

Галкин Константин Александрович
Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН,
Москва, Российская Федерация
kgalkin1989@mail.ru

Конструирование ролей врача и фельдшера пожилыми людьми с хроническими заболеваниями в сельской местности

Аннотация. В статье рассматривается конструирование ролей врачей и фельдшеров пожилыми людьми с хроническими заболеваниями в селах Ленинградской области. Всего было собрано 25 интервью с пожилыми людьми в Лужском районе Ленинградской области имеющих различные хронические заболевания. Основными выводами исследования выступают отличия в отношениях и коммуникации пожилых людей с врачами и фельдшерами в сельской местности.

Ключевые слова: пожилые люди; хронические заболевания; село; медицинская помощь в селах; врачи и фельдшеры

Galkin Konstantin Aleksandrovich
European University at Saint Petersburg;
Sociological Institute of FCTAS RAS,
Moscow, Russian Federation
kgalkin1989@mail.ru

Constructing doctors and paramedic roles of elderly people with chronic diseases in rural areas

Abstract. The article deals with the construction of the roles of doctors and paramedics by elderly people with chronic diseases in the villages of the Leningrad region. A total of 25 interviews were collected with elderly people in the Luzhsky district of the Leningrad region who have various chronic diseases. The main conclusions of the study are differences in the relationship and communication of older people with doctors and paramedics in rural areas.

Keywords: elderly people; chronic diseases; rural areas; medical care in rural areas; doctors and paramedics

Сёла – это пространства сильных социальных связей реципрокного общения, частых взаимодействий с одними и теми же людьми. Врач или фельдшер при работе в селе взаимодействует с пациентами, которых хорошо знает, пациенты врача это его/её соседи, с которыми он/она встречается каждый день не только во время приема, но и в нерабочее время. Хроническое заболевание и слабость вносят коррективы в привычную повседневность пожилых людей, обуславливают частые посещения врачей, взаимодействия с врачами, длительное медицинское лечение. Успех взаимодействий с врачами и медицинским персоналом складывается, в том числе и исходя из того, как происходит коммуникация между врачом и пациентом, как врач относится к пациенту и его/её хроническому заболеванию. Важным здесь выступает доверие пациента к врачу и то, как подобное доверие конструируется, при этом роли

врача и фельдшера могут значительно отличаться в жизни пациентов с хроническими заболеваниями, как и отличаются доверие к этим специалистам у пациентов. Изучению того, как пожилые люди с хроническими заболеваниями конструируют роли врача и фельдшера в повседневном в лечении посвящена эта статья. Под хроническим заболеванием в докладе понимается инвалидизирующее заболевание, которое переносят информанты, в отличие от других заболеваний хроническое заболевание обуславливает необходимость постоянного наблюдения врачом и частых взаимодействий с врачами и фельдшерами.

Эмпирической базой исследования выступают биографические интервью с пожилыми людьми с хроническим заболеванием в сельской местности, в Лужском районе Ленинградской области. Всего было взято 25 интервью. Все мои информанты имеют инвалидность по приобретенным заболеваниям. Возраст информантов от 65 до 85 лет. В интервью задавались вопросы о том, как часто пожилые люди с хроническими заболеваниями обращаются за помощью к врачам или фельдшерам, за какой помощью обычно обращаются, удовлетворены ли после обращения. Были проведены наблюдения (72 часа) во время вызовов фельдшера или врача на дом к пациенту, я фиксировал как происходила коммуникация с врачами или фельдшерами. Исследуемые деревни не имели амбулаторий и ФАПов, к врачам ездили на прием в крупный поселок и/или вызывали врача или фельдшера из этих поселков на дом. В деревнях нет аптек, следовательно, лекарства покупаются в аптечных киосках, расположенных в амбулаториях. Иногда фельдшер при вызове к пациенту на дом приносил необходимые лекарства.

Теоретический контекст

Ключевой социальной особенностью врачебной деятельности выступает власть над телом пациента и в принятии решений, которая основана на экспертных навыках и умении оказывать помощь. М. Фуко, определяет медицинскую власть-, как не ограниченную: *«угнетатели это не безликий правящий класс, а психиатры, врачи, менеджеры и тому подобное»* [Фуко, 2010: 81; Фуко, 2002: 281; Holmen et al., 1992: 274] Из-за разрыва в знаниях между врачом и пациентом баланс сил неравномерен и пациенту необходимо прислушиваться ко всем советам врачей, доверяя им свое тело и свои проблемы, таким образом, пациенты «сдаются» экспертной власти и авторитетному мнению [Laverack, 2009: 19]. Доверие к врачам создает благотворную почву для взаимодействий и успешной коммуникации врачей и пациентов [Здравомыслова и др, 2009]. Подобное доверие может сыграть злую шутку с самими пациентами, когда по сути врач становится единственным экспертом, от которого ждут принятия верного решения, но это решение может быть и не верным [Sztompka, 1999; Здоровье и доверие..., 2009].

Австралийский исследователь А. Кенни отмечает, что в сельских районах Австралии местные медицинские сестры и медицинский персонал играют важную роль

в лечении пациентов за счет наличия экспертных знаний и навыков оказывать медицинскую помощь, подобные навыки крайне специфичны, так как в селе просто нет других специалистов. Как отмечает А. Кенни, медицинские сестры в сельских районах Австралии продолжают сохранять свое доминирующее положение по отношению к пациентам, несмотря на такие процессы, которые происходят в отрасли здравоохранения как внутрипрофессиональная конкуренция, альтернативное управление здравоохранением и корпоратизация здравоохранения [Kenny, 2004]. Австралийский исследователь отмечает, эти социальные тенденции, не оказывают влияния на сельских врачей, так как они контролируют «эзотерическое знание» – роль врача в сельской местности в некотором роде, напоминает роль шамана, специалиста по сакральным навыкам и умениям [Kenny, 2004].

Мне интересно, как сами пациенты в нарративах конструируют роли врачей и фельдшеров в случаях различных состояний здоровья. Здесь важным выступают различия, определенные А. Клейнманом, между «illness» и «disease». Пациент с хроническим заболеванием и врач по-разному определяют понятие болезни, и если для врача важны биомедицинские факторы, которые способны вызвать боль и ухудшение состояния, то для пациента важен полный спектр переживаний заболевания: от психологических особенностей и различных состояний до ухудшения самочувствия и испытания боли [Kleinman, 1988: 5; Rey, 1995]. В исследовании, опираясь на различия, предложенные А. Клейнманом, я пытаюсь объяснить, как конструировались роли врачей и фельдшеров в повседневном лечении хронических заболеваний у пожилых людей.

Роли врача

Анализируя роли врачей и фельдшеров в повседневном лечении хронического заболевания у моих информантов, я пришел к выводу о необходимости разграничений формальных и неформальных ролей врачей и фельдшеров в жизни пациентов с хроническим заболеванием. Конструирование формальных ролей пожилым человеком с хроническим заболеванием ожидания, наборы представлений о том, что должен знать и уметь врач или фельдшер профессионально, то есть исполняя свою работу. Неформальные роли – это ожидания психологического и терапевтического характера от коммуникации и взаимодействий с врачами, надежда пациентов на психологическую поддержку и иногда психологическую помощь. К неформальным ролям относится ожидание «свойскости» от врачей или фельдшеров в разговорах, коммуникации с пациентами, обычно в нерабочее время и вне амбулатории, например, при вызове врачей на дом. По Клейнману, формальную роль врача можно отнести к лечению заболевания, а именно избавления как «disease» (биомедицинский взгляд на проблему болезни, когда ключевое значение отводится лечению болезни, поиску физиологических проблем, которые к ней привели), в то время как лечение «illness» предполагает комплексное взаимодействие врачей и пациентов и оказание врачом

психологической поддержки пациенту, небезучастное отношение к его/её проблемам [Kleinman, 1988].

В дискурсе пациентов с хроническими заболеваниями есть тенденция оценивать стаж работы врача в селе в контексте его/её «свойскости», то есть включения в сельское сообщество, участия в жизни сельского сообщества. Такое сочетание было характерно для тех врачей, которые работали в одном селе долго, которых хорошо знали, в нарративах определяли как «свояков», «земляков», «друзей»:

Инт: И почему для вас она хороший врач?

Инф: Я не скажу, что она врач хороший, потому что все лечение, в принципе, стандартное, но в амбулатории врач, скорее, важен даже как делопроизводитель, чем доктор, но она может с тобой поговорить, обсудить твои проблемы, и это хорошо, это душевно, к тому же мы все здесь друг друга знаем, и поэтому, когда человек свой, а не такой молодой, как новая врачиха, становится легче доверять ему (информантка, инвалид II группы).

В этом сюжете информантка отмечает два важных компонента, которые для нее конструируют роль врача. Первый компонент связан с представлением о враче на селе, как об исключительно техническом работнике, выполняющем работу с «бумагами», и тогда специалист нужен для того, чтобы получить направление на лечение в город, по аналогии с врачами в поликлинике в крупном мегаполисе. Второй компонент вытекает из первого, и информантка в своем нарративе как бы принижает значение врача, как профессионала, подчеркивая, что сельский контекст «все лечение здесь» сводится к тому, чтобы оказать необходимую первую помощь врачом. При этом в описании роли врача появляется сюжет «свойскости», который достаточно хорошо встроен в нарратив. И в данном случае «свойскость» и хорошее знание сельской жизни, специфики работы в селе определяет «душевность» специалиста, но эта душевность не связана с доверием к врачу, как к эксперту, скорее, понимание душевности обуславливает доверие к врачу, как к человеку, с которым можно поделиться своими проблемами и рассказать о своих трудностях; и это тесно связано со стажем работы врача и продолжительностью работы специалиста в сельской местности. Однако в исследуемых мною деревнях был и совершенно противоположенный сюжет. В Ленинградской области, как и во многих районах РФ, развивается программа «Земский доктор», целью которой является привлечение молодых специалистов на работу в село. Следовательно, многие молодые врачи, которые лечили моих информантов, приехали работать по этой программе. Конструирование формальной роли таких специалистов в нарративах пожилых людей с хроническими заболеваниями можно проиллюстрировать следующими цитатами из интервью:

Молодые приезжают из города, может быть, и знают много, но они какие-то никакие, то есть практически всегда не улыбаются, могут сказать грубо, могут и вообще там, я не знаю, рывкнуть что-то, мол: «Сиди в коридоре!» (информантка, инвалид II группы).

В целом, как видно из цитаты, к молодым врачам относились довольно подозрительно: как к их знаниям, так и к общению с ними. Информантка подчеркивает, что, может быть, и «знают многое», но при этом в своем нарративе оставляет место неопределенности и неуверенности относительно профессиональных навыков врача. Другой контекст конструирования формальной роли врачей определен тем, что врачу доверяют, как эксперту, но при этом не доверяют, как человеку или «своей». Часто в нарративах присутствовал сюжет, связанный с тем, что молодой врач – это временный специалист в селе, и, поработав несколько лет, он/она уедет из села и пойдет работать в другое место:

Что говорить, сейчас все врачи очень молодые, и так вот она (врач-терапевт – прим. интервьюера) приехала работать в село, там отработает года четыре и все потом уже, обратно едет в город, поэтому врачи здесь на нас, как на кроликах подопытных, отработывают свой опыт (информантка, инвалид III группы).

Из цитаты также достаточно хорошо видно, при описании врача важны эксперименты, то есть лечение именно «disease», а не «illness», что также может служить одним из аспектов недоверия к врачу и конструирование формальной роли, как исключительно экспертной.

Другой важный сюжет в конструировании формальной роли врача заключался в том, что врача в сельской местности рассматривали, как единственного специалиста, способного прийти на помощь, и пусть эта помощь, как говорили мои информанты, будет носить исключительно «экстренный» характер. За неимением других медицинских специалистов и невозможностью вызвать скорую такая помощь крайне важна, это единственная возможность остаться в живых в понимании моих информантов:

«Я старая и больная, и болезнь, конечно, тоже прогрессирует без конца, но, если что-то, к кому побежишь, скорую здесь, с учетом всех проблем, можно и не дожидаться, в принципе, а к врачу можно обратиться, и он – это единственный спаситель» (информантка, инвалид II группы).

Здесь информанты по-прежнему говорят о недоверии, но при этом на врача надеются и доверяют каким-то его/ее экспертным навыкам, благодаря которым появляется шанс на жизнь.

Объединяющий сюжет в конструировании формальной роли и молодых врачей, и врачей, которые давно работают в селе, это понимание врача, как «бюрократического специалиста». «Бюрократический специалист» – тот человек, который может выписать лекарство или рецепт или помочь с посещением врача в ЦРБ (Центральной районной больнице), но при этом, ввиду ограниченности ресурсов амбулатории, тяжести заболевания сельский врач не способен «помочь серьезно», и лечение сводится только к профилактическому, а роль врача в целом становится довольно технической: назначить лекарство, выписать рецепт, назначить профилактическое лечение и/или отправить пациента на осмотр в город (Лугу):

«За рецептом хожу в амбулаторию (улыбается), этого, конечно, не отнять, а так практически там не появляюсь – нечего там делать, в принципе, и, конечно, врачиха – это только бумажку выписать и не более того» (информант, инвалид II группы).

Формальная роль врача определена, с одной стороны, как техническая, то есть врач, как человек, который может выписать лекарство и назначить необходимые поддерживающие процедуры пациенту, а с другой стороны, врачам отводится роль «экстренных экспертов», тех специалистов, которые смогут помочь в случае резкого ухудшения самочувствия больного. Доверие в таких случаях конструируется с точки зрения того, что врач, возможно, «хоть что-то знает» и может в чем-то помочь пациенту; в случае с хроническим заболеванием этот сюжет приобретает особый смысл, так как такая помощь может требоваться довольно часто, и скорость оказания этой помощи играет весомую роль.

Конструирование неформальной роли врача для пожилых людей можно описать, опираясь на два сюжета, которые были в нарративах интервью. Первый сюжет связан с тем, что традиционный взгляд на врача в сельской местности обусловлен пониманием роли врача не просто как специалиста и эксперта, но и как человека, который вовлечен в сельскую жизнь, члена сельского сообщества, с которым общаются, разговаривают. Однако молодые врачи, наоборот, всячески старались дистанцироваться от сельского сообщества, как это в нарративах отмечали информанты, что в свою очередь может быть определено пациентами такого врача, как попытка отделиться от них, скрыть что-то важное или вообще, как нежелание общаться с ними:

«С ними ни поговорить нормально, ни обсудить никаких вопросов, в принципе, ничего. Только так: «Рецепт на тебе, и все на этом!»» (информант, инвалид II группы).

В дискурсе моих информантов «свойскость» и коммуникация с врачами были крайне важны, так как лечение долгого хронического заболевания было обусловлено преодолением одиночества, необходимостью общения, поддержки, которую не всегда оказывали родственники, и только врач мог поддержать и помочь в представлении информантов:

«Если вот так вот всегда, то просто волком выть хочется, ты здесь один и полностью одинок, и вообще не с кем, в принципе, поговорить даже. То есть, если ты, например, приходишь к врачам, то же самое тебе что-то там пробубнят, и на этом все, и больше, в принципе, ничего, все общение закончено» (информант, инвалид III группы).

Второй сюжет был связан с первым, но в центре этого сюжета было доверие. И конструирование доверия к специалисту часто, как его определяли мои информанты, строилось вокруг «свойскости» врача. Отсутствие подобной свойскости, как и употребление сложных для запоминания выражений или разговор в грубом тоне с пациентом, служили одними из факторов недоверия к врачам и потери этого доверия:

«Раньше была привычка, наверное, что врач – это как твой друг, человек, с которым ты общаешься, разговариваешь, а сейчас все по-другому, и не знаю, какие там специалисты, но, может, и хорошие, но как люди, я скажу вам по секрету, все они одним миром мазаны» (информант, инвалид II группы).

Мои информанты часто жаловались, что если врач молодой, то его/её невозможно, к примеру, пригласить к себе в дом (врачи просто не хотели и не посещали больных в домах в нерабочее время), с ним невозможно обсудить все проблемы, которые есть, и достаточно трудно такому человеку доверять лечение своего заболевания. То есть потеря свойскости, привычной для сельских жителей в контексте традиционного реципрокного общения и сильных связей, на селе играла весомую роль в конструировании доверия к врачам. Таким образом, неформальная роль молодых врачей в лечении заболевания у сельских жителей сводилась к технической и экспертной:

Не знаю, раньше было все намного проще, вот даже помню было так: приходишь, и с тобой долго разговаривают, а сейчас нет, вроде и специалисты хорошие, и стараются, но все равно говорят как-то очень быстро и коротко (информант, инвалид III группы).

Врачей, которых хорошо знали (те врачи, которые давно работали в селе), приглашали в дом, и неформальное общение и беседы в данном случае выполняли важные функции, однако с врачами «со стажем» делились в основном своими переживаниями, им доверяли повседневные проблемы. Но таких врачей осталось довольно мало в сельской местности, и, следовательно, как правило, тоска моих информантов была связана как раз с тем, что врачи все чаще исполняют лишь технические роли, и происходит потеря близкого, доверительного общения с врачами. Важным при этом была традиционность сельского уклада, где доверие конструировалось к врачам через понимание вовлеченности в сельскую жизнь и знание проблем сельской жизни и относительно продолжительного проживания в селе.

Роли фельдшера

Формальная и неформальная роли фельдшера во многом отличались от роли врача. Городское понимание профессии фельдшера часто сводится к тому, что это тот человек, который имеет необходимые медицинские навыки и оказывает необходимую помощь своим пациентам, ставит уколы и выступает неким помощником врача при выполнении различных манипуляций. В селе фельдшер – это не просто медицинский специалист, а человек, которому очень часто доверяют свои проблемы, человек, к которому обращаются за «незначительной помощью» либо за помощью профилактической, уколы, капельницы и другие манипуляции, как говорили мои информанты, а «незначительная помощь» как раз подразумевает помощь в рутинных медицинских процедурах (уколы, перевязки, иногда капельницы и общение со специалистом с терапевтическими целями, которого не хватает в обычной рутинной

жизни). Дискурс описания фельдшера и его роли в лечении пациентов сводится к тому, что фельдшер – это «сосед», «знакомый», «земляк», «свояк»:

«Если что, я всегда бегу к фельдшеру нашему, к Мариночке, потому что именно она только и может, если что-то серьезное, и подсказать и посоветовать, как лечить, как быть в разных ситуациях, поэтому к ней обычно и иду, а к врачам так редко хожу, они все заняты и вообще фельдшер живет здесь рядом, на пироги мои заходит, вообще меня уважает, так что если что-то, то к ней в первую очередь или в амбулаторию на прием тоже к ней» (информантка, инвалид III группы).

В формальные обязанности фельдшеров в селе входит прием пациентов, как помощь врачу, оказание пациентам необходимой помощи, обход пациентов на дому. Обычно население деревень небольшое, и обход включает в себя посещение нескольких пациентов и обеспечение пациентов лекарствами из аптечных киосков, которые расположены в амбулатории. Мои информанты посещали фельдшеров и в амбулатории, и принимали их на дому во время осмотров и процедур. Обычно, описывая поход в амбулаторию к фельдшеру, информанты говорили, что он ничем не отличается от посещения врача, но во время приема с фельдшером проще поговорить на разные темы, часто косвенно связанные с заболеванием, иногда эти темы вообще касаются сельской жизни и обсуждения жизни родственников:

«Как прихожу в амбулаторию, то всегда обычно разговариваю с нашим фельдшером, хорошо её знаю, она тридцать лет здесь отработала, и, конечно, знаете, когда здесь вместе прожили, то все как-то легко воспринимается, да и тем для общих разговор и обсуждения всегда можно очень много найти» (информантка, инвалид III группы).

Из данной цитаты хорошо видно, что фактор времени и того, что фельдшер долго отработала в амбулатории в селе, играет важную роль при таком общении. Однако в случае с молодыми фельдшерами пациенты также отмечали, что общаются с ними на разные темы и достаточно долго, в отличие от аналогичной ситуации с молодыми врачами:

«Да, Ирина – это наш новый фельдшер. Она приехала год назад сюда работать, и, конечно, с ней как-то сразу вот общение пошло это не то что там с врачами, нет, она, кажется, хочет знать все здесь про нас и самочувствием нашим интересуется, и, если надо там уколы, не знаю уж что, физраствор или еще что-то может сделать, вообще, видно безучастие, и, конечно, это очень приятно» (информантка, инвалид II группы).

Из этой цитаты видно, что информантка, конструируя формальную роль фельдшера, уделяет много внимания безучастному отношению, тому, что о состоянии здоровья интересуются и спрашивают, что, безусловно, немаловажно для самих пожилых людей с хроническими заболеваниями. С другой стороны, в нарративах сельские жители говорили о том, что в отличие от «молодых врачей»,

фельдшеры разных возрастов умеют общаться на одинаковом с информантами языке, и, следовательно, подобное общение улучшает и понимание, и сам ход бесед:

«Она (фельдшер – прим. интервьюера) может достаточно легко и просто все объяснить правильно и обо всем рассказать, и это важно, тогда ты понимаешь врачебный язык и понимаешь, что с тобой говорят практически на равных, то есть нет этого выпендрежа, когда тебя грузят терминами» (информант, инвалид III группы).

То есть фельдшеры, общаясь с пациентами, могли разговаривать на языке «illness» и могли поддерживать беседы на языке пациентов, употребляя простые выражения при описании заболеваний, лечения и того, как необходимо принимать лекарства и как правильно делать различные процедуры, что, безусловно, находило позитивный отклик во взаимодействиях с ними у моих информантов. Однако, как правило, основное общение с фельдшерами было вне амбулатории, когда фельдшер приходил к пациенту по вызову домой, например, для выполнения медицинских процедур или ставить уколы:

«Раз в неделю ко мне заглядывает Светлана Георгиевна, и раз в неделю мы с ней обычно общаемся, разговариваем. Ну, она приходит, приносит мне лекарства, а я, собственно, в ответ там чай наливаю, когда печенки поставлю, ну в общем, вот так вот сидим и общаемся, и всегда можно что-то ей рассказать и обсудить с ней проблемы. Вот недавно говорила, что дороги в селе совсем у нас не чистят, и так вот постепенно как-то мы с ней разговорились, она надоумила меня написать в Лугу в администрацию, и я, конечно, написала, потому что считаю, что это правильно, а если бы не она, так и не узнала бы я, кому нужно писать было» (информантка, инвалид III группы).

В этом нарративе хорошо прослеживается, как информантка конструирует неформальную роль фельдшера в своей жизни. Во-первых, внимание уделено тому, что фельдшер приносит ей необходимые лекарства, что достаточно важно, особенно с учетом сельской специфики и того факта, что ближайшая аптека находится в городе Луга (70 километров на машине от деревни, автобусное сообщение отсутствует). Во-вторых, важным выступает возможность разговора, обсуждения проблем. Фельдшер становится «своим» человеком, которому можно рассказать об инфраструктурных проблемах, как в приведенной цитате, и получить отклик на интересующие и проблемные моменты. В-третьих, само общение и его контексты, «чай», «печеньки» свидетельствуют о домашности такого разговора и о том факте, что пожилой человек с хроническим заболеванием впускает человека в свой дом, позволяет ей войти в приватное пространство. Когда я проводил наблюдение в поле, заметил интересную деталь: если в дом приходит врач, то, как правило, он/она надевают бахилы, и мои информанты не просили в таком случае снять бахилы или не говорили, что и так грязно, можно без бахил. В случаях с фельдшером, как правило, специалисты заходили в дом в бахилах, но сам пациент мог сказать, что не нужно их надевать. Некоторые

фельдшеры во время моей полевой работы приходили в дом без бахил, что, на мой взгляд, свидетельствовало о приватности и о том, что фельдшерам доверяли и не считали, что они способны принести «опасную уличную грязь». Если осмотр врача начинался со стандартного опроса пациента, то разговор с фельдшером начинался достаточно по-приятельски со слов «привет», «как дела» и других выражений, которые маркируют, что пациент общается с фельдшером, как с сельчанином, практически на равных. Важность восприятия фельдшера, как человека, способного помочь, и как земляка, отражают следующие слова информантки, перенесшей инфаркт. В их деревне фельдшер умерла три года назад, и общей тенденцией в разговоре стало вспоминать о ней и о том, каким важным и хорошим человеком она была для всех сельчан:

«Да, вот она Наталья, мы с ней вместе инфарктом заболели, у меня, правда, это уже второй инфаркт, но все равно она первый даже не перенесла, так вот сидела и так вот и умерла в кресле здесь, у себя в квартире, и теперь вот двери заколочены и вот опечатано, и мы ходим в поселок за медицинской помощью, а там ничего нет, только врачи-грубияны» (информантка, инвалид II группы).

Другие информанты, соседи, также говорили об умершей фельдшере, как о хорошем человеке и друге. Было видно, что они доверяли ей раньше и в плане лечения, и в плане разговоров о своих проблемах. Доверие к фельдшерам строилось именно с точки зрения того, что их воспринимали, как «свояков», как земляков, людей, с которыми всегда можно было обсудить проблемы, поговорить на разные темы, и как раз такие разговоры оценивались как сближающие. В случае моих информантов, хронические заболевания и одиночество могли вызвать депрессивные состояния, и поэтому приход фельдшера – это было живое общение, как говорили сами информанты, которого очень не хватает пожилым людям в сельской местности. Отдельно следует упомянуть о таком действии, как принос фельдшером лекарств. В данном случае часто это был символический реципрокный обмен, например, когда фельдшер приносила лекарства, то ей обычно что-то давали взамен:

«Когда Василина приносит мне лекарства, то я всегда ей что-то даю взамен: или яблочек свежих даю, или я там чаю предложу, я, конечно, понимаю, что лекарства, безусловно, сама покупаю и за свои деньги, но, тем не менее, все равно приносит их и дорогу большую проходит, поэтому это важно» (информантка, инвалид II группы). Другим сюжетом было желание не испортить отношения с фельдшером, и тогда тесное общение и реципрокность было залогом того, что ты сохраняешь хорошие отношения с человеком, который важен, как единственный специалист, способный, к примеру, принести лекарства. Техническая роль фельдшера сводилась именно к приносу лекарств из амбулатории. Это действие информанты определяли в нарративах как важное и необходимое, но при этом рассматривали его в большей степени с соседской позиции.

В случаях экстренной помощи на фельдшера не надеялись, и навыки и знания фельдшера описывались в нарративах, интервью, как недостаточные, что, в принципе,

было во многом понятно, особенно в контексте оказания серьезной экстренной помощи, фельдшер мало что знает в плане необходимых в экстренных случаях медицинских навыков, и, как отмечали информанты, он или она может только «посмотреть» и что-то посоветовать, но не может оказать серьезную помощь пациенту, в особенности с хроническим заболеванием.

«Нет, ну в случае, если совсем «захорошеет», то тут уже, пардон, никуда и не денется, и надеяться, в принципе, не на кого, тогда, конечно, только я не знаю, там вызывать скорую или к врачам срочно бежать, но как срочно, если еще не спят и незанятые, то тогда можно достаточно легко будет у них помощь попросить, а если спят, то уже, конечно, все бесполезно, то чего и о чем, тогда просить не о чем» (информантка, инвалид II группы).

Как видно из цитаты интервью, в данном случае основная надежда остается только на врача, а роль фельдшера рассматривается в большей степени, исходя из того, что она может поддержать человека, пообщаться с ним или с ней, когда не происходит ухудшения состояния и самочувствие пациента стабильно. При этом, в отличие от обычной медсестры в городе, в селе фельдшер мог выполнять и более сложные медицинские операции. В данном случае фельдшер мог оказывать доврачебную помощь в экстренных ситуациях, мог помочь пациенту, и это ценилось, к тому же фельдшер был доступнее, чем врач, следовательно, в случае ухудшения состояния, чаще всего обращались именно к фельдшеру и у фельдшера просили помощи и ожидали психологической поддержки, если было необходимо срочно помочь пациенту.

Заключение

В статье я рассматриваю отличия в конструировании ролей врача и фельдшера для пациентов с хроническими заболеваниями в сельской местности. Обозначенные в исследовании отличия влияют и на конструирование доверия к врачу или фельдшеру. В работе, я противопоставляю роли врачей и фельдшеров в сельской местности, ориентируясь на то что, представление о фельдшере и враче в повседневной жизни пожилых пациентов отличается.

Роль врача сегодня, все больше становится технической, с компонентами экспертности, но при этом «свойское» общение и частые контакты с врачами сводились к минимуму. Взаимодействие с врачами у пожилых пациентов было обусловлено тем, что врачи, особенно молодые и которые не давно приехали работать в село общались с пациентами на языке «disease». Это вступало в конфликт традиционным пониманием и коммуникацией с врачами в сельских районах, где традиционное представление о враче, обозначено тем, что врачи не только оказывают необходимую помощь и назначают лечение, но и психологически поддерживают пациента и долго общаются с пациентами, что в свою очередь могло быть одним из аспектов недоверия к врачам. Неформальная и формальная роли врачей очень похожи. Если специалист давно

работал в селе, то тогда ему доверяли свои проблемы и разговаривали с ним как со «своём».

Роль фельдшеров была определена, как свойская и здесь было важно то, что фельдшеры общались с пациентами на языке «illness» и это во многом сближало пожилых людей и фельдшеров в повседневном лечении хронического заболевания. При этом, формальная роль фельдшеров не сильно отличалась от формальной роли врачей, все существенные отличия были обозначены именно в рамках неформальной роли. Неформальная роль фельдшера была достаточно свойской, соседской фельдшер был именно тем специалистом, которому доверяли свои проблемы и лечение заболевания. При этом фельдшера в большей степени воспринимали, как специалиста, который может оказать именно психологическую помощь, а помощь экспертная в экстренных случаях оставалась приоритетом сельских врачей. Врача в экстренных случаях воспринимали, как эксперта, который «хоть что-то знает» и может в чем-то помочь. Фельдшеру доверяли свои психологические проблемы, рассказывали о них, хотя часто подобное доверие было определено и тем, что таким образом одинокие пациенты с хроническими заболеваниями, пытались побороть одиночество, хотя бы на время, когда фельдшер приходила на осмотр и процедуры.

Итак, конструирование ролей врача и фельдшера пациентами с хроническими заболеваниями отличается. В целом, можно отметить, что для понимания роли врача пациентами с хроническими заболеваниями характерна потеря «свойскости» и как следствие часто потеря доверия – которое конструируется у сельских пациентов, в том числе и за счет долгого общения с врачами и ожидания психологической поддержки от врачей. «Свойская», роль сельчанина и земляка целиком и полностью принадлежит фельдшерам, которых мои информанты очень часто рассматривали как психологов, знакомых и друзей, с которыми можно общаться на языке «illness», рассказывая о своих проблемах, трудностях переживания хронических заболеваний.

Библиографический список

Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сб. ст. / Под ред. Елены Здравомысловой и Анны Темкиной. СПб.: Изд-во Европ. ун-та в Санкт-Петербурге, 2009. 430 с. (Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 18). ISBN 978-5-94380-088-7.

Здравомыслова Е., Темкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Е. А. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. Санкт-Петербург: Издательство ЕУСПб. 2009. С. 179–210.

Фуко М. Власть и тело // Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. М.: Праксис, 2002. 320 с.

Фуко М. Рождение клиники. – Академический проект, 2010. 252 с.

Holmén K. et al. Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study // Journal of advanced nursing. 1992. Т. 17. № 1. p. 43–51.

Kenny A. et al. Why 4 years when 3 will do? Enhanced knowledge for rural nursing practice // Nursing inquiry. 2004. Т. 11. № 2. p. 108–116.

Kleinman A. Suffering, healing and the human condition //Encyclopedia of Human Biology. – 1988. 269 p.

Lavarack G. et al. Building capacity towards health leadership in remote Indigenous communities in Cape York //Australian Indigenous Health Bulletin. 2009. Т. 9. № . 1. P. 1- 11.

Rey R. The History of Pain. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, London, 1995. 394 p.

Sztompka P. Trust: A sociological theory. – Cambridge University Press, 1999. 214 p.