

На правах рукописи

Клейменов Михаил Вячеславович

**Взаимодействие медицинских работников и пациентов в системе
медицинского обслуживания на селе: социологический анализ**

Специальность: 22.00.04 –
Социальная структура, социальные институты и процессы

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата
социологических наук

Екатеринбург – 2017

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» на кафедре прикладной социологии Уральского гуманитарного института.

Научный руководитель: доктор социологических наук, доцент
Антонова Наталья Леонидовна

Официальные оппоненты: Лебедева-Несевря Наталья Александровна,
доктор социологических наук, доцент,
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Пермский государственный
национальный исследовательский университет»,
профессор кафедры социологии

Вялых Никита Андреевич, кандидат
социологических наук, Федеральное
государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования «Южный
федеральный университет» (г. Ростов-на-Дону),
старший преподаватель кафедры теоретической
социологии и методологии региональных
исследований Института социологии и
регионоведения

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Уральский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
г. Екатеринбург

Защита состоится 14 декабря 2017 г. в 14 часов 00 минут на заседании диссертационного совета Д 212.285.17 на базе ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» по адресу: 620000, г. Екатеринбург, пр. Ленина, 51, зал заседаний диссертационных советов, комн. 248.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», <http://lib.urfu.ru/mod/data/view.php?d=51&rid=273323>

Автореферат разослан « ____ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Антонова Наталья Леонидовна

I. Общая характеристика

Актуальность темы исследования. Социальные изменения, которые в последние десятилетия пронизывают все сферы общественной жизни, коснулись и медицинского обслуживания населения. Становление бюджетно-страховой модели российского здравоохранения, развитие негосударственных медицинских учреждений, формирование рынка медицинских услуг меняют систему взаимодействия медперсонала и пациентов.

Отечественная социологическая наука длительное время фокусировала внимание на проблемах и институциональных противоречиях медицинского обслуживания в больших городах, где пациент имеет больше возможностей доступа к широкому спектру медицинских услуг. Российское село находилось на периферии теоретических и эмпирических исследований, поэтому считаем важной задачей науки раскрыть особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельской системе оказания медицинской помощи.

Село в настоящее время находится в критическом состоянии, социально-экономические ресурсы жителей деревень практически истощены. Сельское население активно мигрирует в малые и большие города. В процессе демографической убыли сельского населения России происходят процессы свертывания его социального обслуживания: закрываются не только образовательные организации и культурно-досуговые центры, но и медицинские учреждения. Обостряется проблема доступности медицинской помощи и усиливается социальное неравенство в ее получении, поскольку значительную долю селян сегодня обслуживают не врачи, а медицинские сестры и фельдшеры. Пациент, которому требуется медицинская помощь, взаимодействует с наиболее представленной на селе медицинской общностью – средним медицинским персоналом.

В современных сельских условиях практически отсутствуют инструменты формирования культуры здоровьесбережения населения. В повседневной деятельности сельчанам требуется больше времени, чем городскому жителю, для решения бытовых вопросов. Оздоровительный досуг развит слабо, за специализированной медицинской помощью необходимо обращаться в городские медучреждения. Отсюда снижается ориентация пациента на здоровый образ жизни и профилактику заболеваний.

Старение медицинских кадров на селе и представления молодых специалистов о временном характере своего места работы становятся барьерами для профилактического взаимодействия с пациентами, основу которого составляет не только лечение заболевания, но и поиск его причины и разработка превентивных мер, снижающих вероятность рецидива.

Государственные органы периодически пытаются решить проблемы, связанные с предоставлением медицинской помощи жителям разных территорий: проводятся реформы, идет модернизация и реструктуризация системы медицинского обслуживания на селе, но их результаты пока незначительны.

Таким образом, социологический анализ взаимодействия медицинских работников и пациентов на селе включает рассмотрение следующих противоречий:

– между патернализмом медицинских работников и пациентов в системе сельского медицинского обслуживания и развитием рыночных отношений;

– между ориентациями как медперсонала, так и пациентов исключительно на лечение заболевания и необходимостью воспроизводства превентивных практик, включенных в здоровый образ жизни;

– между потребностями сельского населения в получении качественной медицинской помощи и неравенством в доступе к медицинским услугам;

– между ориентациями сельского населения на длительные взаимоотношения с медперсоналом и возможностями его закрепления на селе в современных условиях.

Степень научной разработанности проблемы

Методологической базой исследования послужили идеи и концепции крупнейших представителей социологической науки, раскрывающие сущность и содержание социального взаимодействия: Г. Блумера, М. Вебера, Э. Дюркгейма, Г. Зиммеля, П. А. Сорокина, Дж. Хоманса. Особое внимание при анализе проблемы взаимодействия социальных субъектов было уделено работам российских социологов: Г. Е. Зборовского, Р. М. Грановской, А. В. Меренкова, В. А. Ядова и др.

Большое методологическое значение имели труды, в которых раскрываются особенности социологического изучения взаимодействия медицинских работников и пациентов. Основополагающими стали исследования Р. Витча, Р. Мертона, Т. Парсонса, А. Стросса, Э. Фрейдсона. При формировании типов взаимодействия медицинских работников и пациентов на селе мы обратились к работам А. А. Богатырева, Р. Витча, А. П. Зильбера, О. М. Лесняк, И. В. Силуяновой, С. А. Судьина.

Существенное значение для нас имели работы, в которых раскрываются вопросы социологического анализа здоровья, медицинского обслуживания, медицины, выполненные Н. Л. Антоновой, Н. А. Вялых, С. А. Ефименко, И. В. Журавлевой, Н. А. Лебедевой-Несевря, Ю. П. Лисицыным, И. Б. Назаровой, Е. В. Павленко, Л. Е. Петровой, А. В. Решетниковым, В. М. Чижовой, А. Е. Чириковой, С. В. Шишкиным и др.

Мы также обратились к современным исследованиям западных коллег, раскрывающим особенности медицинского обслуживания и специфику взаимодействия врачей и пациентов в зарубежных системах здравоохранения. Это работы А. Е. Beiseker, R. J. Cline, M. H. Hollender, D. T. Kenny, C. C. Macpherson, P. J. Numann, V. S. Sheer, T. S. Szasz, D. C. Thomasa.

Исследуя особенности сельского образа жизни, сельского уклада и быта, мы опирались на работы Ю. Е. Архангельского, Л. И. Винокурова, Г. Р. Габидуллиной, О. Н. Дерябиной, Л. Н. Мазур, А. Г. Назарчук, Л. В. Намруевой, Г. С. Широкаловой, И. Ю. Юровой. Влияние образа жизни

в сельской местности на здоровье сельчан рассмотрено в трудах В. М. Воробьева, А. К. Дзугаева, А. Г. Егоровой, А. А. Калининской, П. Ф. Кику, Д. Ю. Лебедева.

Работы вышеуказанных ученых и исследователей помогли более подробно разобраться в проблемах современной системы медицинского обслуживания на селе и определить основные типы взаимодействия медицинских работников и пациентов.

Объектом диссертационного исследования является взаимодействие медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе.

Предметом исследования выступают типы взаимодействия медицинского персонала и пациентов в системе медицинского обслуживания, специфика их реализации на селе.

Цель диссертационной работы: выявить особенности и факторы, определяющие воспроизводство и развитие основных типов взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельских поселениях.

Для достижения поставленной цели были выдвинуты следующие исследовательские задачи:

1. Раскрыть сущность и содержание социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельских поселениях.

2. Определить факторы, определяющие взаимодействие медицинских работников и пациентов в сельских поселениях в современных условиях.

3. Выделить особенности авторитарного типа взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе.

4. Проанализировать специфику партнерского типа взаимодействия медицинского персонала и пациентов в сельских поселениях.

Теоретико-методологическую основу исследования составили идеи и концепции, представленные в работах социологов, философов, психологов, в которых определяется сущность и содержание социального взаимодействия в системе медицинского обслуживания на селе. Для решения поставленных в диссертационном исследовании задач использовались системный, процессуальный и функциональный подходы.

Методологическую основу диссертации составили теории социального взаимодействия (Г. Блумер, М. Вебер, Э. Дюркгейм, Г. Зиммель, К. Маркс, П. А. Сорокин, Дж. Хоманс), детерминации социального поведения (А. Г. Здравомыслов, А. В. Меренков). Проблематика качества медицинского обслуживания и его доступности для населения поднималась в работах Н. Л. Антоновой, С. А. Ефименко, А. В. Решетникова, В. М. Чижовой.

В работе использованы как общенаучные методы исследования – обобщение, систематизация, индукция, дедукция, сопоставление, так и опросные методы, используемые при проведении конкретно-социологических исследований, – анкетирование, полуструктурированные интервью, метод виньеток.

Эмпирическую базу диссертационной работы составили материалы следующих социологических исследований и статистических данных:

– исследования особенностей взаимодействия медицинских работников и пациентов (2011 г.: N = 240; 2013 г.: N = 200): методом анкетирования опрошены жители сельских поселений Кривского сельсовета Далматовского района Курганской области (квотный вид отбора), а также проведен сплошной опрос медицинского персонала (полуформализованное интервью), работающего и проживающего в данных населенных пунктах (N = 10);

– исследование типов взаимодействия медицинских работников и пациентов (2016 г.): эмпирический материал представлен результатами анкетирования жителей сельских поселений Далматовского района Курганской области (N = 300, квотный вид отбора) и сельских поселений Камышловского района Свердловской области (N = 300, квотный вид отбора) а также полуформализованного интервью с медицинским персоналом (сплошной вид отбора), работающим и проживающим в сельских населенных пунктах Далматовского района (N = 6) и Камышловского района (N = 10);

– исследование отношения пациентов к системе медицинского обслуживания на селе (2017 г.): эмпирический материал представлен данными полуформализованных интервью с пожилыми пациентами сельских поселений Далматовского района Курганской области (N = 10);

– анализ статистических данных о системе медицинского обслуживания (Российский статистический сборник, 2015; Здравоохранение в России, 2015).

Научная новизна диссертационной работы заключается в исследовании особенностей и основных типов взаимодействия медицинского персонала и пациентов, а также их реализации в системе медицинского обслуживания на селе. Основные научные результаты, полученные автором и содержащиеся новизну, состоят в следующем:

– предложена авторская периодизация развития отечественного сельского здравоохранения: первый этап – зарождение и воспроизводство практик народной (комплементарной, альтернативной) медицины; второй этап – формирование предпосылок создания системы медицинского обслуживания на селе (IX – середина XIX в.); третий этап – утверждение организационных форм медицинского обслуживания сельского населения в процессе развития земской медицины; четвертый этап – становление советской системы медицинского обслуживания на селе; пятый этап – современное развитие системы медицинского обслуживания жителей сельских поселений;

– выявлено, что основой поведения пациентов и медицинского персонала в процессе медицинского обслуживания являются стереотипы, сформированные на начальных этапах становления отечественного сельского здравоохранения;

– определены факторы, влияющие на взаимодействие медработников и пациентов в сельском здравоохранении: государственная политика в отношении сферы здравоохранения (макрофакторы); региональная

инфраструктура системы здравоохранения, наличие медицинских работников разного уровня и квалификации (мезофакторы); доверие пациентов действиям медицинских работников и ориентация во взаимодействии (болезнецентристская и пациентоцентристская) как со стороны медицинского работника, так и со стороны пациента (микрофакторы);

– разработана авторская типология взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания в сельских поселениях, включающая авторитарный и партнерский типы; выделены их особенности: при авторитарном типе реализуется болезнецентристский подход, при партнерском – пациентоцентристский;

– на материалах эмпирического исследования установлено, что взаимодействие медицинских работников и пациентов в сельском поселении в настоящее время строится на основе авторитарного подчинения пациента медицинскому персоналу.

Положения, выносимые на защиту:

– уточнено понятие взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе как процесса непосредственного воздействия общностей медицинских работников и пациентов друг на друга, в основе которого – нормы и правила, закрепленные в традициях сельского образа жизни и реализуемые в условиях неравенства доступа к медицинскому обслуживанию;

– определено, что существенное влияние на взаимодействие медицинских работников и пациентов оказывает социальное неравенство, проявляющееся в отсутствии специалистов узкого профиля в сельских поселениях и представленности в них в основном среднего медицинского персонала;

– выявлены авторитарный и партнерский типы взаимодействия медицинских работников и пациентов, основу которых составляют болезнецентристский и пациентоцентристский подходы в системе медицинского обслуживания;

– установлено, что современное состояние системы сельского медицинского обслуживания ориентирует как медицинских работников, так и пациентов к реализации болезнецентристского подхода; при условии длительных взаимоотношений пациентов с медперсоналом, способствующих мобилизации их жизненных сил для сохранения и укрепления здоровья, повышению доверия к медицинским специалистам, возможна реализация пациентоцентристского подхода;

– доказано, что в современной системе медицинского обслуживания на селе доминирует авторитарный тип взаимодействия, нацеленный исключительно на лечение конкретного заболевания без учета образа жизни пациента, характера и специфики его образа жизни; медицинский работник выступает в роли наставника (79%), а пациент – исполнителя предписанной траектории медицинского обслуживания (76,5%);

– разработаны конкретные рекомендации, направленные на развитие партнерского типа взаимодействия в системе медицинской помощи на селе и формирование здоровьесберегающей культуры сельских жителей.

Соответствие специальности ВАК 22.00.04 – Социальная структура, социальные институты и процессы выражается в следующих пунктах:

7. Социальное неравенство, основные показатели и тенденции развития. Процессы углубления социального неравенства и их динамика.

31. Здоровье населения в социальном контексте. Факторы, влияющие на формирование здорового поколения, как критерий социальной дифференциации.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что материалы диссертационного исследования выявили особенности социального взаимодействия медработников и пациентов в российских селах, а также господствующий тип взаимодействия между медперсоналом и больными. Рекомендации, разработанные в данном исследовании, представляют интерес для медицинских работников, а также могут использоваться администрацией медучреждений для совершенствования системы медицинского обслуживания на селе.

Кроме того, материалы диссертационной работы возможно использовать при разработке учебных курсов для студентов направления подготовки «Социология»: «Социология здоровья», «Социология культуры», «Социология медицины и здравоохранения».

Особую ценность и практическую значимость данная работа может представлять для учреждений, заинтересованных в развитии сельского здравоохранения, таких как органы государственной власти и местного самоуправления, комитеты и департаменты здравоохранения районного и регионального уровня, администрации центральных районных больниц.

Достоверность результатов, полученных в ходе диссертационного исследования, подтверждается обоснованностью методологических и теоретических положений, а также использованием методов и процедур сбора, обработки и анализа данных, релевантных поставленной цели и задачам.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации прошли апробацию на следующих международных и всероссийских конференциях: XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» памяти профессора Л. Н. Когана (УрФУ, Екатеринбург, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017); XIII, IX и XI Ковалевских чтениях (СПбГУ, Санкт-Петербург, 2013, 2014, 2016); Молодежном международном форуме «ЛОМОНОСОВ-2013» (МГУ, Москва, 2013); Всероссийской научной конференции студентов-стипендиатов Оксфордского Российского Фонда «Человеческое, слишком человеческое: проблема статуса гуманитарного исследования в XXI веке» (УрФУ, Екатеринбург, 2013); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы социологии молодежи, культуры, образования и

управления» (УрФУ, Екатеринбург, 2014); IX и X Международной научной конференции «Сорокинские чтения» (МГУ, Москва, 2014, 2016); Международной научно-практической конференции «Жизненные ресурсы региона: социально-демографические проблемы общества» (Уфа, 2015); Международной междисциплинарной конференции «Идентичность и миграция в меняющемся мире: методология, опыт эмпирического исследования» (УрФУ, Екатеринбург, 2015); XX Уральских социологических чтениях (УрФУ, Екатеринбург, 2013); Международной научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (онлайн, 2016); V Всероссийском социологическом конгрессе «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость» (УрФУ, Екатеринбург, 2016); Международной научно-практической конференции «Стратегии развития социальных общностей, институтов и территорий» (УрФУ, Екатеринбург, 2016).

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, включающих 4 параграфа, заключения и библиографического списка, включающего 232 наименования. Содержание работы изложено на 154 страницах.

II. Основное содержание работы

Во **введении** обосновывается актуальность, отмечается степень научной разработанности темы исследования, формулируются цели, задачи, определяется объект, предмет исследования, излагается теоретико-методологическая основа исследования, выделяется эмпирическая база диссертационной работы, ее научная новизна, а также обосновывается практическая значимость работы и приводится информация об апробации полученных результатов.

В первой главе **«Теоретико-методологические основы социологического анализа взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе»** определяется периодизация развития отечественного сельского здравоохранения, рассматриваются теоретико-методологические подходы к исследованию социального взаимодействия, выявляется специфика взаимодействия между медицинским работником и пациентом на селе и факторы, влияющие на него.

В параграфе 1.1 **«Сущность и содержание социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельских поселениях»** исследуется процесс институционализации медицинского обслуживания на селе, в котором выделены следующие этапы. Первый этап связан с зарождением и воспроизводством практик народной (комплементарной, альтернативной) медицины, а к числу особенностей взаимодействия следует отнести страх пациента перед болезнью и людьми, обладающими сакральным знанием (колдуны, знахари, шаманы). На втором этапе (IX – середина XIX в.) зарождаются предпосылки формирования системы медицинского обслуживания на селе: появляются светские специалисты (врачеватели), а также монахи, которым дозволялось заниматься

излечением больных людей. Однако доступ к медицинской помощи сельского жителя был ограничен, получить медицинские услуги могли лишь состоятельные крестьяне либо ветераны войн. Третий этап – это период создания организационных форм медицинского обслуживания сельского населения, становления и развития земской медицины (середина XIX – начало XX в.). Главная инновация земской медицины – это медицинское обслуживание как форма социальной помощи (службы) жителям сельских районов и малых городов. В этот период стала оформляться система норм и правил, регулировавших взаимодействие медработников и пациентов.

На этапе становления советской системы медицинского обслуживания на селе внедряются принципы равного доступа к медицинской помощи как для горожан, так и для сельчан, начинаются процессы «массовизации» медицинской профессии, формируется система профилактики болезней. Утверждается ориентация во взаимодействии медперсонала и пациентов не только на излечение, но и на профилактические мероприятия, связанные со здоровым образом жизни.

Современный этап развития системы медицинского обслуживания на селе (с 90-х гг. XX в. по настоящее время) связан с внедрением принципов рыночных отношений: территории, не обладающие значительными трудовыми ресурсами или иными возможностями самообеспечения, стали лишаться медицинских учреждений. Молодые специалисты стремятся закрепиться в крупных городах, что ограничивает доступность медицинских услуг для сельчан.

Неравный доступ к медицинскому обслуживанию сельчан и горожан проявляется в разных формах. Во-первых, негосударственные медицинские учреждения развиваются и успешно функционируют в городах, а пациенту-селянину нужно преодолеть значительное расстояние для получения медицинских услуг в негосударственном секторе. Во-вторых, в настоящее время наблюдается восстановление и развитие ведомственных учреждений здравоохранения различных типов и видов, в которых объектом медицинского обслуживания выступают работники строго определенных учреждений и организаций, а сельский житель исключен из данной системы. В-третьих, в сельских поселениях фактически отсутствуют врачи узких специализаций (невролог, отоларинголог, окулист, кардиолог, гастроэнтеролог и др.), поэтому сельчане вынуждены обращаться к ним за помощью в близлежащие города. В-четвертых, выпускники медицинских вузов стремятся остаться и закрепиться после окончания обучения в городе, сельское население довольствуется теми специалистами, которые по тем или иным причинам приезжают работать на село. В-пятых, востребованность практик самолечения у сельского жителя значительно выше, чем у городского. Селянину приходится заниматься самолечением по необходимости даже при высокой готовности к взаимодействию с официальной медициной, поскольку доступность медицинских услуг очень низкая. В-шестых, здоровьесберегающая инфраструктура сельских

поселений развита крайне слабо, что ведет к формированию иной по сравнению с городами культуры здоровьесбережения.

В целом современное медицинское обслуживание на селе находится в кризисном состоянии: потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи не удовлетворяются в полной мере из-за неравного доступа к медицинским услугам с городскими жителями. В результате возникают особые практики взаимодействия медицинского персонала и пациентов, проживающих в сельской местности.

С опорой на концепции социального взаимодействия, представленные в трудах Г. Блумера, М. Вебера, Э. Дюркгейма, Г. Зиммеля, П. А. Сорокина, Дж. Хоманса, а также положения и идеи А. А. Богатырева, Р. Витча, А. П. Зильбера, О. М. Лесняк, Р. Мертон, Т. Парсонса, И. В. Силуяновой, А. Стросса, С. А. Судына, Э. Фрейдсона об особенностях взаимодействия медперсонала и пациентов в работе утверждается, что медицинские работники и пациенты являются функциональной «парой». К числу особенностей ее «работы» на селе по сравнению с городом следует отнести: короткую/близкую социальную дистанцию, обусловленную высокой плотностью социальных связей и доминированием персонифицированных контактов; максимальное использование специалистами ограниченных возможностей диагностики и лечения типичных заболеваний; воспроизводство традиций выполнения врачебных указаний пациентами в сочетании с самолечением на основе опыта широкого круга сельчан в условиях ограниченного доступа к медицинскому обслуживанию. Таким образом, под взаимодействием медицинских работников и пациентов в работе понимается процесс непосредственного воздействия медработников и пациентов друг на друга, в основе которого лежат нормативные действия, в том числе закрепленные в традициях сельского образа жизни, реализуемые в условиях усиливающегося неравенства доступа к медицинской помощи.

В параграфе 1.2 **«Факторы, определяющие социальное взаимодействие медицинских работников и пациентов в сельских поселениях в современных условиях»** диссертант анализирует макро-, мезо- и микрофакторы, влияющие на взаимодействие медицинского персонала и пациентов.

В работе утверждается, что государственная политика в сфере медицинского обслуживания сельских жителей в советский период способствовала формированию высокого уровня доверия к врачу, особенно в тех случаях, когда врач сам был сельским жителем, разбирающимся в привычном для пациентов образе жизни, знающим факторы, влияющие на заболеваемость. Была создана разветвленная сеть фельдшерско-акушерских пунктов, в крупных селах открыты участковые больницы, предоставляющие как амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь, существовала развитая система санитарной авиации, позволяющая привлекать специалистов областных центров для лечения острых заболеваний, оказания неотложной помощи.

Рыночные отношения существенно изменили организацию медицинской помощи сельским жителям. В течение последних двух десятилетий произошло сокращение, во-первых, сельского населения с 39,1 млн (1989 г.) до 37,5 млн чел. (2010 г.); во-вторых, численности работников всех категорий сферы сельского хозяйства с 8,9 млн (2000 г.) до 6,2 млн чел. (2014 г.), в-третьих, численности квалифицированных работников сельского хозяйства с 4,1 млн (2000 г.) до 1,2 млн чел. (2014 г.)¹. Уменьшилось количество медицинских учреждений: если в 2005 г. число больничных организаций (больницы, медико-санитарные части, диспансеры и пр.) в сельских поселениях России составляло 3 659 учреждений, то к 2014 г. их осталось всего 1 064; количество амбулаторно-поликлинических учреждений снизилось с 7 495 в 2005 г. до 3 064 в 2014 г.; к 2014 г. в российских селах осталось лишь 17 крупных медицинских организаций, имеющих стационары².

Современные попытки реанимировать сельскую систему медицинского обслуживания («Земской доктор», геоинформационная система и пр.) пока не дали желаемого результата. Ситуация усугубляется особенностями развития региональной инфраструктуры медицинского обслуживания. В частности, отсутствует централизованная система поддержки автомобильных дорог и иных транспортных каналов перемещения в отдаленные от городов населенные пункты. Проблемной следует считать и инфраструктуру села: не созданы спортивные центры, фитнес-клубы, приобщающие молодое поколение к спорту и поддерживающее среднее и старшее поколения «в спортивном тоне». Современное село выступает как аутсайдер в системе воспроизводства здоровьесберегающей культуры.

Деятельность государства в области развития медицинского обслуживания сельского населения в настоящее время характеризуется воспроизводством и дальнейшим углублением социального неравенства. Оно проявляется в следующих сферах: в финансовой обеспеченности разных по численности населения сельских поселений; в получении экстренной медицинской помощи; в выборе врача-специалиста, к которому может обратиться пациент за получением медицинской помощи; в выборе медицинского учреждения.

Неравенство ведет к существенным изменениям в системе взаимодействия медицинских работников с пациентами на селе. Отсутствие обязательного распределения выпускников медицинских вузов привело к тому, что на селе обнаруживается высокая текучесть медицинских кадров, которая снижает доверие пациента к врачу.

Характер взаимодействия медицинских работников с пациентами в значительной степени также зависит от разного по источникам возникновения, содержанию и способам проявления доверия друг к другу. Доверие пациента к медицинскому работнику зачастую имеет вынужденный

¹ См.: Российский статистический ежегодник. 2015: стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – С. 85–115.

² См.: Здравоохранение в России. 2015: стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – С. 89–94.

характер: в условиях отсутствия выбора врача пациент обращается за медицинской помощью к тому специалисту, который в данный момент присутствует на работе.

В диссертации выделены два подхода к медицинскому обслуживанию, оказывающие влияние на процесс взаимодействия медицинского работника и пациента. В первом подходе, который мы определяем как болезнецентристский, врач и пациент ориентированы исключительно на устранение конкретного заболевания. От специалиста требуется определить источник боли/нарушений и восстановить работоспособность пациента, требуя точного выполнения всех его рекомендаций. Во втором подходе – пациентоцентристском – врач стремится не только вылечить больного, но и включить его в освоение практик здорового образа жизни, самостоятельного сохранения и восстановления жизненных сил организма.

С учетом заявленных подходов обоснованы два типа взаимодействия медицинских работников и пациентов: авторитарный и партнерский. При авторитарном типе взаимодействия пациент занимает пассивную позицию, выступая объектом медицинского воздействия, выполняющим все предписания специалиста. При партнерском типе пациент активно участвует во всех этапах диагностики, лечения и профилактики, вырабатывая навыки самосохранения и укрепления своих жизненных сил. Медицинский персонал включает в поле своей деятельности ориентацию на длительные отношения с пациентом, что способствует становлению диалога о здоровьесберегающих мерах и практиках как источниках профилактического поведения.

Во второй главе **«Особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельском здравоохранении»** на материалах эмпирических исследований раскрываются противоречия во взаимодействии медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе и определяется лидирующий тип взаимодействия.

В параграфе 2.1 **«Авторитарный тип взаимодействия медицинских работников и пациентов»** доказывается, что современная политика государства в сфере медицинского обслуживания на селе, усиливая социальное неравенство в доступе к медицинским услугам, формирует болезнецентристскую ориентацию в системе оказания медицинской помощи. Проблемными областями становятся оснащение медучреждений устаревшим медицинским оборудованием (67,5%), очереди на прием (59,8%), ограниченные квоты на получение бесплатного медицинского обслуживания в районных/областных медучреждениях (51,8%), высокая стоимость платных медицинских услуг (38,8%), невозможность получения оперативной медицинской помощи (35,8%). В результате сельские жители лишены качественной своевременной медицинской помощи, что затрудняет становление и реализацию партнерского типа взаимодействия.

В работе обосновывается, что пациент в большинстве случаев занимает пассивную позицию и выступает исключительно объектом медицинского воздействия, предписаний и рекомендаций со стороны специалиста, который также ориентирован только на излечение болезни, без выявления

особенностей его образа жизни, настроя на излечение и т.п. По мнению сельских пациентов (78,7%), взаимодействие с медицинскими работниками строится на авторитарных принципах, однако сами медработники зачастую не замечают, что их реализуют, подчиняясь сформированной практикой стереотипам общения с больными.

Отсутствие альтернатив в выборе медработника и медучреждения в системе медицинского обслуживания на селе становится основанием для полного подчинения пациента требованиям врача, фельдшера (54%), которые рассматриваются как единственные специалисты, способные оказать желаемую помощь. Позицию подчинения со стороны пациента демонстрирует то, что 65% опрошенных указали на общение медработников с ними, как с «малыми детьми», наставляющих на неукоснительное следование врачебным указаниям.

Сельские пациенты вынуждены принимать такое взаимодействие с ними также по причине высокой частоты смены медицинских кадров на селе. Им приходится подчиняться каждому новому медработнику, утверждающему свой авторитет демонстрацией жестких требований к пациенту.

В работе указывается, что авторитарный тип взаимодействия поддерживают пациенты, имеющие общее среднее, начальное и среднее профессиональное образование; представители средней и старшей возрастных групп; женщины.

В параграфе 2.2 **«Партнерский тип взаимодействия медицинских работников и пациентов»** анализируется пациентоцентристская ориентация в системе оказания медицинской помощи, составляющая основу партнерского типа взаимодействия. Медицинский работник, собирая информацию о заболевании и факторах, определяющих образ жизни пациента, предлагает ему не только тактику лечения болезни, но и стратегию по сохранению и воспроизводству жизненных сил для активной жизнедеятельности и минимизации потерь при возможных заболеваниях в будущем. Полученные данные показали, что только 15,1% сельчан видят в медработнике партнера по взаимодействию и воспринимают себя как соучастника (7,8%).

Партнерский тип взаимодействия обычно реализуется медперсоналом с теми пациентами, болезнь которых носит хронический характер. 29,8% опрошенных указали, что врачи объясняют причины заболевания, а также характер влияния на него образа жизни и ожидаемый результат от его изменений. 28% отметили ориентацию врачей на постоянное отслеживание состояния больного, поскольку полностью избавиться от заболевания невозможно. Что касается мнения медперсонала, то только каждый десятый опрошенный медработник ориентирован на партнерский тип взаимодействия. Причину сложившейся ситуации следует искать в специфике лечебной практики на селе: врач может ориентироваться на постоянный мониторинг состояния больного в том случае, когда он нацелен на длительное проживание в том месте, где он работает. Отсутствие такой установки ведет к тому, что врач не видит смысла побуждать пациента к

постоянному взаимодействию с целью оперативного реагирования на происходящие в организме изменения.

Медицинские работники и пациенты указывают на необходимость длительной работы специалиста на селе, чтобы реализовать партнерский тип взаимодействия. Снижается социальная дистанция между медработником и пациентом. В этом случае пациенты могут обратиться за консультацией или помощью к врачу/фельдшеру/медсестре в любое время и в любом месте (в магазине, дома), а не только в больнице. Возможность больного обратиться за помощью к специалисту, который давно знает особенности протекания его болезни, существенно повышает доверие к нему. Оно, в свою очередь, усиливает уверенность пациента в том, что врач сможет оказать квалифицированную помощь, избавляя от недуга.

Исследования показали, что большинство пациентов-сельчан (84,9%) не удовлетворены современной сельской системой оказания медицинской помощи, а половина медицинских работников недовольны характером взаимодействия с пациентами.

В диссертации делается вывод, что современная российская система медицинского обслуживания пока не готова к переходу от авторитарного к партнерскому типу взаимодействия. Медицинский работник остается специалистом, помогающим пациентам лишь на короткое время избавиться от болезни, поскольку регулярно не занимается формированием у них навыков здоровьесберегающего поведения.

Диссертант отмечает, что переход от авторитарного типа взаимодействия к партнерскому на селе возможен при следующих условиях. Во-первых, проведение специальных мероприятий, формирующих здоровьесберегающую культуру у разных возрастных групп сельского населения. Во-вторых, создание условий, позволяющих повышать качество жизни тех, кто живет и трудится на селе. В-третьих, формирование таких условий труда, быта, отдыха, профессионального роста молодых специалистов, которые обеспечат их закрепление в малых и больших деревнях, селах. В-четвертых, появление у сельских врачей возможности в любое время с помощью современных средств связи получить квалифицированную консультацию от специалистов крупных клиник областных центров. В-пятых, развитие у будущих врачей культуры общения с сельскими жителями с учетом особенностей их труда, быта, отношения к своему здоровью.

В **заключении** диссертации сформулированы основные выводы исследования, представлены рекомендации по решению исследуемой проблемы и обозначены основные перспективы ее дальнейшего анализа.

Основные положения работы отражены в публикациях объемом 10,4 п.л., в числе которых 6 статей, опубликованных в рецензируемых научных журналах, включенных в перечень ВАК.

Статьи, опубликованные в рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных ВАК:

1. Клейменов, М. В. Социальное неравенство в системе медицинского обслуживания на селе / А. В. Меренков, Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – № 10. – С. 397–399 (0,3 п.л., авторские не разделены).

2. Клейменов, М. В. Патерналистские ориентации в системе медицинского обслуживания на селе / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2017. – № 2. – С. 54–62 (0,6 п.л., авторские не разделены).

3. Клейменов, М. В. Медицинское обслуживание на селе: проблемы и противоречия / М. В. Клейменов // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2017. – № 1(18). – С. 345–348 (0,3 п.л.).

4. Клейменов, М. В. Система сельского медицинского обслуживания: основные проблемы функционирования / М. В. Клейменов // Дискуссия. – 2016. – № 6(69). – С. 72–76 (0,3 п.л.).

5. Клейменов, М. В. Доступность медицинского обслуживания сельским жителям в условиях модернизации здравоохранения / М. В. Клейменов // Наука и бизнес: пути развития. – 2015. – № 1(43). – С. 19–21 (0,2 п.л.).

6. Клейменов, М. В. Особенности взаимодействия врача и пациента в системе сельского здравоохранения / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Социум и власть. – 2014. – № 4(48). – С. 37–41 (0,4 п.л., авторские не разделены).

Монографии и главы в монографиях:

7. Клейменов, М. В. Модели взаимодействия общностей в системе сельского здравоохранения : монография / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов. – Saarbrücken : LAP LAMBERT Academic Publishing, 2015. – 97 с. (5,0 п.л., авторские не разделены).

8. Клейменов, М. В. Медицинское обслуживание на селе: проблемы и противоречия / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Институциональные аспекты функционирования системы медицинского обслуживания : монография / Н. Л. Антонова, И. Е. Левченко, М. В. Клейменов. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2016. – С. 43–54 (0,4 п.л., авторские не разделены).

Другие публикации:

9. Клейменов, М. В. Взаимодействие медицинских работников с пациентами в современной системе медицинского обслуживания сельских поселений / М. В. Клейменов // Материалы XX Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» памяти профессора Л. Н. Когана / ред. кол. : Е. В. Грунт, А. В. Меренков, Н. Л. Антонова. – Екатеринбург : УрФУ, 2017. – С. 1487–1494 (0,4 п.л.).

10. Клейменов, М. В. Медицинские работники в системе взаимодействия «врач – пациент» на селе [Электронный ресурс] / М. В. Клейменов // Материалы Международн. науч.-практ. интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе», 2016. – Режим доступа : <https://elis.psu.ru/node/387384> (дата обращения: 11.12.2016) (0,1 п.л.).

11. Клейменов, М. В. Взаимодействие медработников и пациентов: предметные зоны исследовательских практик российских социологов / М. В. Клейменов // Материалы научной конференции к 100-летию Русского социологического общества им. М. М. Ковалевского (10–12 ноября 2016 г.) / отв. ред. Ю. В. Асочаков. – СПб. : Скифия-принт, 2016. – С. 697–700 (0,1 п.л.).

12. Клейменов, М. В. Взаимодействие врача и пациента: теоретико-методологические основы исследования [Электронный ресурс] / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Материалы V Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость» (19–21 октября 2016 г.). – Екатеринбург : УрФУ, 2016. – С. 10168–10171 (0,1 п.л., авторские не разделены).

13. Клейменов, М. В. Рискологический подход к анализу медицинского обслуживания [Электронный ресурс] / М. В. Клейменов // Материалы V Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость» (19–21 октября 2016 г.). – Екатеринбург : УрФУ, 2016. – С. 10191–10194 (0,1 п.л.).

14. Клейменов, М. В. Проблемы функционирования системы медицинского обслуживания на селе в оценках медицинских работников / М. В. Клейменов // Стратегии развития социальных общностей, институтов и территорий : материалы Междунар. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 23–24 апреля 2015 г.) : в 2 т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. – Т. 1. – С. 195–198 (0,1 п.л.).

15. Клейменов, М. В. Риски в сельском здравоохранении: взгляд врача / М. В. Клейменов // Материалы XIX Международной научной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования». – Екатеринбург : УрФУ, 2016. – С. 2161–2169 (0,3 п.л.).

16. Клейменов, М. В. Риски в сельском здравоохранении: мнения врачей / М. В. Клейменов // Сборник материалов X Международной научной конференции «Сорокинские чтения». – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2016. – С. 88–90 (0,1 п.л.).

17. Клейменов, М. В. Медицинские работники в сельском здравоохранении России: проблемы и противоречия / М. В. Клейменов // Сборник Международной научно-практической конференции «Жизненные ресурсы региона: социально-демографические проблемы общества» (Аистовские чтения). – Уфа, 2015. – С. 274–277 (0,2 п.л.).

18. Клейменов, М. В. Медицинское обслуживание иностранной рабочей силы в России: проблемы и противоречия / Н. Л. Антонова, М. В.

Клейменов // Материалы Международной междисциплинарной конференции «Идентичность и миграция в меняющемся мире: методология, опыт эмпирического исследования» – Екатеринбург : УрФУ, 2015. – С. 26–33 (0,3 п.л., авторские не разделены).

19. Клейменов, М. В. Медицинские работники в системы сельского здравоохранения: проблемы и противоречия / М. В. Клейменов // Материалы XVIII Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» памяти профессора Л. Н. Когана / ред. кол. : Е. В. Грунт, Г. Б. Кораблева, А. В. Меренков и др. – Екатеринбург : УрФУ, 2015. – С. 1958–1967 (0,4 п.л.).

20. Клейменов, М. В. Медицинские работники в системе взаимодействия с пациентом: проблемы и противоречия / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Социокультурное развитие большого Урала: тренды, проблемы, перспективы : материалы юбилейной Всерос. науч.-практ. конф. «XX Уральские социологические чтения» (Екатеринбург, 27–28 февраля 2015 г.) / под общ. ред. Ю. Р. Вишневого. – Екатеринбург : УрФУ, 2015. – С. 23–29 (0,3 п.л., авторские не разделены).

21. Клейменов, М. В. Врач и пациент в сельском здравоохранении: основные проблемы и противоречия [Электронный ресурс] / М. В. Клейменов // IX Международная научная конференция «Сорокинские чтения». Приоритетные направления развития социологии в XXI веке: К 25-летию социологического образования в России : сборник материалов. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2014. – С. 334–336 (0,1 п.л.).

22. Клейменов, М. В. Медицинские работники и пациенты в системе медицинского обслуживания на селе / М. В. Клейменов // Девятые Ковалевские чтения : материалы науч.-практ. конф. (14-15 ноября 2014 г.) / отв. ред. Ю. В. Асочаков. – СПб. : Скифия-принт, 2014. – С. 830–832 (0,1 п.л.).

23. Клейменов, М. В. Патерналистские особенности деятельности медицинских работников в системе сельского здравоохранения / М. В. Клейменов // Духовность. Общество. Молодежь : сб. науч. тр. Вып. 1 / отв. ред. Г. Б. Кораблева, И. Е. Левченко. – Екатеринбург : Русская Православная Церковь (Московский Патриархат), Екатеринбургская митрополия ; Изд. дом «Ажур», 2014. – С. 64–68 (0,2 п.л.).

24. Клейменов, М. В. Патернализм как идеология взаимодействия врача и пациента в системе сельского здравоохранения / Н. Л. Антонова, М. В. Клейменов // Актуальные проблемы социологии молодежи, культуры, образования и управления: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 28 февраля 2014 г.) : в 4 т. / под общ. ред. Ю. Р. Вишневого. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2014. – Т. VI. – С. 18–21 (0,2 п.л., авторские не разделены).

25. Клейменов, М. В. Современные аспекты взаимодействия сельского врача и пациента: коллегиальность и патернализм? / М. В. Клейменов // Материалы XVII Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического

исследования» / ред. кол. : Е. В. Грунт, Г. Б. Кораблёва, Н. А. Комлева и др. – Екатеринбург : УрФУ, 2014. – С. 1161–1167 (0,3 п.л.).

26. Клейменов, М. В. Системный подход к анализу сельского здравоохранения / М. В. Клейменов // Материалы XVI Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» / ред. кол. : Е. В. Грунт, Г. Б. Кораблёва, Н. А. Комлева и др. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2013. – С. 2104–2110 (0,3 п.л.).

27. Клейменов, М. В. Особенности взаимодействия медицинского персонала и пациентов в системе сельского здравоохранения [Электронный ресурс] / М. В. Клейменов // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2013» / отв. ред. : А. И. Андреев, А. В. Андриянов, Е. А. Антипов и др. – М. : МАКС Пресс, 2013. – Режим доступа : https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2013/2266/55511_fd94.pdf (дата обращения: 27.05.2017) (0,1 п.л.).

28. Клейменов, М. В. Зачем нужна профанация? / М. В. Клейменов // Восьмые Ковалевские чтения : материалы науч.-практ. конф. (15–16 ноября 2013 г.) / отв. ред. Ю. В. Асочаков. – СПб. : Социологическое общество им. М. М. Ковалевского, 2013. – С. 798–800 (0,1 п.л.).

29. Клейменов, М. В. Особенности взаимодействия медперсонала и пациентов в системе сельского здравоохранения / М. В. Клейменов // Социальные инновации : сб. науч. тр. Вып. 8. / отв. ред. Г. Б. Кораблёва, И. Е. Левченко. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ин-та соц. образования, 2013. — С. 119–125 (0,3 п.л.).

30. Клейменов, М. В. Модернизация системы здравоохранения России: путь к страховой медицине и пропаганде здорового образа жизни / М. В. Клейменов // Тезисы докладов и сообщений Всероссийской научной конференции студентов-стипендиатов Оксфордского Российского Фонда «Человеческое, слишком человеческое: проблема статуса гуманитарного исследования в XXI веке» (10–12 апреля 2013 г.). – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2013. – С. 233–234 (0,1 п.л.).

31. Клейменов, М. В. Коллегиальная модель медицинского работника в системе взаимодействия с пациентом / М. В. Клейменов // Материалы XV Международной конференции «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования» / ред. кол. : Е. В. Грунт, Г. Б. Кораблёва, Н. А. Комлева и др. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2012. – Ч. 2. – С. 1247–1252 (0,2 п.л.).