

УДК 316.37:615.03–053.9

Поступила: 20.12.2022

<https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-141-151>

Принята: 22.02.2023

Опубликована: 10.04.2023

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ВРАЧЕЙ И ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Галкин Константин Александрович

*Социологический институт РАН Федерального научно-исследовательского социологического центра
Российской академии наук (Санкт-Петербург)*

В статье рассматривается осуществление заботы о пожилых людях в сельской местности в рамках коммуникации между врачами и пациентами, в том числе во время приема. Забота анализируется с двух позиций (с позиции сельских врачей и самих пожилых людей), анализируются их различия. На основании интервью, проведенных в Лужском районе Ленинградской области, предпринята попытка контекстуализировать взгляды на профессиональную заботу со стороны врачей и пожилых людей. Рассматривается то, как в контексте плотной сельской ткани и важности сельских сообществ забота врачей о пожилых людях становится более персонифицированной, и какие особенности такой заботы влияют на профессиональную автономию врачей, на общение, коммуникацию пожилых сельских жителей с медицинскими работниками. Разделение заботы и автономии ставит вопрос о роли сельских врачей в сельском сообществе, а также о специфике заботы, которая является более персонифицированной и транслируется фельдшерами в амбулаториях или ФАПах. Анализ материалов исследования позволил сделать вывод о том, что в рамках коммуникации «врач – пациент» при взаимодействии врачей и пациентов врачи рассматривают заботу как инструментальную возможность для того, чтобы наладить с пожилыми людьми более доверительное общение, взаимодействие. При этом сами пожилые люди остаются неудовлетворенными такой формой заботы. Следует отметить, что более персонифицированную заботу транслируют сельские фельдшеры и врачи, наиболее интегрированные в сельское сообщество, и являющиеся его важной частью, что обуславливает специфику в особенностях заботы о пожилых людях у разных профессионалов.

Ключевые слова: пожилые люди, сельские врачи, коммуникация «врач – пациент», забота о здоровье, сельская медицина.

Для цитирования:

Галкин К.А. Особенности взаимодействий врачей и пожилых пациентов в сельской местности на примере Ленинградской области // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2023. Вып. 1. С. 141–151.
<https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-141-151>

SPECIFIC FEATURES OF INTERACTION BETWEEN DOCTORS AND ELDERLY PATIENTS IN RURAL AREAS (A CASE STUDY OF THE LENINGRAD REGION)

Konstantin A. Galkin

*Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences, Federal Center of Theoretical
and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences (Saint Petersburg)*

The article deals with care for older people in rural areas as part of communication between doctors and patients, including during appointments. Care is analyzed from two positions (from the position of rural doctors and the elderly themselves), their differences are analyzed. Basing on interviews conducted in the Lushsky district of the Leningrad region, the paper makes an attempt to contextualize views on professional care from both sides. The article examines how, in the context of the «dense texture» and importance of rural communities, doctoral care for older people becomes more personalized and what features of such care affect the professional autonomy of doctors, the communication of older rural residents with medical professionals. The separation of care and autonomy raises the question of the role of rural doctors in the rural community as well as the specific features of care, which is more personalized and shown by paramedics at rural outpatient clinics or first aid stations. The paper concludes that within the framework of doctor – patient communication, when doctors and patients interact, doctors consider care as an instrumental opportunity to establish more trusting communication, interaction with the elderly. However, the elderly themselves remain dissatisfied with this form of care. More personalized care is provided by rural paramedics and doctors, who are most integrated into the rural community and are an important part of it, which determines the specific features of care for older people provided by different professionals.

Keywords: older people, elderly, rural doctors, doctor – patient communication, health care, rural medicine.

To cite:

Galkin K.A. [Specific features of interaction between doctors and elderly patients in rural areas (a case study of the Leningrad Region)]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofia. Psihologiya. Sociologia* [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology], 2023, issue 1, pp. 141–151 (in Russian), <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-141-151>

Введение

Неотъемлемым фактором благополучия и равных прав в развитии общества выступает возможность получения необходимых медицинских услуг. Медицинская помощь направлена на удовлетворение первичных потребностей человека, на снижение смертности, на сохранение его здоровья. Плеяда исследований, посвященных изучению современной медпомощи, показывает положительный эффект от развития и предоставления качественной медицинской помощи на здоровье людей, на улучшение здравоохранения и демографической ситуации

в целом [Панова Л.В. и др., 2005; Русинова Н.Л. и др., 2007; Starfield B. et al., 2005].

Рассматривая региональные контексты, следует отметить явную неоднородность в возможностях получения качественной медицинской помощи, в том числе первичной, которая часто выступает одним из важнейших жизненных условий для жителей тех или иных районов [Савельева Ж.В. и др., 2018; Меренков А.В. и др., 2017; Lopez-Casasnovas G. et al., 2005]. Прежде всего она характерна для городских и сельских территорий, где влияет на специфику доступа к первичной медицинской помощи для разных групп населения. Так, в отличие от относительно развитой системы медицинской

помощи, характерной для крупных городов и включающей в себя систему поликлиник и больниц, оборудование и квалифицированный медицинский персонал для проведения исследований и операций, в сельской местности ареал обслуживания одной медицинской единицы — ФАПа (фельдшерско-акушерского пункта) или амбулатории — может достигать 20 км и более в зависимости от района и региона [Галкин К.А., 2022; Гричик А.С. и др., 2021].

Таким образом, проблема доступа пожилых людей к первичной медицинской помощи в селах привлекает внимание как в контексте проведения реформы здравоохранения, так и исходя из развития проектов, в которых закрепляется важность диспансеризации и проведения своевременного лечения пожилых людей (это такие проекты, как «Старшее поколение»¹, национальный проект «Демография»²). Между тем существует явный дисбаланс между заявленными возможностями для поддержания здоровья пожилых людей, развитием системы медицинской помощи и реальным положением дел. Последнее отличается тем, что пожилые люди в российских селах не могут получить квалифицированную консультацию врачей и должную медицинскую помощь. А не оказанная вовремя первичная медицинская помощь, как показывают данные медицинских исследований и статистики, нередко влечет за собой преждевременную смерть [Потокина С.А., 2021; Смыслова О.Ю., 2022]. Это относится главным образом к так называемым группам риска; одной из них являются пожилые люди старше 65 лет, которые имеют больше шансов заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями (а отсутствие быстрой и квалифицированной медицинской помощи лишь усиливает это).

Сегодня существует большой спектр исследований (преимущественно зарубежных), посвященных тому, как различные факторы препятствуют или, наоборот, способствуют получению пожилыми людьми первичной медицинской помощи. В то же время исследования, направленные на изучение индивидуальных

особенностей восприятия самими пожилыми людьми специфики неравенств в рамках получения медицинской помощи, как правило, остаются за кадром. Помимо различных объективных критериев, важной составляющей выступает и то, что пожилые люди сами моделируют необходимость получения медицинской помощи [Şahin D.S. et al., 2019; Valtorta N.K. et al., 2018].

В рамках настоящей статьи мы рассматриваем особую форму заботы, которая транслируется сельскими врачами — это профессиональная забота, профессиональный уход. В отличие от других форм заботы (в частности, такой формы, как работа, которую осуществляют по отношению к пожилому человеку социальные работники или в отдельных случаях профессиональные сиделки, а также персонал домов-интернатов), забота врачей и фельдшеров медицинской амбулатории предполагает наличие специальных профессиональных знаний и навыков, а также обучение медицинской помощи, в которую входит и уход за пожилыми [Conrad P. et al., 2010].

При понимании заботы с позиции врачей или фельдшеров немаловажным выступает и рассмотрение этого концепта с точки зрения преодоления профессионального выгорания и дозированной эмпатии, преодоления чрезмерной идентификации медицинского специалиста с пациентом. Кроме того, в контексте сегодняшнего развития медицины и необходимых мер, способов и особенностей лечения пациентов значимым выступает и умение быстро переключать внимание с заботы о пациенте на работу с документами и различные бюрократические процедуры [Бороздина Е.А., 2010]. Как отмечают многие социальные исследователи медицины, взаимодействие врачей и пациентов не предполагает сильной эмпатии и продолжительного контакта, поэтому даже лечение относительно продолжительных или хронических заболеваний, как правило, представляет собой фрагментарное взаимодействие с пациентами при отсутствии длительных контактов, длительной коммуникации [May C. et al., 2004; Panagioti M. et al., 2018; Pauly B. et al., 2019].

В настоящем исследовании мы фокусируемся на изучении заботы врачей о пожилых людях в повседневной жизни последних. Мы рассматриваем заботу как одну из форм отноше-

¹ Федерального проект «Старшее поколение»: https://xn--80aарамреччfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/projects/demografiya/starshhee_pokolenie

² Национальный проект «Демография»: <https://xn--80aарамреччfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/projects/demografiya>

ния пожилых людей к своему собственному здоровью, через которую формируется взаимодействие с агентами — медицинским персоналом. Важной характеристикой выступает индивидуальное понимание заботы, которая наряду с объективными факторами (инфраструктурным дефицитом, присутствующим в сельской местности, и качеством оказания медицинских услуг, медицинской помощи) способствует пониманию взаимодействия сельских пожилых жителей с сельскими врачами, сельским медицинским персоналом. Само обращение за медицинской помощью мы рассматриваем в контексте взаимодействия двух агентов: агентов заботы (медицинского персонала, фельдшеров и врачей сельских учреждений) и получателей заботы (самих пожилых жителей, проживающих в сельской местности). Рассматривая специфику российского сельского контекста, ученые отмечают, что основными провайдерами ухода, которые обеспечивают заботу о пожилых людях, выступают социальные работники (соседи, врачи и фельдшеры также могут быть интегрированы в систему заботы, но только в том случае, если они сами интегрированы в местное сообщество). Отмечается, что важную роль здесь играет именно неформальная помощь, неформальная забота о пожилых людях, а также то, как устроена система формальной помощи. В работах отмечается, что доверие (а нередко и его отсутствие) к формальной помощи может выступать прецедентом для отказа пожилых людей от такой помощи, а также ориентиром на неформальную помощь, прежде всего на помощь местного, локального сообщества [Парфенова О.А., Петухова И.С., 2019; Богданова Е.А., 2019].

Таким образом, понимание особенностей заботы о пожилых людях в сельской местности обусловлено аналитическими выводами, полученными в публикациях, в которых отмечается, что сами пожилые люди в селах уделяют большее внимание именно неформальной помощи, в то время как инструментальная и ограниченная помощь, забота без коммуникации и терапевтического общения создают сложности получения пожилыми людьми такой формы заботы, что впоследствии вызывает нежелание пожилых людей обращаться к ней.

Исходя из ограничений, присущих профессиональной автономии врачей и фельдшеров,

работающих в сельской местности, следует отметить, что врачебная забота постоянно балансирует между терапевтическим общением, лояльностью, эмпатией, свойственной сельскому сообществу, и идентичностью врача, которую характеризуют следующие позиции: медиализированность взаимодействия с пациентами; отсутствие продолжительного общения и коммуникации с пациентами [Галкин К.А., 2018]. Таким образом, работа сельского врача, в особенности аспекты его деятельности с пожилыми людьми, сочетает в себе две роли: профессиональную роль (предписывающую достаточно ограниченную коммуникацию и ограниченные взаимодействия) и роль врача как члена местного сообщества (ориентированную на трансляцию заботы в сельском сообществе, а нередко и на неформальные практики).

Мы рассматриваем заботу как одну из форм отношения пожилых людей к своему собственному здоровью, через которую формируется взаимодействие с агентами — медицинским персоналом. Важной характеристикой выступает индивидуальное понимание заботы, которая наряду с объективными факторами (инфраструктурным дефицитом, присутствующим в сельской местности, и качеством оказания медицинских услуг, медицинской помощи) способствует пониманию взаимодействия сельских пожилых жителей с сельскими врачами, сельским медицинским персоналом. Само обращение за медицинской помощью мы рассматриваем в контексте взаимодействия двух агентов: агентов заботы (медицинского персонала, фельдшеров и врачей сельских учреждений) и получателей заботы (самих пожилых жителей, проживающих в сельской местности).

Представленный в настоящей работе подход к рассмотрению заботы с двух сторон является инновационным, т.к. в большинстве работ, посвященных заботе о пожилых людях, сама забота рассматривается преимущественно с позиций агентов заботы (врачей и социальных работников). Мы же концентрируемся на том, как распределяются функции заботы между двумя агентами и в какой степени представления о заботе у пожилых людей соответствуют представлениям о заботе у врачей и фельдшеров ФАПов и амбулаторий. Также мы рассматриваем, как врачи, придерживающиеся «заботливо-го» подхода (который включает в себя особый

тип коммуникации и наиболее комфортные терапевтические проявления заботы, нередко характерны для сел), совмещают такую заботу с бюрократизированностью и чрезмерной институционализацией в рамках взаимодействия, общения с пожилыми пациентами (это, в сущности, характерно для работы врачей в целом, и сельская местность не представляется исключением из правил).

Методология и эмпирическая база

Исследование проводилось с марта по август 2022 г. Всего было проведено 20 полуструктурированных интервью с пожилыми людьми и 15 полуструктурированных интервью с сельскими врачами. Средняя длительность интервью — 45–50 мин. Почти все работники ФАПов и амбулаторий являются врачами и фельдшерами. Непрерывный стаж работы в медицинском учреждении сельской местности варьируется от 1 года до 20 лет. Чаще всего информанты называли себя сельскими врачами, подчеркивая тем самым принадлежность к сельской местности, включенность в сельскую жизнь в качестве медицинского профессионала. Исследование проводилось в одном субъекте Российской Федерации — Ленинградской области (Лужский район). Этот выбор методологически обоснован тем, что указанный район, с одной стороны, находится близко к городу федерального значения (что обеспечивает приток в район городских врачей, не имеющих опыта работы в сельской местности), а с другой стороны, удален от Петербурга на расстояние более 100 км (что позволяет рассматривать его как место, где формируется отдельный контекст сельского сообщества, обусловленный достаточно плотной социальной тканью сел и особой реципрокностью в рамках коммуникации, общения, взаимодействия врачей с пациентами). Названия деревень, в которых проводилось исследование, не разглашаются в целях сохранения анонимности информантов. Выборка исследования формировалась с учетом максимальной вариации.

На заботу врачей о пациентах, на их взаимодействие влияют разные факторы: личные взаимоотношения, коммуникация, местоположение медицинского учреждения и его укомплектованность персоналом. Для того, чтобы наиболее полно рассмотреть представленную

картину, интервью в рамках исследования брались у врачей, имеющих разный возраст, стаж работы и степень включенности в локальное сельское сообщество. Пожилые люди, в свою очередь, имели большой опыт проживания в исследуемых районах и различные трудности со здоровьем, обусловленные прежде всего теми или иными хроническими заболеваниями.

Нарративы интервью с врачами и пожилыми людьми анализировались с применением метода тематического анализа, в рамках которого выделялись ключевые темы, такие как: коммуникация и взаимодействие с врачами; включенность врачей в сельское сообщество; забота о пожилых пациентах; этические дилеммы; лояльность к пациентам; роль сельского сообщества в заботе о пожилым человеком. Представленные темы легли в основу представленного в статье аналитического описания.

Результаты и обсуждение

Такие особенности, как внимание, коммуникация и попытки понять пожилого пациента, рассматривались в интервью как присущие преимущественно фельдшерам и среднему медицинскому персоналу. Некоторые работающие в сельской местности фельдшеры позиционировали свою работу как специфическую, в первую очередь исходя из особенностей и специфики сельского контекста, плотных социальных связей, характерных именно для сел. Так, в одном интервью сельский фельдшер ФАПа разводил два понятия: «профессионал» и «отзывчивый, заботливый человек, интегрированный в заботу о пожилых и старающийся помочь им»:

«Здесь по-другому и нельзя. Это в городе — с его постоянным ритмом жизни, скоростью, уймой транспорта — ты теряешься, ты пациенту уже не друг, а словно компьютер: что-то делаешь и уходишь. А здесь, особенно если говорить о пожилых пациентах, без помощи, по правде говоря, вообще почти никуда. Потому что если ты не сможешь помочь или будешь как-то не так, т.е. наплеватьски разговаривать с человеком, относиться к нему, то потом только на себя и обижайся. Ты тогда не житель села, а самое главное, не медик, который может быть пациенту другом» (ж., 51, фельдшер, село, Ленинградская область).

Представление о медицинском персонале как о друге, человеке, интегрированного в сельский контекст и более персонифицированную коммуникацию между врачом и пациентом, характерную для сельской местности, предполагает выстраивание доверительных отношений, в рамках которых важную роль играет забота о пациенте. В то же время сами медицинские работники стараются подчеркнуть свой профессиональный статус, маркируя его пониманием специфики коммуникации, общения и взаимодействия с сельскими пациентами, которое диктует сельская среда. Информанты отмечали, что умение распознать и выстроить коммуникацию в зависимости от подобного контекста — важный профессиональный навык медицинского работника на селе. При этом понимание заботы как части работы предписывается именно фельдшерам. Врачи же в большей степени склонны сохранять при коммуникации более профессиональные режимы (однако некоторые врачи, преимущественно с большим стажем работы, отмечали в интервью готовность сопереживать и выстраивать индивидуальный подход при взаимодействии с пожилыми пациентами):

«Я здесь работаю уже одиннадцать лет и многое замечал за это время. Да, конечно, самое главное — это то, что ты врач и должен постоянно подчеркивать свой статус. Но если к тебе приходит бабушка, которая одна-одинешенька живет и у которой дети неизвестно где, с жалобами на боль в суставах, то, помимо оказания ей посильной помощи, ты все равно с ней говоришь, и говоришь много: и о хозяйстве, и об огороде, и о погоде. И так работа намного быстрее идет, потому что это тоже часть работы, без этого никак» (м., 48, село, Ленинградская область).

В отличие от среднего медицинского персонала и фельдшеров, врачи, работающие в сельской местности, склонны более осторожно проявлять заботу к пожилым людям. Такой подход связан преимущественно с тем, что чрезмерная забота о пожилых и попытка стать для пациента другом или родственником может быть негативно оценена коллегами. Это, в свою очередь, может отрицательно повлиять на статус эксперта-врача в медицинском сообществе, кото-

рый, как правило, закрепляется за единственным врачом амбулатории или ФАПа и связан с доверием всего местного сообщества, а нередко и с пониманием того, что врач выступает в сельской местности единственным спасителем ввиду удаленности других медицинских учреждений. Заботливое отношение улучшает коммуникацию и понимание между врачами и пожилыми людьми:

«У нас здесь врачиха есть, она хорошая. Когда ты к ней приходишь, то нет такого, как в областной больнице, когда тебе тычут бумагой в рожу (мол, иди анализы сдавай и еще благодари, если слова найдутся). Наши врач всегда пытается спросить о чем-либо и помочь. Да и вообще, когда ты к ней приходишь на прием, она для тебя что-то вроде родственницы или соседки. Т.е. на приеме все очень душевно и хорошо, сама атмосфера, таким образом, располагает к общению» (ж., 87, инфаркт, село, Ленинградская область).

В рамках анализа интервью и описания заботы врачей пожилые люди отмечали, что забота крайне важна для выстраивания коммуникации, налаживания диалога, более доверительного общения и повествования о своем заболевании, она укрепляет желание обращаться в амбулатории, в особенности учитывая тот факт, что большинство информантов — пожилые люди — оценивали качество и условия сельской медицины как крайне неблагоприятные.

Сами врачи оценивали заботу как то, что должно быть в большей степени присуще среднему медицинскому персоналу и фельдшерам. Для врачей важной в проявлении заботы была именно способность создать для пожилых пациентов во время приема приятные коммуникационные условия, выстроить с ними доверительные отношения и, таким образом, узнать больше о болезни. Основываясь на полученном материале для исследования, можно сделать вывод о том, что врачи, имеющие высшее профессиональное образование, подходят к процедурам и проявлению заботы более формально, а специфика самой заботы обыкновенно сводится к общению, к пониманию важности коммуникации с пациентами. В целом общение врачей и пожилых пациентов можно оценивать исходя

из ситуации профессионального ухода и деонтологии, а именно как общение, которое необходимо для того, чтобы узнать больше о заболевании и выбрать наиболее оптимальный способ его лечения. При этом в зависимости от стажа работы в сельской местности и интегрированности в местное сообщество у врачей начинают складываться особые нормы и формы коммуникации, в рамках которых по-разному проявляется забота. Как правило, здесь налицо перекос в сторону более персонифицированной заботы, размывания или смещения профессиональных ролей, развития максимально комфортных и доверительных отношений с пожилыми пациентами. У тех врачей, которые имеют небольшой стаж работы в сельском сообществе, проявление заботы в рамках коммуникации обычно транслируется на средний медицинский персонал, медицинских сестер и фельдшеров. Между тем врачи стараются минимизировать эмоции при проявлении заботы, и коммуникация выступает здесь способом получения необходимой информации, общения и, как отмечали в интервью информанты, «расположения пациента к себе». В то же время формы заботы, которые проявляются вербально, как подчеркивали пожилые пациенты, крайне важны для того, чтобы доверять врачам, и для того, чтобы понимать, что сами врачи разговаривают с пациентом и назначают необходимые процедуры не механистично, а вовлечены в его проблемы и готовы ему помочь.

При изучении подходов к лечению заболеваний и проявлению заботы врачей о пожилых людях в периоды заболеваний примечательно то, что эти лечение и забота выражаются в первую очередь в словах поддержки в ходе диалога. Здесь поддержка, выражающая заботу, выступает инструментом, который способствует облегчению вызванных заболеванием болевых ощущений, а также помогает перенести временные трудности, связанные с ожиданием приезда «скорой помощи» в случае резкого ухудшения самочувствия:

«Я живу в трех домах от Галины Васильевны. Она гипертоник, и у нее часто прыгает давление. Тогда она лежит ни живая ни мертвая. Так что хочешь не хочешь, а идти к ней и помогать ей нужно, даже если ты работать уже закончила и, что называется, си-

дишь дома и чай с пирожками пьешь. Подругому и никак, это важно и значимо, т.к. мы все здесь живем. Я ей таблетки дам и скорую дождусь, а она этому рада, и не иначе» (ж., 57, врач, амбулатория, село, Ленинградская область).

Подобное проявление заботы выступает для пожилых людей (в случае резкого ухудшения их самочувствия) своеобразным лекарством, которое так же, как и лекарства, которые принимают пожилые, позволяет понять и почувствовать: в данный момент они (пожилые пациенты) не одни. Следовательно, эта поддержка становится весомой, она позволяет скоротать время до приезда скорой помощи, в целом повышает доверие при лечении, использовании необходимых медицинских процедур:

«Если не фельдшер, то кто?.. Хорошо, что это деревня, здесь все живут рядом и в принципе хорошо друг друга знают. Следовательно, важно, что, когда тебе плохо, ты можешь достаточно легко позвонить и вызвать фельдшера. А то я ведь здесь одна и порой даже давление себе измерить не могу. Общение с фельдшером заменяет тебе прогулки на природе или смотрение в окно, потому что когда ты одинока, то любому человеку в любое время рада» (ж., 75, ишемическая болезнь сердца, село, Ленинградская область).

В данной ситуации дозированная инструментальная забота, которая транслируется врачами (реже — фельдшерами), соприкасается с представлениями об эмоциональном отношении и доверии, т.е. представлениями о некоей идеальной модели заботы, существующей у пожилых сельских жителей. В экстренных ситуациях проявление гуманизма и активно выраженной заботы о пациентах часть информантов — участников исследования считала неотъемлемой частью своей профессиональной деятельности. Характерным здесь выступает то, что в экстренных случаях при ухудшении заболевания, врач обращает внимание как на физическую боль и недомогание, так и на субъективные переживания пациентов, проявляя таким образом эмпатию, создавая отклик на происходящее. А для медицинских работников такой отклик важен скорее с позиции достижения

некоторого блага, а именно обезболивания или минимизации кризисных состояний здоровья.

«Все-таки кризисы — это состояния особые. Да и все пациенты, чего греха таить, тоже люди особые. И, следовательно, необходим особый подход к лечению заболевания. Это на приеме ты можешь или промолчать, или голову отвести и в работу погрузиться, — сделать видимость того, что ты их (своих пациентов. — К.Г.) не замечаешь. А здесь так не может получиться. Вот поэтому и приходится так или иначе реагировать на то, что происходит, поддерживать людей, иногда и по руке гладить, — в общем, не быть безучастным. А иначе никак, такова наша работа. А здесь, в селе, это вдвойне мой принцип: если человеку плохо, то будь максимально открытым с ним» (м., 48, фельдшер, село, Ленинградская область).

Можно сделать вывод, что через активное проявление заботы устанавливается более тесный контакт с пожилым пациентом. В экстренных ситуациях информанты определяли проявление заботы как некий долг, обязательство, выполнение которого накладывает особый контекст сельской жизни. В то же время забота в такие экстренные моменты выступает для врачей и фельдшеров одной из возможностей контролировать ситуацию, контролировать эмоции пожилых пациентов, которые, как правило, связаны с болью. При этом сами врачи отмечали, что во время ухудшения самочувствия пациентов немаловажным является сохранение нейтральности и проявление заботы, что позволяет и пациенту отвлечься от общего эмоционального фона, а врачу — быть профессионально нейтральным при назначении тех или иных лекарств.

Заключение

Осуществляемая форма заботы со стороны сельских врачей выступает определенной мерой автономности, а для пожилых сельских жителей она выступает ни много ни мало эквивалентом доверия сельским врачам. Забота о пожилых людях со стороны врачей на селе выступает формой проявления различных аспектов деятельности врача как профессионала и сельского резидента. В аспекте гуманности профессиональные особенности врача или

фельдшера пересекаются с часто приписываемыми им качествами медицинского профессионала на селе. Однако в большинстве случаев проявление врачами заботы о пожилых пациентах выступает скорее частью процесса лечения. Именно через формы заботы врачи могут улучшить, наладить коммуникацию с пожилыми людьми, получить от них необходимое доверие, которое довольно сложно выстроить, в особенности если врач только недавно приехал работать в сельскую местность.

Получается, что проявление заботы врача о пожилым пациенте главным образом связано с поддержанием контроля над ситуацией в экстренных случаях, с попытками сохранения профессиональной автономии, помещенной, однако, в специфический сельский контекст деятельности. Понимание заботы у большинства сельских врачей и пожилых людей — участников настоящего исследования — взаимоисключающие элементы, которые нередко противоречат друг другу; однако пожилые люди, проживающие в сельской местности, принимают такую форму заботы ввиду отсутствия у них возможного выбора других форм.

Готовность сельских медицинских специалистов, в первую очередь врачей, к проявлению заботы выступает одной из форм профессиональной дифференциации, и чрезмерная забота воспринимается как посягательство на профессиональную автономию. Тем не менее такие проявления минимизируются, исходя из зависимости от интегрированности в сельское сообщество, от специфики роли врача в сельском сообществе. Для фельдшеров, не имеющих высшего медицинского образования, проявление заботы выступает неотъемлемой частью профессиональной деятельности, и, следовательно, оно связано с работой в сельской местности. Отсутствие проявления заботы и безучастие со стороны фельдшеров выступают элементами отстранения из сельского сообщества и, как отмечали информанты, неуважения к пожилым людям.

Следует отметить, что недоверие пожилых людей к сельской медицине и сельским врачам вызывает прежде всего инструментализм в проявлении заботы, что приводит к отсутствию полноценной заботы. Это воспринималось сельскими пациентами как часть пренебрежительного отношения. В целом инструменталь-

ный компонент заботы, характерный для коммуникации и взаимодействия между сельскими врачами и пожилыми пациентами, свойственен и представителям других профессий, направленных на предоставление помощи, а именно для социальных работников, работающих в сельской местности. В последнем случае данный компонент также создает сложности с восприятием заботы пожилыми людьми. Поэтому можно говорить о наличии важной связи между заботой о пожилых людях со стороны врачей и в целом обращением пожилых за медицинской помощью для лечения заболеваний, минимизации болевых ощущений, устранения иных возникающих трудностей со здоровьем.

Список литературы

- Богданова Е.А.* Режим заботы о пожилых маломобильных людях в периферийных поселениях: успехи и неудачи в преодолении социального исключения // Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства: сб. ст. / под ред. Е.А. Бороздиной, Е.А. Здравомысловой, А.А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2019. С. 277–310.
- Бороздина Е.А.* На приеме у гинеколога: забота как составляющая профессиональной деятельности врача // Женщина в российском обществе. 2010. № 1(54). С. 77–90.
- Галкин К.А.* Особенности социальных неравенств в здоровье пожилых людей в России и Европе: обзор исследований // *НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право.* 2022. Т. 47, № 1. С. 14–22. DOI: <https://doi.org/10.52575/2712-746x-2022-47-1-14-22>
- Галкин К.А.* Профессия, сообщество и повседневность в нарративах молодых сельских врачей // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2018. № 3(51). С. 134–142.
- Гричик А.С., Борисова Е.А., Савельев В.Н.* Социальная эффективность медицинской помощи среди городских и сельских жителей // *Modern Science.* 2021. № 5–4. С. 37–40.
- Меренков А.В., Антонова Н.Л., Клейменов М.В.* Социальное неравенство в системе медицинского обслуживания на селе // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19, № 10. С. 397–399. DOI: <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-10-397-399>
- Панова Л.В., Русинова Н.Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127–135.
- Парфенова О.А., Петухова И.С.* Конкуренция за заботу о пожилых: тактики социальных сервисов в новых условиях // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2019. № 4(152). С. 173–186. DOI: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.4.09>
- Потокина С.А.* Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей Центральной России // Глобальные проблемы модернизации национальной экономики: материалы X Международ. науч.-практ. конф. / отв. ред. А.А. Бурмистрова и др.; Тамбов. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. Тамбов: Изд. дом «Державинский», 2021. С. 253–263.
- Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В.* Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10, № 1. С. 140–161.
- Савельева Ж.В., Музиповна Л., Кузнецова И.Б.* Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян // Мир России. Социология. Этнология. 2018. Т. 27, № 3. С. 154–179. DOI: <https://doi.org/10.17323/1811-038x-2018-27-3-154-179>
- Смыслова О.Ю.* Стратегические направления повышения уровня и качества жизни населения сельских территорий России // Вестник Воронежского государственного аграрного университета. 2022. Т. 15, № 3(74). С. 141–155. DOI: https://doi.org/10.53914/issn2071-2243_2022_3_141
- Conrad P., Mackie T., Mehrotra A.* Estimating the costs of medicalization // *Social Science & Medicine.* 2010. Vol. 70, iss. 12. P. 1943–1947. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>
- Lopez-Casasnovas G., Costa-Font J., Planas I.* Diversity and regional inequalities in the Spanish «system of health care services» // *Health economics.* 2005. Vol. 14, iss. S1. P. 221–235. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1038>
- May C., Allison G., Chapple A., Chew-Graham C. et al.* Framing the doctor- patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts // *Sociology of health & illness.* 2004. Vol. 26, iss. 2. P. 135–158. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00384.x>
- Panagiotti M., Geraghty K., Johnson J., Zhou A. et al.* Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis // *JAMA internal medicine.* 2018. Vol. 178, iss. 10. P. 1317–

1331. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>

Pauly B., Urbanoski K., Hartney E., Shahram S. et al. What is missing from «Patient-Oriented Research?» A view from public health systems and services // *Healthcare Policy*. 2019. Vol. 15, iss. 2. P. 10–19. DOI:

<https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.26075>

Şahin D.S., Özer Ö., Yanardağ M.Z. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people // *Educational Gerontology*. 2019. Vol. 45, iss. 1. P. 69–77. DOI:

<https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>

Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // *The milbank quarterly*. 2005. Vol. 83, iss. 3. P. 457–502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Valtorta N.K., Collingridge Moore D., Barron L., Stow D., Hanratty B. Older adults' social relationships and health care utilization: a systematic review // *American Journal of Public Health*. 2018. Vol. 108, no. 4. URL: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2017.304256> (accessed: 06.12.2022). DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304256>

References

Bogdanova, E.A. (2019). [The care regime for elderly people with limited mobility in peripheral settlements: successes and failures in overcoming social exclusion]. *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva, pod red. E.A. Borozdinoy, E.A. Zdravomyslovoy, A.A. Temkinoy* [E.A. Borozdina, E.A. Zdravomyslova, A.A. Temkina (eds.) Critical sociology of care: Intersections of social inequality]. St. Petersburg: EUSP Publ., pp. 277–310.

Borozdina, E.A. (2010). [At a gynecologist's appointment: care as a component of a doctor's professional activity]. *Zhenschina v rossiyskom obschestve* [Woman in Russian Society]. No. 1(54), pp. 77–90.

Conrad, P., Mackie, T. and Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science & Medicine*. Vol. 70, iss. 12, pp. 1943–1947. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>

Galkin, K.A. (2018). [Profession, community and everyday life in the narratives of young rural doctors]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. Seriya: Sotsial'nye nauki* [Vestnik of Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod. Series: Social Sciences]. No. 3(51), pp. 134–142.

Galkin, K.A. (2022). [Features of social inequalities in the health of elderly people in Russia and Europe: research review]. *NOMOTHETIKA: Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo* [NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Law]. Vol. 47, no. 1, pp. 14–22. DOI: <https://doi.org/10.52575/2712-746x-2022-47-1-14-22>

Grichik, A.S., Borisova, E.A., Savel'ev, V.N. (2021). [Social efficiency of medical care among urban and rural residents]. *Modern Science*. No. 5–4, pp. 37–40.

Lopez- Casanovas, G., Costa- Font, J. and Planas, I. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish «system of health care services». *Health Economics*. Vol. 14, iss. S1, pp. 221–235. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1038>

May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C. et al. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 26, iss. 2, pp. 135–158. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00384.x>

Merenkov, A.V., Antonova, N.L. and Kleimenov, M.V. (2017). [Social inequality in medical service system of rural areas]. *Mediko-farmatsevticheskiy zhurnal «Pul's»* [Medical & Pharmaceutical Journal «Pulse»]. Vol. 19, no. 10, pp. 397–399. DOI: <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-10-397-399>

Panagiotti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A. et al. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. Vol. 178, iss. 10, pp. 1317–1331. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>

Panova, L.V. and Rusinova, N.L. (2005). [Inequalities in access to primary health care]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 6, pp. 127–135.

Parfenova, O.A. and Petukhova, I.S. (2019). [Competition for the care of the elderly: strategies of social services in the new environment]. *Monitoring obschestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes]. No. 4(152), pp. 173–186. DOI: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.4.09>

Pauly, B., Urbanoski, K., Hartney, E., Shahram, S. et al. (2019). What is missing from «Patient-Oriented Research?» A view from public health systems and services. *Healthcare Policy*. Vol. 15, iss. 2, pp. 10–19. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.26075>

Potokina, S.A. (2021). [Provision of health services to rural residents of Central Russia]. *Global'nye problemy modernizatsii natsional'noy ekonomiki: materialy X Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Global problems of modernization of the national economy: Proceedings of the 10th International Scientific and Practical Conference]. Tambov: «Derzhavinskiy» Publ., pp. 253–263.

Rusinova, N.L., Panova, L.V. and Safronov, V.V. (2007). [Life expectancy in the regions of Russia: the importance of economic factors and the social environment]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii* [Journal of Sociology and Social Anthropology]. Vol. 10, no. 1, pp. 140–161.

Şahin, D.S., Özer, Ö. and Yanardağ, M.Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*. Vol. 45, iss. 1, pp. 69–77. DOI: <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>

Savel'eva, Zh.V., Muzipovna, L. and Kuznetsova, I.B. (2018). [Social justice in healthcare: experience and Judgments of Russians]. *Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya* [Universe of Russia. Sociology. Ethnology]. Vol. 27, no. 3, pp. 154–179.

DOI: <https://doi.org/10.17323/1811-038x-2018-27-3-154-179>

Smyslova, O.Yu. (2022). [Strategic directions for living standards and quality of life of the population of rural areas of Russia]. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo agrarnogo universiteta* [Vestnik of Voronezh State Agrarian University]. Vol. 15, no. 3(74), pp. 141–155. DOI: https://doi.org/10.53914/issn2071-2243_2022_3_141

Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. Vol. 83, iss. 3, pp. 457–502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Valtorta, N.K., Collingridge Moore, D., Barron, L., Stow, D., Hanratty, B. (2018). Older adults' social relationships and health care utilization: a systematic review. *American Journal of Public Health*. Vol. 108, no. 4. Available at: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2017.304256> (accessed 06.12.2022). DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304256>

Об авторах

Галкин Константин Александрович

кандидат социологических наук,
старший научный сотрудник

Социологический институт РАН Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук,
190005, Санкт-Петербург,
ул. 7-я Красноармейская, 25/14;
e-mail: kgalkin1989@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6403-6083>
ResearcherID: A-8784-2016

About the authors

Konstantin A. Galkin

Candidate of Sociology, Senior Researcher

Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences,
25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., Saint Petersburg,
190005, Russia;
e-mail: kgalkin1989@mail.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6403-6083>
ResearcherID: A-8784-2016