемые для сохранения профессионализма врача. При необходимости оказать экстренную помощь представители обеих ролей готовы были сделать это незамедлительно. «Хранители» отмечали, что хорошо знали своих пациентов и иногда, например, если пациент употреблял алкоголь или ложно вызывал уже не в первый раз, «хранитель» мог задуматься, стоит ли быстро идти на помощь или это очередной ложный вызов:

«Знаю одну супружескую пару здесь у нас. Они, как напьются, так сразу и вызывают меня, но я-то знаю, что это просто из-за алкоголя. И поэтому, конечно, бывают такие случаи, когда звонят пьяные, тогда я, конечно, к ним не иду, но прошу соседей узнать. И если им плохо, то отказать в помощи не могу, я давал врачебную клятву» (м., 28, терапевт)

В этом случае вовлеченность в сельское сообщество и хорошее знание своих пациентов врачами наносило вред этической непредвзятости, они могли оценивать пациента, исходя из отношения к нему сельчан. Для «экспертов» же важно было оказывать экстренную помощь всегда, независимо от того, какое отношение у сельского сообщества к конкретному жителю. Но при оказании экстренной помощи «эксперты» могли рекомендовать сельскому жителю обратиться в «скорую помощь» чаще, чем «хранители», которые оказывали помощь самостоятельно, а в случае необходимости сами вызывали больным «скорую».

Заключение

Роль врача в сельской местности отличается от его роли в городе. В селе из-за отсутствия других медицинских специалистов работа врачей определена многозадачностью. Врач в селе — тот человек, которому можно доверить жизнь

и посоветоваться в трудную минуту. Основные ценности медицинского профессионализма — готовность помочь всегда, гуманизм и этическая непредвзятость — определяют то, как врачи должны работать вне зависимости от пространства и контингента пациентов.

Контекст сельской жизни отличается от городского: комьюнити, вовлеченность в сельское сообщество, определяют понимание медицинской профессии самим врачом и коммуникацию, общение и взаимодействие с сельскими жителями.

Используемый в исследовании социально-антропологический подход позволил автору описать, как происходит понимание и конструирование молодыми врачами своей профессиональной роли при работе в сельской местности, какие смыслы профессии вкладывают в это понимание представители каждой из обозначенных ролей.

Показано разное отношение к профессионализму, определяемое тем, как происходит работа с пациентами, оказание помощи и психологической поддержки в нерабочее время. Автор исследования предполагает, что в зависимости от конструирования своей профессиональной роли во взаимодействиях с жителями села, врач будет по-разному понимать категорию «помощи» и оказывать медицинскую помощь.

Важным выступает то обстоятельство, что молодые врачи, слишком сильно интегрированные в сельское комьюнити, выбрав роль «хранителей местного пространства», могут потерять этическую непредвзятость и не оказать помощь тем, кто, по мнению других сельчан, недостоин её. С другой стороны, дистанцированность от сельского комьюнити позволяет врачам, выбравшим роль «экспертов», сохранить профессионализм, но при этом работа в селе и частые контакты с пациентами могут быть крайне негативно восприняты ими, приводя к желанию переехать на работу в город.

Для «экспертов» важно понимание нерабочего времени как приватного, в рамках которого нежелательно нарушать профессиональные ценности и оказывать помощь пациентам. При этом профессионализм рассматривается как экспертный, а применение экспертных знаний, как и сохранение этической непредвзятости, возможно только в рамках приема в ФАПах и амбулаториях. Для «хранителей местного пространства» категория помощи и соседское взаимодействие переплетены друг с другом. Следовательно, побеседовать со «своими», оказать психологическую поддержку в нерабочее время — это важные аспекты соседского общения, где врач выступает защитником сельских жителей от болезней, беспомощности, депрессии.

Важно понимать, что при обучении в медицинских вузах надо подготавливать будущих специалистов, врачей разных специальностей, к условиям работы в сельской местности. При разработке таких специальных курсов необходимо учитывать специфику сельского сообщества, локальность и особенности сохранения «минимального участия» врачей в жизни пациентов, которое позволит сохранить баланс между профессиональным пониманием пациента как объекта лечения и гуманистическим пониманием пациента как человека, которому, помимо лечения, необходима также и психологическая поддержка от медицинского профессионала.

Список литературы (References)

- Абрамов Р. Н. Социология профессий и занятий в России: обзор текущей ситуации // Социологические исследования. 2013. № 1. С. 99—108.
- Abramov R. N. (2013) Sociology of professions and occupations in Russia: an overview of the current situation. *Sociological research*. No.1. P. 99—108. (In Russ.)
- Вяткина Н. Ю., Вахромеева А. Ю. Возрождение земской медицины: реалии и перспективы // Социология медицины. 2012. № 2 С. 38—40.
- Vyatkina, N. Yu., Vakhrameev Y. A. (2012) The resurrection of zemstvo medicine: the realities and perspectives. *Sociology of medicine*. No. 2. P. 38—40. (In Russ.)
- Галкин К. А. Профессия, сообщество и повседневность в нарративах молодых сельских врачей // Вестник им Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2018. № 3 (51). С. 134—142.
- Galkin K. A. (2018) Profession, community and everyday life in the narratives of young rural doctors. *Vestnik of Lobachevsky State university of Nizhni Novgorod. Social Sciences*. No. 3 (51). P. 134—142. (In Russ.)
- Подстрешная Е. С. Тема боли в дискурсе о врачебном профессионализме на примере травматологического отделения // Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13. № 4. С. 627—642
- Podstreshnaja E. S. (2015) The theme of pain in the discourse of medical professionalism on the example of traumatology department. *Journal of Social Research & Policy*. Vol. 13. No. 4. P. 627—642
- Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 25—35.
- Romanov P. V., Yarskaya-Smirnova E. R. (2009) The world of professions: a review of analytical perspectives. *Sociological Studies*. No. 8. P. 25—35. (In Russ.)
- Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследований. М. : ООО «Вариант», 2015.
- Romanov P. V., Yarskaya-Smirnova E. R. (2015) Sociology of professions: analytical perspectives and research methodology. Moscow: ООО «Variant». 2015. (In Russ.)
- Рождественская Е. Ю. Биографический метод в социологии. М. : Изд. дом ВШЭ. 2012. 386 с.
- Rozhdestvenskaya E. YU. (2012) Biographical method in sociology. Moscow: National Research University "Higher school of Economics". 386 p. (In Russ.)
- Banja J. D. (2008) Toward a More Empathic Relationship in Pain Medicine. *Pain Medicine*. No. 9 (8). P. 1125—1129. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00459.x>.
- Becker H. F. et al. (1962) Boys in white. *Academic Medicine*. Vol 37. No. 4. P. 406. 14.
- Bondi L. (2009). Counselling in rural Scotland: Care, proximity and trust. *Gender, Place & Culture*. No. 16(2). P. 163—179. <https://doi.org/10.1080/09663690902795761>.
- Carr-Saunders A.M., Wilson P.A. (1933) The professions. F. Cass. 536 p.

- Dolch N. A. (2003) Role. L. T. Reynolds, N. J. Herman-Kinney (eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*, Walnut Creek, CA: AltaMira Press. P. 391—411.
- Evetts J. (2011) A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*. Vol 59. No. 4. P. 406—422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>.
- Hughes E. C. (1956) The Making of Physicians: General Statement of Ideas and Problem. *Human Organization*. Vol. 14. No. 4. P. 21—25.
- Kenny A., Carter L., Martin S., Williams S. (2004). Why 4 years when 3 will do? Enhanced knowledge for rural nursing practice. *Nursing inquiry*. No. 11(2). P. 108—116. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00213.x>.
- Kvale S. (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing* Thousand Oaks. Sage. 326p.
- Laven G., & Wilkinson, D. (2003). Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*. No 11(6). P. 277—284. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2003.00534.x>.
- Long K. A., & Weinert C. (1999). Rural nursing: Developing the theory base. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. No. 13(3). P. 257—269.
- Marshall T. H. (1939) The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy. *Canadian Journal of Economics and Political Science Revue Canadienne de Economiques et Science Politique*. Vol. 5. No 3. P. 325—340. <https://doi.org/10.2307/137036>.
- Meadows L. M., Thurston W. E., Berenson C. A. (2001). Health promotion and preventative measures: Interpreting messages at mid-life. *Qualitative Health Research*. No.11 (4). P. 450—463. <https://doi.org/10.1177/104973201129119244>.
- Nadelson, C., & Notman, M. T. (2002). Boundaries in the doctor–patient relationship. *Theoretical medicine and bioethics*. No 23(3). P. 191—201.
- Nugus P., Carroll K., Hewett D. G., Short A., Forero R., Braithwaite J. (2010). Integrated care in the emergency department: a complex adaptive systems perspective. *Social science & medicine*. No. 71(11). P. 1997—2004. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.013>.
- Parsons T. (1964) *The social system*. Free press. 575 p.