

Галкин Константин Александрович
Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН;
Европейский университет в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Российская Федерация
kgalkin1989@mail.ru

**«Хороший» или «плохой» ценности локального сообщества и стратегии
позиционирования профессионализма врачом на селе**

Аннотация. Работа врача в селе отличается необходимостью исполнения различных функций, многозадачностью и «тесными» контактами с пациентами. Основная задача авторского исследования – проанализировать выбор определенной стратегии позиционирования врачом своего профессионализма в контексте ценностей локального сообщества. В результате выделены две стратегии, характерные для молодых врачей: стратегия включения и стратегия дистанцирования. Представители каждой стратегии по разному позиционировали свой профессионализм при работе в сельской местности, также у представителей указанных стратегий отличалась коммуникация с пациентами и взаимодействие с пациентами, представления о «хороших» и «плохих» пациентах в селе.

Ключевые слова: сельские врачи; ценности сельского локального сообщества; профессиональные роли сельских врачей; работа врача в сельской местности; взаимодействия с пациентами на селе

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

**"Good" or " bad " values of the local community and strategies for positioning
the professionalism of doctors in rural areas**

Abstract. The work of a doctor in the village is characterized by the need to perform various functions, multitasking and "close" contacts with patients. The main task of the author's research is to analyze the choice of a certain strategy for positioning the doctor's professionalism in the context of the values of the local community. As a result, two strategies that are typical for young doctors are identified: the inclusion strategy and the distancing strategy. Representatives of each strategy differently positioned their professionalism when working in rural areas, as well as representatives of these strategies had different communication with patients and interaction with patients, ideas about "good" and "bad" patients in rural areas.

Keywords: rural doctors; values of the rural local community; professional roles of rural doctors; work of a doctor in rural areas; interaction with patients in rural areas

Работа сельских врачей имеет различные особенности в отличие от городских. Чаще всего исследователи отмечают, что в селе врач выполняет большее количество

задач чем в городе и часто исполняет функции психолога-специалиста, который вынужден поддерживать и помогать пациентам-сельских резидентов [Mellow, 2005: 63; Roots, 2014; Farmer, 2012: 1906; Tollefson, 2011; Романов, 2009] В селе врачу приходится работать с одними и теми же пациентами и, как правило, при работе врач включен в проблемы локального сообщества и хорошо знает своих пациентов, оказывает им поддержку, в том числе и в нерабочее время. Само сельское сообщество и ценности принятые в нем, отношение к тем или иным сельским резидентам (хорошее или плохое) также не редко накладывает свой отпечаток на работу врача. То есть ценности принятые в сообществе села, например связанные с представлением о здоровом образе жизни или «правильности жизни» диктуют врачу модель поведения и взаимодействия с пациентами-сельскими резидентами. Врачу приходится исполнять различные роли, среди которых может быть и роль защитника местного пространства, роль судьи и роль психолога.

Молодые врачи, находящиеся на стадии формирования своего профессионализма, которые начинают интеграцию в профессию сталкиваются с необходимостью выбора стратегии позиционирования себя как специалиста в сельском комьюнити. Такая стратегия напрямую связана с проблемой этического выбора и решением повседневных этических задач оказания помощи пациентам и при этом необходимости действовать, прислушиваясь к ценностям локального сообщества села [Farmer, 2012: 1908; Sanders, 2015; Вяткина, 2012; Галкин, 2018, Галкин, 2018 (а); Ермолаева, 2016; Шаманова, 2010].

В данной работе автор изучает стратегии позиционирования профессионализма молодыми врачами в контексте ценностей локального сообщества села. В работе выделены две стратегии. Стратегия включения ориентирована на максимальное включение и погружение в сельское сообщество, следовательно, ценности сельского сообщества становятся критически важным для этического выбора врача и повседневной деятельности. Стратегия дистанцирования определена этически нейтральным отношением врача к ценностям сельского сообщества.

Для изучения существующей дихотомии были проанализированы биографические интервью с молодыми врачами Ленинградской области, работающими в Лужском и Подпорожском районах. В каждом из районов было собрано по 10 биографических интервью с врачами, которые приехали на работу как по программе «Земский доктор»²³⁷, так и просто устроились на работу в село (как правило, вернулись в родное село после окончания медицинского вуза в городе). Возраст информантов: от 27 до 35 лет, обусловлен спецификой и продолжительностью обучения в медицинском вузе. Все информанты работали в амбулаториях или ФАПах (фельдшерско-акушерский пункт).

²³⁷ «Земский доктор» программа, реализуемая в рамках федерального закона № 213, в рамках которой молодые врачи могут поехать на работу в село и получить финансовую помощь и жилье в сельской местности.

Проблема этического выбора при оказании медицинской помощи определена в нарративах интервью молодых сельских врачей. Стоит отметить, что для городского врача данная проблема не представляет особой сложности, поскольку большинство городских врачей работает с большим контингентом пациентов, и в городе обычно отсутствует локальные сообщества, характерные для сел. Также в городе следует учитывать и особую специфику коммуникации с пациентами достаточно короткую. Для сельских врачей проблема этического выбора – «кого лечить, а кого – нет» – более значима. *«Здесь все по-другому, не так, как в городе, во время моей профессиональной практики. Хотя я вырос в селе, все равно ощущается разница с большим городом. Например, здесь всегда разделяют всех на «хороших» и «плохих» людей, а ты, как врач, должен соотносить с этим свою работу, выбирать между «хорошими» и «плохими», несмотря на то, что обязан стремиться к объективности»* (м., 27. терапевт).

Таким образом, этическая система поведения молодого врача в сельском сообществе обусловлена разделением пациентов на «хороших» и «плохих», согласно ценностям принятым здесь. Само локальное сообщество диктует свои ценности для молодого врача, и молодой специалист, работающий на селе должен выбирать, кого лечить раньше, а кого можно принимать позже, кому стоит оказывать помощь в нерабочее время, а кому не стоит.

«Хорошие» и «плохие» пациенты в контексте сельского сообщества

К «хорошим» пациентам принято относить людей, имеющих определенные заслуги или известность в селе. Особенно острой становится проблема такого разделения, когда несколько пациентов ожидают приема в амбулатории: *«Если в приемной ждут другие пациенты и приходит какой-нибудь пьяница (по местным меркам), то сразу возникают вопросы, связанные с тем, как его лечить или нужно ли вообще его лечить. Если он вдруг еще и жену бьет, то все остальные будут против или просто скажут дать ему каких-нибудь таблеток. А я как врач должна выбирать, кому и как помогать. Однажды было два пациента: беременная и пьяница, по идее, я должна была сделать выбор в пользу женщины, хотя по всем показателям пьяница уже умирал и помогать нужно было именно ему»* (ж., 28. терапевт).

Локальное сельское сообщество при этом позиционирует себя как судью и ключевого актора в принятии решения и этическом выборе врача. Как правило, сельское сообщество само разделяет пациентов по их значимости в селе. В процессе анализа нарративов автором выделены некоторые типы сельских жителей и их соотношение с категориями «хорошие» и «плохие».

К «хорошим» относятся те, кто не употребляет алкоголь и другие спиртные напитки и много работает, беременные женщины и молодые матери из приличных сельских семей, пожилые люди с заслугами перед сельским сообществом. Среди «плохих» выделяют пьяниц, людей из неблагополучных семей, а также тех, кто не работает и нарушает порядок в селе.

Помощь молодого врача воспринимается как определенный акт реципрокности, построенный по принципу «ты помогаешь селу – село помогает тебе»: *«Я приехала работать в сельскую местность по программе «Сельский доктор», а раньше жила и работала в городе. Здесь все стало немного по-другому. Если ты не помогла «хорошему» пациенту, например, он содержит большую семью или активно помогает односельчанам, то ты сама воспринимаешься «плохим» человеком. А если не помогла пьянице, пусть он даже истекает кровью, то сразу становишься «хорошей» и тебя всегда здесь оправдают. Когда тебя воспринимают как «хорошую», то жить в селе намного проще, тебе и помогут всегда, и с грядки чем-то поделятся»* (ж., 28. терапевт).

Выбор «хороших» и «плохих» пациентов представляет собой серьезную проблему в практике молодого врача. Врачи, приехавшие в село из крупного города, сталкивались с тем, что образ «хорошего» и «плохого» пациента сконструирован локальным сообществом на основании ценностей принятых в сообществе, а такое конструирование происходит на основе своеобразного понимания тех или иных норм. Например, часто «плохими» пациентами становятся мигранты и люди, которые приехали в село не давно, но при этом не знакомы и не являются частью сообщества села.

В локациях, где проводилось исследование ценности локального сообщества относительно «хороших» и «плохих» пациентов были представлены по-разному. В аграрном Лужском районе сплоченность сельского сообщества намного больше, а аграрная специфика предполагает сложившиеся устойчивые крестьянские сообщества. Поэтому проблемы этического выбора и разделение на «хороших» и «плохих» для Лужского района более характерны, чем для Подпорожского района, где сельские сообщества по своей структуре во многом напоминают городские – со слабыми социальными связями и стилем общения, приближенным к городскому.

В нарративах интервью молодые сельские врачи отмечают проблему выбора «хороших» и «плохих» пациентов как повседневную, при этом особую роль играет и личное отношение врача к конкретному пациенту. Некоторые респонденты маркируют проблему выбора стратегии лечения и взаимодействия с пациентом на основе собственного отношения: *«Я, например, знаю Григория Ивановича, он известный и уважаемый человек у нас в селе, поэтому я не могу не помочь ему как врач и всегда стараюсь это сделать. Он знает обо всех проблемах жителей и постоянно помогает, даже если надо просто на машине подвезти – такому человеку оказывать медицинскую помощь всегда приятно»* (м., 30 врач общей практики).

Анализ нарративов интервью позволил выделить стратегии взаимодействия с локальным сообществом. Молодые врачи преимущественно позиционировали свое поведение и описывали свою социальную роль на основе двух стратегий: стратегии включения и стратегии дистанцирования. Каждой стратегии соответствует и свой принцип выбора «хороших» и «плохих» пациентов.

Стратегия включения

Проблема выбора «хороших» и «плохих» пациентов достаточно актуальна для врачей, выбравших стратегию включения. Принципиальным условием реализации данной стратегии является понимание молодым врачом себя в контексте сельского пространства, такое определение профессионализма молодым врачом, позволяет формировать соответствующий стиль поведения в сельской местности и отношения к пациентам. *«Я работаю здесь уже три года, поэтому хорошо себе представляю, кого нужно срочно лечить, а кто притворяется или не сильно нуждается в помощи. Это очень явно видно, особенно когда приходят пациенты, которых ты знаешь лично: один действительно много делает для села, а другой – пьяница, в очередной раз пришел жаловаться на несуществующие проблемы»* (м., 30. Врач общей практики).

Профессионализм врача, определяемый стратегией включения, в значительной степени связан с сельским сообществом и его ценностями, характер отношений определяет желание индивида остаться и работать в селе. Необходимым компонентом выбора такой стратегии остается желание помогать односельчанам, позиционирование медицинской профессии как помогающей, при этом контекст помощи связан с практиками реципрокности и особой коммуникации в сельском сообществе (открытая беседа, сравнимая с разговором давних друзей).

Особенность и уникальность медицинской профессии определена информантами- представителями данной стратегии исходя из возможности помочь своим пациентам, в отличие от стратегии дистанцирования, для которой характерно восприятие профессии врача в контексте особенных профессиональных практик, приближенных к научным, и собственного этического кодекса, который важнее чем ценности локального сообщества села. При этом помогающий характер профессии описывался в нарративах интервью в первую очередь в контексте обладания особыми практиками и особыми знаниями.

Также выбор стратегии включения связан с позиционированием профессии врача на основе охранительной функции, защиты сельского пространства, которое в нарративах определяется как нечто «родное»: *«Планы на будущее... я скажу, что, наверное, не хочу никуда уезжать. Может это и странно для молодого парня, который живет в селе – не думать и не мечтать перебраться в город, занять какой-нибудь пост в больнице, но тут я вырос и знаю, кажется, каждого человека. Можно сказать, уже прирос корнями»* (м., 26. врач общей практики).

Относительно разделения пациентов на «хороших» и «плохих», представители стратегии включения применяют в повседневных практиках такое разделение, продиктованное локальным сообществом села, однако выбор, как правило, делает не сам врач, а сельское сообщество, оценивая заслуги и роль пациента как сельского жителя.

Стратегия дистанцирования

Представители стратегии дистанцирования при описании своей профессии и стратегии позиционирования себя как врача в сельском сообществе больше внимания уделяют важности особых знаний в медицине. Такие знания маркируются как уникальные, а сельское пространство характеризуется отсутствием возможностей развития этих знаний: *«Я хочу в будущем выучиться в ординатуре и продолжить работать врачом, но только в хорошей клинике, с хорошим оборудованием. Здесь в селе это вряд ли возможно, стандартное лечение и простая постановка диагнозов, нет уникальных случаев и нет хорошей врачебной практики»* (м., 27. врач общей практики).

Одной из особенностей выбора стратегии дистанцирования молодыми врачами является понимание важности этически нейтрального отношения к пациентам, в отличие от представителей стратегии включения, которые описывали предвзятые случаи работы с пациентами: *«Как-то пьяница по дороге упал и поранился, так его ко мне принесли только на вторые сутки. При этом сказали, если буду сильно лечить, то чтобы в магазин не ходил и на них не рассчитывал. Все просто ждали, чтобы он скорее умер. В итоге я просто наложила повязки да бинты, хотя как врач я понимаю, что это неправильно, но как житель села тоже видела, как он жену бил и детей, и поэтому помогать ему не было никакого смысла»* (ж., 27. терапевт).

В свою очередь для врачей со стратегией дистанцирования прислушиваться к мнению и соблюдать ценности локального сообщества и избирательно лечить пациентов – неприемлемо, что вызывает определенный протест против сельской жизни: *«Я уже просто не могу здесь работать, потому что практически постоянно вижу, как, например, беременная приходит и все – старики и дети – уступают ей место, а если пьянчужка местный, то наоборот: заведешь его в кабинет, а все смотрят с укором»* (м., 28. врач общей практики).

Показательно, что молодые врачи, представители стратегии дистанцирования, как правило, приехали работать в село из крупного города, где слабо сформировано локальное сообщество, и в будущем такие врачи планируют, переезд из села в город.

Информанты, представители стратегии дистанцирования отмечают, что для врача не должно быть «хороших» и «плохих» пациентов, более того, подобное разделение способствует потере объективности и, вероятно, снижению качества лечения: *«Если ты врач, то не можешь кого-то судить и принимать решение, лечить пациента или нет, особенно на основе мнения других людей. Поэтому здесь в селе крайне сложно работать и принимать этически взвешенные решения, когда тебе в том же магазине все твердят: не лечи его, он же такой плохой»* (м. 27. Врач общей практики).

Заключение

Таким образом, выбор стратегии определения врачом своего профессионализма в сельском сообществе обуславливается, прежде всего, оптимальной стратегией

взаимодействия с этим сообществом и, как следствие, отношением к пациентам и ценностям сообщества. В исследовании автор выделяет две стратегии позиционирования профессионализма врачом в контекстах локального сообщества села: стратегию включения и стратегию дистанцированности. Для каждой из стратегий, характерно особенно отношение к ценностям сельского сообщества и выбору «хороших» и «плохих» пациентов, согласно ценностям локального сообщества села.

Молодые врачи, для которых характерна стратегия включения, во многом определяли медицинскую профессию как профессию с высокой социальной ответственностью, особенно перед конкретным сельским сообществом. Сельское сообщество в данном случае описывается как семья с присущими ей сильными связями, неформальными контактами и близким общением между всеми её членами. Мнение и ценности сообщества максимально учитывается при определении врачом «хороших» и «плохих» пациентов.

Представители стратегии дистанцирования, молодые врачи, ориентированные на переезд в будущем из села в город, описывают сельское пространство как депрессивное, неспособное предоставить необходимые возможности для дальнейшего развития в профессии. Роль врача в контексте сельского сообщества определяется на основе особенности и специфичности медицинской профессии, а необходимым компонентом считается этически нейтральное отношение к пациентам, ценности сельского сообщества не учитывались при работе и коммуникации с пациентами. Итак, представленные в исследовании стратегии позиционирования профессионализма молодым врачом в контексте сельского сообщества свидетельствуют о том, что в зависимости от включенности в локальное сообщество и позиционировании своего профессионализма в локальном сообществе зависит соблюдение или не соблюдение локальных ценностей сельского сообщества и часто мотивация молодого врача остаться работать в селе или уехать из села в город. В исследовании определена важность ценностей локального сообщества села, в контексте определения молодым врачом своего профессионализма и в повседневной работе молодого врача в сельской местности. Часто подобные ценности могут оказывать влияние на работу молодых врачей и наносить урон профессионализму, а также разрушать этическую непредвзятость и способствовать выделению «хороших» и «плохих» пациентов в контексте повседневных практик.

Библиографический список

Вяткина Н. Ю., Вахромеева А. Ю. Возрождение земской медицины: реалии и перспективы // Социология медицины. 2012. № 2 С. 38–40.

Галкин К. А. (а). Карьерные стратегии молодых сельских врачей Ленинградской области: нарративный анализ // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. № 1. С. 158–167. DOI:10.17 072/2078–7898/2018–1–158- 167.

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.

Ермолаева О. В. И др. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5. С. 76–76.

Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 25–35.

Шаманова Л. В. Проблемы медицинской помощи сельскому населению / Л. В. Шаманова, Т. П. Маслаускене // Сибирский медицинский журнал. 2010. Т. 97. № 6. С. 19–24.

Farmer J., Prior M., Taylor J. A theory of how rural health services contribute to community sustainability // Social Science & Medicine. 2012. Т. 75. № 10. С. 1903–1911.

Leyshon M. The betweenness of being a rural youth: inclusive and exclusive lifestyles // Social & Cultural Geography. 2008. Vol. 9. № 1. С. 1–26.

Mellow M. The Work of Rural Professionals: Doing the Gemeinschaft-Gesellschaft Gavotte // Rural Sociology. 2005. Т. 70. № 1. С. 50–69.

Roots R. K. et al. Rural rehabilitation practice: perspectives of occupational therapists and physical therapists in British Columbia, Canada // Rural and remote health. 2014. Т. 14. № 2506.

Sanders S. R. et al. Rural health care bypass behavior: How community and spatial characteristics affect primary health care selection // The Journal of Rural Health. 2015. Т. 31. № 2. С. 146–156.

Tollefson J., Usher K., Foster K. Relationships in pain: the experience of relationships to people living with chronic pain in rural areas // International journal of nursing practice. 2011. Т. 17. № 5. С. 478–485.