Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б. Н. Ельцина»

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

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
социологических наук

Научный руководитель:
доктор социологических наук, доцент
Антонова Наталья Леонидовна

Екатеринбург – 2017

Оглавление

Оглавление 2

Введение 3

Глава 1. Теоретико-методологические основы социологического анализа взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе 13

1.1. Сущность и содержание социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельских поселениях 13

1.2. Факторы, определяющие социальное взаимодействие медицинских работников и пациентов в сельских поселениях в современных условиях 40

Глава 2. Особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельском здравоохранении 69

2.1. Авторитарный тип взаимодействия медицинских работников и пациентов 69

2.2. Партнерский тип взаимодействия медицинских работников и пациентов 91

Заключение 118

Литература 125

Введение

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, формирования 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 включения в нее и получения доступа к широкому спектру медицинских услуг. Российское село же находилось на периферии теоретических и эмпирических исследований, поэтому мы отважились заполнить данные лакуны в социологической науке и раскрыть особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельской системе оказания медицинской помощи.

Село в настоящее время находится в критическом состоянии, когда социально-экономические ресурсы сел и деревень практически истощены, сельское население мигрирует в малые и большие города. В процессе демографической убыли сельского населения России происходят процессы по свертыванию социального обслуживания людей: закрываются не только образовательные организации и культурно-досуговые центры, но и медицинские учреждения. Обостряется проблема доступности медицинской помощи и углубляется вопрос социального неравенства в ее получении, поскольку значительную долю селян сегодня обслуживают медицинские сестры и фельдшеры. Сельчанин-пациент, которому требуется медицинская помощь, взаимодействует с наиболее представительной на селе медицинской общностью − средним медицинским персоналом.

Особый уклад и быт селян, система ценностей, а также традиции и обычаи, корнями, уходящими как в земскую медицину, так и в наследие советского прошлого, оказывают значительное влияние на характер взаимодействия пациента с медицинскими работниками. Патерналистские ориентации и по сей день занимают лидирующие позиции во взаимодействии и задают вектор дальнейшего развития отношений. Несмотря на рыночные принципы развития современного общества, медицинская помощь на селе воспроизводит представления и практики о ролях врачей и пациентов, в основе которых авторитаризм медработника и полное подчинение ему больного.

В современных сельских условиях практически отсутствуют инструменты формирования культуры здоровьесбережения. 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 более глубинного взаимодействия с пациентами, основу которого составляет не только лечение заболевания, но и поиск его причины и разработка превентивных мер, снижающих рецидив.

Различные государственные органы пытаются снять проблемы, связанные с предоставлением медицинской помощи: в стране, проводят реформы, идет модернизация и реструктуризация системы медицинского обслуживания на селе, но как показывают данные проверок и опросов сельского населения, их результаты неэффективные.

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 стали идеи и концепции крупнейших представителей социологической науки, в которых раскрываются 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 трудам 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 работами 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. В них раскрывается социологическая специфика анализа здоровья, характеризуются особенности современной системы медицинского обслуживания.

Мы также обратились к современным исследованиям, представленным в трудах западных коллег, раскрывающих особенности функционирования медицинского обслуживания и специфику взаимодействия врачей и пациентов в зарубежных системах здравоохранения. Это работы A. E. Beiseker, R. J. Cline, M. H. Hollender, D. T. Kenny, C. C. Macpherson, P. J. Numann, V. S. Sheer, T. S. Szasz, D. C. Thomasma.

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 представлено в трудах В. М. Воробьёва, А. К. Дзугаева, А. Г. Егоровой, А. А. Калининской, П. Ф. Кику, Д. Ю. Лебедева.

Работы выше указанных 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, а также их реализация в условиях современного села

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 были использованы 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 населению поднимались в научных 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, полуформализованные 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 данными 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 полуструктурированных 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 содержащие 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 − сер. XIX вв.); 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: в авторитарном реализуется болезнецентристский подход, в 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 представленность в них в основном среднего медицинского персонала;

− выявлены авторитарный и партнерский типы взаимодействия медицинских работников и пациентов, основу которых составляют болезнеценстристский 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 его жизненных сил на сохранение и укрепление здоровья и повышению доверия к медицинским специалистам, возможна реализация пациентоцентристкого 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.

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. Материалы данного исследования могут представлять интерес в качестве рекомендаций для медицинских работников и пациентов сельских поселений и быть использованы администрацией медучреждений для совершенствования системы медицинского обслуживания на селе.

Материалы работы можно 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 субъектов, 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 поставленным цели и задачам.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации прошли апробацию на следующих международных и

всероссийских конференциях, в научных школах: 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 чтения (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 молодёжи, 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 Уральские социологические чтения (УрФУ, Екатеринбург, 2013); Международной научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (онлайн, 2016); V Всероссийского социологического конгресса «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.

Глава 1. Теоретико-методологические основы социологического анализа взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе

1.1. Сущность и содержание социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельских поселениях

Каждый человек независимо от места жительства периодически оказывается в ситуации, когда он нуждается в помощи специалистов, которые помогают преодолеть болезненные состояния. Так было и в то время, когда отсутствовали медработники в каждом населенном пункте, будь это не только село, но и небольшой город. Тогда еще не возникла система научных знаний, раскрывающих причины возникновения различных заболеваний и методы их эффективного лечения. Исследования археологов показывают, что уже в каменном веке люди пытались лечить раненных во время охоты, вплоть до проведения операций на черепе человека. Тогда же люди учились находить растения, с помощью которых можно было снимать жар, некоторые воспаления и т.п.

На основе постепенно формируемого опыта лечения разных болезней, передаваемого из поколения в поколения, возникла народная медицина, Она существовала во всех странах, культурах, и востребована до сих пор. Несмотря на распространение традиционной доказательной медицины, народная медицина в ряде стран получила широкое распространение (индийская аюрведа, арабская медицина и др.) Так, например, в XX в. даже представители европейской философии науки стали проявлять интерес в традиционной китайской медицине. Как пишет К. Тейлор[1], она – противоположность доказательной медицине, зародившейся в Европе.

[1] Taylor K. Chapter 3 (part 2): Modernizing the Old. The Creation of a ‘Traditional’ Chinese Medicine, 1953-6 // Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63. A medicine of revolution. – London: Routledge Curzon, 2005. – URL: http://web.archive.org/web/20091016100137/http://www.acucentre.com.au/Classics/HistPersp/KTaylor/KTaylor%203.2.pdf (Accessed 20.04.2017)

Традиционная китайская медицина, основанная на религиозных принципах и связанная с древней философией[2], опирается на многовековые наблюдения за человеческим организмом, его реакциями не только на различные лекарства, но и на характер взаимодействия врачевателя с пациентом.

Несомненным преимуществом традиционной китайской медицины, на наш взгляд, является ее ориентация на здоровьесбережение и профилактику заболеваний, использование психофизических практик (ушу и пр.), которые формируют и закрепляют установку на здоровый образ жизни. Народный целитель ориентирует того, кто к нему обратился, на активное сопротивление болезни, внушает веру в избавление от страданий. Утверждается важность ведения такого образа жизни, который обеспечивает на долгое время крепкое физическое и психическое здоровье. Традиционная китайская медицина в отличие от западной медицины ориентирована на целостный подход к человеку, его связи с природой и социумом на основе лечения не только самой болезни, но и самого пациента. Его собственная заинтересованность в организации повседневной жизни на основе рекомендуемых врачевателем принципов рассматривается как важнейшее условие восстановления жизненных сил организма.

Аналогичные принципы народной медицины в течение долгого времени действовали не только в Китае, но и в других странах. Появление доказательной медицины на основе глубоких исследований человеческого организма, создания системы диагностики заболеваний, изобретения разнообразных лекарственных средств привело к снижению не только ценности народных целителей, но и изменению системы взаимодействия врача с пациентом. Эти изменения в первую очередь коснулись городских жителей. Медицина, основанная на сборе информации о состоянии организма, применении сложных и часто дорогостоящих приборов для диагностики и лечения, могла возникнуть сначала только в крупных

[2] В соответствии с представлениями древних китайских философов существует Великая Триада. Это Небо - Человек - Земля. Единство Земли (инь) и Неба (ян) является источником становления вещей во Вселенной.

промышленных центрах. В них осуществляется подготовка медицинских специалистов разного уровня квалификации и профиля, строятся крупные больницы, оснащенные современным сложным оборудованием. Такое положение характерно практически для всех стран мира.

Жители села оказались в иной ситуации. Фактически на протяжении длительного времени они были отброшены от благ общественного здравоохранения, так как качественное медицинское обслуживание было сконцентрировано в столице и крупных городах. Доступ к благам медицинской науки был неравным: горожане оказались в более привилегированном положении, чем сельчане. Сельское население вынуждено было заниматься практиками самолечения или обращаться к знакомым, сведущим людям, способным оказать медицинскую помощь[3].

Для того чтобы лучше понять современное состояние медицинского обслуживания на селе и определить сущность и содержание взаимодействия медицинских работников с пациентами необходимо обратиться к исторической ретроспективе. Институционализация системы медицинского обслуживания проходила в несколько этапов. Традиционно специалистами, изучающими историю развития медицины, выделяются такие этапы как: доисторический этап; Киевская Русь; средневековый период; эпоха Просвещения и Новое Время (XVIII−сер. XIX вв.); земская медицина (сер. XIX − нач. XX вв.); сельское здравоохранение в советскую эпоху (1918−1991 гг.); современная Россия (с 1992 г. и по наши дни)[4]. Мы считаем, что в логике нашего исследования можно предложить следующую периодизацию развития системы медицинского обслуживания на селе.

Первый этап мы связываем с зарождением и воспроизводством практик народной (комплементарной, альтернативной) медицины. Изначально система лечения создавалась, опираясь на методы наблюдения и

---

[3] См.: Шамшиев А. А. Интегрированная оценка уровня здоровья городского и сельского населения в зависимости от ресурсов / А. А. Шамшиев // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2012. – № 3 (19). – С. 4–5.

[4] См., например: Сорокина Т. С. История медицины / Т. С. Сорокина. – М.: Академия, 2008. – 209 с.; Лисицын Ю. П. История медицины: учебник / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.

эксперимента (изучение случаев при отсутствии научного подхода). Народная медицина проникает на поиск способов избавления от болезни, а не на поиск факторов ее возникновения. В объединениях на уровне рода, племени имелись люди, которым доверяли лечение, их называли по-разному – шаманы, колдуны, ведьмы. Они, неся бремя заботы о страждущих от болезней, прежде всего, воспроизводили опыт предшествующих поколений знахарей. Кроме того, эти индивиды были обязаны соблюдать религиозные обряды, демонстрируя исцеление через веру в богов и духов. Даже само заболевание понималось как предупреждение человека, преступающего законы и определенные табу в обществе («кара за грехи»)[5].

В наше время таких людей называют чаще знахарями и целителями – представителями народной медицины. Они представляют противоположность современной (традиционной/доказательной) медицине, которая обладает в настоящее время огромным бюрократическим аппаратом управления, и современные медработники в отличие от целителей полагаются не на опыт предков, а на достижения науки и сертифицированные лекарственные средства.

В целом, особенностями взаимодействия между лекарем и больным в народной медицине следует считать ориентацию на болезнь (вылечить) и на страх перед заболеванием и людьми, обладающими сакральным знанием.

Второй этап − период формирования предпосылок системы медицинского обслуживания на селе (IX − сер. XIX вв.). Во время создания первых форм государственности на европейской части современной Российской Федерации начинает оформление института врачевания – появляются светские люди (врачеватели), которым дозволяли заниматься излечением больных людей. Также врачеванием занимались монахи (когда Русь приняла Крещение). Быть лекарем в Древней Руси было почетным делом, но медицина была сконцентрирована преимущественно в крупных городских центрах (Киев, Новгород и др.). Также города Древней Руси

[5] См.: Сорокина Т. С. История медицины / Т. С. Сорокина. – М.: Академия, 2008. – С. 7–10.

содержались в чистоте, полагалось мостить все центральные улицы, градоначальники следили, чтобы всегда функционировали общественные бани, т.е. в городах пытались следить соблюдать обыденные санитарные нормы. Однако сельское население оказалось исключенным из системы медицинского обслуживания. Такое исключение просуществовало достаточно долго.

В XI−XVI вв., во время феодальной раздробленности Руси и усиления власти Московских князей, в больших городах функционировали лавки лекарей[6], которые за определенную плату предоставляли медицинские услуги. В данный период русские лекари учились мастерству врачевания как от западных гостей (представители европейских стран), так и восточных (в первую очередь представители арабских стран и стран Ближнего Востока). Соединяя опыт ученых различных цивилизаций, русские врачеватели смогли лечить придворных, дворян и богатых купцов. Доступ к медицинским услугам имели только состоятельные граждане, соответственно, сельский житель оставался «не у дел» и традиционно использовал практики самолечения либо обращался за советом к народным целителям.

С политикой «европеизации» Российской империи, Петр I способствует созданию госпиталей для инвалидов войны и богаделен[7]. Следует отметить, что надзор над общественным здравоохранением был со стороны полиции, и поэтому богадельни строились исключительно в городах, что позволяло осуществлять контроль и над врачами. Императрица Екатерина II издавала указы, в которых запрещалось заниматься врачебным делом людям, не имеющим соответствующей квалификации. Полицейские органы стали выявлять шарлатанов, наносящих вред здоровью тех, кто к ним обращался.

Медицина того периода развивается в Российской империи отчасти благодаря войнам, которые наша страна вела практически все время с

[6] Мирский М. Б. Очерки истории и медицины в России XVI-XVIII вв. / М. Б. Мирский. – Владикавказ: РСО-А. – С. 5–21.
[7] Там же С. 41–57.

ведущими европейскими державами. Так, Н. И. Пирогов, приобретая медицинский опыт, прежде всего, на фронте, становится основателем российской военно-полевой хирургии и русской школы анестезии[8].

Таким образом, эксклюзия сельского жителя из системы медицинского обслуживания длится на протяжении почти десяти столетий. Получить медицинские услуги могли лишь либо состоятельные крестьяне, либо участники войн. В целом, медицинский персонал в то время в процессе взаимодействия с пациентами был ориентирован на излечение от конкретной болезни, используя достижений науки того времени.

Третий этап − время создания организационных форм медицинского обслуживания сельского населения, становления и развития земской медицины. Примерно с 1860-х гг., сразу после отмены крепостного права, в губернских и уездных городах стали строить больницы для мещан и крестьян. Приход медицины в село в начале земского периода был частичным, так как врач из города периодически приезжал осматривать крестьян, выявлял тяжелых и легких больных. Только ближе к концу XIX столетия в сельских поселениях начинают привлекать фельдшеров, которые могли бы вести каждый год регистр заболеваемости и по мере необходимости привлекать к лечению врачей-специалистов.

Врачи начали проводить массовые санитарные просветительские лекции, осмотры крестьян, регистрировать случаи заболевания – вести медицинскую статистику, чтобы обладать необходимым знанием для составления прогнозов и нужных мер борьбы с разными болезнями. Главная инновация земской медицины − это медицинское обслуживание как форма социальной помощи (службы) населению сельских районов и малых городов на основе ее бесплатности для сельского жителя, поскольку оплата услуг

[8] См.: Мирский М. Б. История медицины и хирургии / М. Б. Мирский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Глава 6.

врача и лекарственных средств приводила к снижению обращаемости в больницы (соответственно увеличению рисков эпидемии)[9].

На третьем этапе можно говорить о зарождении системы периодического взаимодействия медицинских работников с сельскими жителями. Стала оформляться устойчивая система норм и правил, регулировавших правила общения врача с пациентом.

Четвертый этап связан со становлением советской системы медицинского обслуживания на селе. Власти впервые стали внедрять принципы равного доступа к медицинской помощи, как для горожан, так и для сельчан. Конечно, в реальности равного доступа для различных слоев населения СССР не было, но, по крайней мере, постепенно увеличивалась численность медицинских учреждений и медработников в сельских поселениях (таб. 1).

Таблица 1

Динамика численности медработников в СССР[10] (в тыс. чел.)

	Медработники	1913	1940	1975
1	Врачи всех специальностей	28,1	155,3	853,2
2	Средние медицинские работники	46,0	473,0	2515,4

Начинается процесс «массовизации» медицинской профессии, когда вузы в срочном порядке выпускают тысячи фельдшеров и медицинских сестер, чтобы они как можно скорее могли приступать к выполнению профессиональных обязанностей. Конечно, о высоком качестве выпускаемых специалистов не всегда заботились, так как основной задачей являлась необходимость борьбы с эпидемиями, порожденными Гражданской войной (тиф, холера и др.) и НЭПом (сифилис и др.). Также советским властям

[9] См.: Ягудин Р. Х. Земская медицина в Российской империи и в казанской губернии: становление, развитие, достижения (к 150-летию земской медицины) / Р. Х. Ягудин, Л. И. Рыбкин // Экономические науки. – 2014. – № 11 (120). – С. 29–40. – Режим доступа: http://ecsn.ru/files/pdf/201411/201411_29.pdf (Дата посещения: 12.05.2017)

[10] См.: Буксайт.ру. [Электронный ресурс] – URL: http://www.booksite.ru/fulltext/1/001/008/106/997.htm (Дата посещения: 12.05.2017)

пришлось вести просветительскую работу с населением, ориентируя его на соблюдение санитарных норм на производстве, в быту. Гигиена стала одной из ведущих тем обсуждений в школах, училищах и даже высших учебных заведениях. Формируется система профилактики наиболее распространенных заболеваний. Возникает новая модель взаимодействия врачей и пациентов: важно не только вылечить пациента, но и провести профилактические мероприятия с последующим закреплением здоровьесберегающего поведения в образе жизни[11].

Пятый этап − время современного развития системы медицинского обслуживания на селе. Он начался в 90−е годы XX века и связан с внедрением во все сферы жизнедеятельности россиян принципов рыночных отношений. Система медицинского обслуживания в российском селе, как и многие системные образования того периода, переживает кризис, поскольку современная власть выбрала финансовый подход для управления здравоохранением страны: определенные территории, не обладающие значительными трудовыми ресурсами или иными потенциалами развития в экономическом плане, принудительно сокращают численность медицинских учреждений и работающий в них персонал. Таковыми стали, прежде всего, сельские поселения. К тому же проблема старения кадров стала сильнее сказываться в сельских районах, чем в городских, поскольку молодые специалисты предпочитают работать в большом городе с развитой инфраструктурой, а не на селе, где отсутствуют современные технологии связи и коммуникаций, приемлемые дороги и перспективы карьерного роста и создания семьи (рождения детей)[12].

С 2010 г. оптимизация здравоохранения продолжилась с учетом территориального фактора. Рассчитывается эффективность функционирования медицинских учреждений с точки зрения расходов на их

---

[11] См.: Лисицын Ю. П. История медицины / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 203–225.

[12] См.: Бавыкин М. В. Опыт взаимодействия государственного бюджетного учреждения здравоохранения Челябинская областная клиническая больница с сельским муниципальным здравоохранением Челябинской области / М. В. Бавыкин, В. Г. Кукленко, С. П. Ремизова // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2011. – № 3 (14). – С. 5–7.

содержание. Это привело на селе к закрытию части больниц и их замене на выездные медицинские бригады, как это делалось в начале земского периода в России. Произошел определенный откат в развитии доступности медицинской помощи для сельских жителей. Селянин вынужден обращаться в больницы тех городов, которые расположены в 15−30 километров от места проживания, ожидая прибытие скорой помощи в течение нескольких часов[13]. Это привело к тому, что селяне вынуждены нередко обращаться за медицинской помощью, когда заболевание находится в критической стадии и угрожает жизни человека.

Д. П. Солодухина полагает, что на стационарное лечение сегодня сельский житель поступает в более запущенном состоянии, чем городской.[14] Аналогичное мнение высказывает С. В. Шишкин: «...жители села... чаще лежат в больницах, чем жители больших и крупнейших городов, что, по-видимому, является следствием как меньшей обращаемости за первичной помощью, так и невысокого качества диагностики и более ограниченных возможностей амбулаторного лечения на селе...»[15].

Современная государственная политика в России фактически направлена на дальнейшее углубление неравенства, как в качестве, так и количестве медицинских услуг, получаемых жителями сел[16]. Одной из

---

[13] Время приезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время приезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. См.: Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи. Приложение №2 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://rulaws.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-22.01.2016-N-33n/

[14] См.: Солодухина Д. П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями : автореф. дис. … д-ра социол. наук: 14.02.05 / Д. П. Солодухина. – Волгоград, 2015. – С. 23.

[15] Шишкин С. В. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. Независимый институт социальной политики. – М., 2007. – С. 7.

[16] См.: Жукова М. В. Анализ развития рынка платных медицинских услуг и ДМС в России [Электронный ресурс]/ М. В. Жукова // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2012. – №1-1. – С. 414–423. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-razvitiya-rynka-platnyh-meditsinskih-uslug-i-dms-v-rossii (Дата посещения: 27.05.2017); Паперная Г. Платные медицинские услуг [Электронный ресурс] / Г. Паперная // РБК+. – 2016. – №9. – С. 94–103. – Режим доступа: file:///C:/Users/1/Downloads/rbcplus_None_1.pdf (Дата посещения: 27.05.2017)

значимых форм проявления неравенства сельского жителя по сравнению с горожанином является отсутствие какого-либо выбора для пациентов. Они должны в больном состоянии либо добраться каким-то способом до районной больницы, либо найти любого медработника в фельдшерско-акушерском пункте, если таковой еще сохранился в относительно крупном сельском поселении.

Отсутствие равенства в доступности к медицинскому обслуживанию сельчан и горожан проявляется в разных формах.

Во-первых, на уровне развития негосударственных медицинских учреждений. Они создаются только в достаточно крупных городах. Коммерческие медицинские учреждения не представлены в сельской местности. Сеть негосударственных клиник предоставляет горожанину достаточно большой выбор, как системы диагностики, так и лечения благодаря наличию высококвалифицированных специалистов. Имеется возможность поиска среди них того, кто окажет желаемую пациентом помощь. Обращение к коммерческой медицине вызвано неудовлетворенностью взаимодействием с системой государственных медучреждений, а также потребностью снизить время ожидания получения медицинской услуги[17]. Пациент-селянин, даже если он имеет финансовые возможности, практически этого лишен. Ему нужно преодолеть значительное расстояние для получения медицинских услуг в негосударственном секторе здравоохранения.

Во-вторых, в настоящее время происходит восстановление и развитие ведомственных учреждений здравоохранения различных типов и видов (поликлиники, стационары и др.), в которых помощь оказывается только

[17] Каждый субъект РФ принимает документ, в котором утверждаются сроки и порядок оказания медицинской помощи, включающий сроки ее ожидания. Так, например, в Свердловской области в 2012 году очередность на лабораторные исследования не должна была превышать двух недель, сроки ожидания на диагностические инструментальные исследования, включая исследования функциональной и лучевой диагностики, к которому относится, в частности, УЗИ, не должны были превышать одного месяца. – Режим доступа: http://www.tfoms.e-burg.ru/feedback/frequently-asked-questions/?SECTION_ID=119. Однако для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи сроки ожидания увеличиваются. Например, в Ставропольском крае срок ожидания оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме составляет не более 60 рабочих дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию. – Режим доступа: http://skkb26.ru/patients/pravila-i-sroki-gospitalizatsii/

работникам организаций, подведомственных Министерству обороны РФ, МВД РФ, Министерству путей сообщения РФ, Министерству юстиции РФ и др.[18]. Организации и компании пытаются привлечь новых сотрудников наличием социального пакета, в который и входит медицинское обслуживание в специализированных медучреждениях. Жители сел лишены столь привилегированного медицинского обслуживания в ведомственных учреждениях. Если они работают в одной из ведомственных структур, имеющих свои медицинские организации, то приходится преодолеть расстояние до точек их размещения, которые расположены в городе.

В-третьих, в сельских поселениях фактически отсутствуют врачи узких специальностей (невролог, отоларинголог, окулист, кардиолог, гастроэнтеролог и др.), поэтому сельчане вынуждены обращаться за помощью к ним в близлежащие города. Квоты, выделяемые на получение медицинского обслуживания у узких специалистов, а также квоты на получение высокотехнологичных видов медицинской помощи, крайне малы, что побуждает пациентов обращаться в платные медицинские центры, работающие в городе.

Сегодня система медобслуживания такова, что участковый врач как в городе, так и на селе становится распределителем квот, отбирая тех пациентов, которые, по его мнению, должны ее получить в первую очередь. А это, как правило, дети и пожилые люди, что усиливает неравенство, снижая доступ к бесплатным медицинским услугам трудоспособного населения.

В-четвертых, воспроизводство профессиональной общности врачей в сельских поселениях имеет значительные отличия от города. Так, выпускники медицинских вузов предпочитают остаться после окончания

[18] См., например: Амиров Н. Б. Преимущества совместной работы клинических кафедр в ведомственной медицине МВД на примере медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан / Н. Б. Амиров, М. В. Потапова, Л. Ф. Сабиров, Л. Р. Гинятуллина // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10. – С. 257–260; Ишкинеев Ф. И. История и перспективы развития Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ / Ф. И. Ишкинеев // Вестник современной клинической медицины. – 2008. – № 1. – С. 8–9.

учебы в городе, получая возможность реализации карьерных планов, профессионального роста, успешного трудоустройства в негосударственных медицинских учреждениях. Доказывая свой профессионализм, врач может завоевать репутацию специалиста, к которому обращается значительное число пациентов, что ведет к росту его заработков[19]. Сельское население довольствуется теми медицинскими работниками, которые по тем или иным причинам не удается остаться в городе, и они приезжают на работу в село[20]. У селян изначально возникает по этой причине низкий уровень доверия к их квалификации.

В-пятых, на селе больше факторов, побуждающих пациентов обращаться к самолечению. Оно распространено и в городе чаще всего по причине негативного опыта взаимодействия с действующей системой здравоохранения. Сельскому жителю приходиться заниматься самолечением по иной причине. Даже при высокой готовности обратиться к официальной медицине у него возникают значительные трудности при записи к врачу, большому времени на то, чтобы добраться до него, проехав 20−30 километров. При этом получив доступ в медучреждение, пациент сталкивается со специалистом, имеющим ограниченные возможности для диагностики и лечения в результате отсутствия необходимого оборудования в сельском медицинском пункте. В результате у пациента складывается представление о том, что дипломированный врач мало чем отличается от народного целителя, так как ограничен в средствах постановки диагноза и лечения.

В-шестых, здоровьесберегающая инфраструктура городской среды удовлетворяет широкий спектр потребностей городского населения. Развитая

---

[19] См., например, народный рейтинг врачей г. Екатеринбурга. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://prodoctorov.ru/ekaterinburg/vrach/

[20] О нежелании выпускников медицинских вузов работать на селе: «Я скоро заканчиваю вуз, но в село бы работать не поехала. Да, предлагают выплачивать деньги, вроде выдают жилье и вообще обещают «райскую жизнь». Но не факт, что это действительно так. Да и жить в селе не очень хочется, если честно. Работы много, зарплаты маленькие, да и условия жизни не очень устраивают» (студентка СГМУ). URL: http://29.ru/text/news/782173.html. На сайте hh.ru в августе 2017 г. в Свердловской области представлено 22 вакансии врачей общей практики, требующих переезда в сельскую местность.

сеть оздоровительных и иных медицинских центров[21], в том числе и с нетрадиционными методами оздоровления, спортивные клубы и залы для занятий фитнесом и йогой[22], являются условиями становления здоровьесберегающего поведения жителей мегаполисов. В сельских поселениях столь разнообразные виды здоровьесберегающих технологий отсутствуют. Соответственно, у селян формируется иная по сравнению с городом культура сохранения и укрепления своего здоровья.

В целом, современная система медицинского обслуживания на селе находится в кризисном состоянии: потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи не удовлетворяются в полной мере из-за неравенства в доступе к медицинским услугам с городскими жителями[23]. В результате возникают особые практики взаимодействия медицинского персонала и пациентов, проживающих в сельской местности.

Сущность этого взаимодействия раскрывается на основе теоретического анализа данной категории социологической науки. «Взаимодействие двух или большего числа индивидов – есть родовое понятие социальных явлений; оно может служить моделью последних»[24].

Социальное взаимодействие активно изучалось социологами классического этапа. При этом, если французский социолог Э. Дюркгейм рассматривал взаимодействие как социальные связи, интегрирующие индивидов и имеющие определенные признаки[25], то немецкий социолог М. Вебер считал, что в процессе социального взаимодействия индивиды стремятся максимально рационализировать поступки, чтобы достичь

---

[21] См.: Медицинская база данных «Адрес-мед». [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.address-med.ru/type.htm (Дата посещения: 12.05.2017)

[22] См.: Боровиков М. Рынок фитнес-услуг в России: рост вопреки кризису [Электронный ресурс] / М. Боровиков // РБК. Исследования рынков. – Режим доступа: http://www.buybrand.ru/market-reviews/11989/(Дата посещения: 12.05.2017)

[23] В настоящее время сохраняется практика обращения как городского населения, так и жителей села к народной медицине, альтернативным практикам лечения (шаманам, экстрасенсам и т.п.). См.: Традиционная медицина: политика и практика профессионализации /Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011; Антонова Н.Л., Левченко И.Е. Народное целительство: pro et contra // Азимут научных исследований. - 2017. – № 1918. – С. 317–319.

[24] См.: Сорокин П. А.. Система социологии / П. А. Сорокин. Том 1. – М.: Астрель, 2008. – С. 98

[25] Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии / пер. с фр. и послесловие Л.Б. Гофмана. – М.: Наука, 1991. – 576 с.

наибольшей эффективности от взаимодействия[26]. В концепции К. Маркса и Ф. Энгельса социальное взаимодействие есть естественный базис человеческой деятельности и условие эволюционного развития[27]. В интерпретации Г. Зиммеля социальное взаимодействие − это взаимное влияние (воздействие) индивидов друг на друга, детерминированное определенными целями[28].

Основные отличия в трактовках взаимодействия представителей классического этапа, по нашему мнению, можно охарактеризовать с позиций методологии изучения социальных взаимодействий. Речь идет о том, что взаимодействие может быть рассмотрено с позиций понимающей социологии (М. Вебер), социального детерминизма (К. Маркс), формального релятивизма (Г. Зиммель), функционализма (Э. Дюркгейм). Главным достижением представителей классического этапа развития социологии следует считать попытки выйти на анализ социальных явлений через выяснение социальных взаимодействий как на микро-, так и на макроуровнях.

Трактовку социального взаимодействия в качестве предметного поля социологической науки обосновывает П. Сорокин[29]. Главной заслугой русско-американского ученого является определение общетеоретического статуса социального взаимодействия как сущности всех процессов, в которых участвуют социальных субъекты.

Социальное взаимодействие − это обмен коллективным опытом, знаниями, понятиями, где результатом является определенный продукт творчества людей. На социетальном уровне социальное взаимодействие представлено социокультурным процессом, в котором из поколения в

---

[26] См.: Weber M. Economy and Society / M. Weber. Vol. 1. – Berkeley: University of California, 1978. – Pp. 4–8, Вебер М. Основные социологические понятия [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Weber/osn_soc.php; Зиммель Г. Большой город и духовная жизнь / Г. Зиммель // Логос. – 2002. – № 3 (34). – С. 1–12. – Режим доступа: http://www.ruthenia.ru/logos/number/34/02.pdf (Дата посещения: 15.01.2013)

[27] Marx K. Capital : A Critique of Political Economy. Volume 1. Translated by S. Moore, E. Aveling; edited by F. Engels. – P. 549. – URL: https://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/ (Accessed 11.11.2016)

[28] Зиммель Г. Общение. Пример чистой, или формальной социологии // Г. Зиммель. Избранное. Т. 2. Созерцание жизни. – М.: Юристъ, 1996. – С. 486–500.

[29] Сорокин П. А. Система социологии / П. А. Сорокин; вступ. статья, сост. и комментарии В.В. Сапова. – М.: Астрель, 2008. – 1008 с.

поколение происходит передача накопленного опыта преобразования человеком окружающего мира и самого себя. Каждое новое поколение прибавляет собственную инновационную часть, обеспечивая процесс аккумуляции[30].

Важным для нашего исследования является тезис, раскрывающий суть общественной жизни: «Разложив взаимодействие на составные части, мы разложим тем самым на части самые сложные социальные явления»[31]. В каждом общественном акте можно выявить индивидуальные и массовые процессы взаимодействия, и наоборот, процессы социального взаимодействия являются частью определенного сложного общественного явления.

В этом ключе взаимодействие медицинских работников и пациентов на селе, воспроизводящееся не одно десятилетие, становится одним из показателей функционирования всей системы медицинского обслуживания, а при постановке исследовательских задач при анализе медицинского обслуживания можно выделить определение особенностей взаимодействия медицинских работников и пациентов в условиях сельского образа жизни.

Идея социального взаимодействия находит свое развитие в теориях символического интеракционизма. По мнению Дж. Г. Мида, в социальном взаимодействии основную роль играет интерпретация действий, а не сами действия[32]. Каждый жест, любое слово, действие наделяется определенной символичностью и если индивиды (акторы) интерпретируют символы-действия в одинаковом ключе, то социальное взаимодействие приводит к успеху. Это «непрерывный диалог, в процессе которого они наблюдают,

---

[30] Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество / П. А. Сорокин. – М., 1992. – С. 526–527

[31] Сорокин П. А. Система социологии / П. А. Сорокин. Том 1. – М.: Астрель, 2008. – С. 98

[32] Об понимании социальных действий писал М. Вебер и Г. Зиммель. Методом анализа является «понимание» (интерпретация) действий индивидов, которое включает две стадии: 1) простое понимание действий без всяческой привязки к объяснению; 2) процесс нахождения смысла социальных действий. См.: Вебер М. Основные социологические понятия [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Weber/osn_soc.php; Зиммель Г. Большой город и духовная жизнь / Г. Зиммель // Логос. – 2002. – № 3 (34). – С. 1–12. – Режим доступа: http://www.ruthenia.ru/logos/number/34/02.pdf (Дата посещения: 15.01.2015)

осмысливают намерения друг друга и реагируют на них»[33]. «Их реакции не вызываются непосредственно действиями другого, а основываются на значении, которое они придают подобным действиям»[34].

Несмотря на определенный психологизм данной теории, а также ориентированность на микроуровень анализа, данный подход содержит в себе потенциал для изучения тех самых дополнительных средств (символов), которые содержатся в современной системе медицинского обслуживания на селе. Медицинские работники и врачи могут использовать символические действия (акты), даже не осознавая этого. Социальное взаимодействие между ними опирается не только на регламентированные нормативно-правовой базой социальные нормы и правила, но и на традиции неформальной благодарности специалисту, оказавшему помощь, как в рабочее, так и во внерабочее время и пр. Поэтому положения теории символического интеракционизма могут использоваться при изучении особенностей взаимодействия медицинских работников и пациентов на селе в процессе непосредственного общения между ними.

Еще одним перспективным направлением в анализе проблемы диссертационного исследования является концепция социального обмена Дж. Хоманса. Он полагал, что в социальном взаимодействии каждая из сторон стремится завладеть максимальным вознаграждением и минимизировать затраты. Одним из важных вознаграждений считается социальное одобрение: если его получают все индивиды (группы), участвующие во взаимодействии, то оно имеет большую вероятность стать регулярным и преобразоваться во взаимоотношения на основе взаимных ожиданий[35]. Медработники в таком взаимодействии получают, прежде всего, неформальное вознаграждение, например, признание своего профессионального мастерства со стороны пациентов, а пациенты –

[33] Смелзер Н. Социология. – М., 1994. – С. 137

[34]См.: Блумер Г. Общество как символическая интеракция / Г. Блумер // Современная зарубежная социальная психология. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – С. 173–179.

[35] Хоманс Дж. Социальное поведение как обмен / Дж. Хоманс // Современная зарубежная социальная психология. Тексты. – М., 1984. – С. 82–91.

удовлетворение от взаимодействия с врачами при положительном результате лечения.

В социальном взаимодействии происходит обмен информацией, знаниями, опытом, материальными и духовными ценностями, определяются роли и статусы, которые предписывают образцы поведения (паттерны), что делает его в итоге относительно предсказуемым. Следует заметить, что социальный обмен между медицинскими работниками и пациентами регламентирован, с одной стороны, нормативной базой (законы, положения, приказы, инструкции и др.), с другой стороны, задается особенностями сельского образа жизни, традициями и обычаями, которые «прописались» на селе, имеют устойчивые позиции и воспроизводятся в повседневных практиках, в том числе в системе медицинского обслуживания.

Так, можно считать стереотипным предлагаемый сельскими пациентами медработникам урожай с приусадебного участка как проявление благодарности за лечение, хотя они живут в таких же условиях, как и сами сельчане. Многие медицинские работники держат собственные приусадебные участки, крупнорогатый скот и птиц. В российском селе осталась традиция угощения того, кто им помог, что уже сравнительно редко встречается в крупных городах.

Мы считаем, что традиции угощений/подарков (пищевых/гастрономических) уходят своими корнями в земскую медицину, поскольку в конце XIX−начале XX вв. врачи и фельдшеры приезжали на постоянное проживание в села и деревни, не имея фактически средств для существования, поэтому многое по их обеспечению перекладывалось на плечи сельских жителей-пациентов[36]. Эта традиция сохранилась и по сей день, ее воспроизводство свидетельствует об иных по сравнению с городом особенностях процесса взаимодействия пациента и врача в условиях села.

Обращаясь к структурному функционализму, который принято связывать, прежде всего, с работами Т. Парсонса, отметим, что любая

[36] См., например: Булгаков М. Морфий. Записки юного врача / М. Булгаков. – М.: Эксмо, 2016. – 192 с.

социальная система обладает физическим основанием, которым выступают индивиды/группы/общности, выполняющие определенные функции. В процессе социального взаимодействия они «организуются и соединяются, чтобы образовать коллективы, а последние, в свою очередь, управляются в соответствии с все более и более высокими порядками обобщенных институционализированных норм»[37]. Речь идет о том, что от локального элементарного взаимодействия Т. Парсонс осуществляет переход к социальным системам как социальным образованиям, основанным на длительных регулярных взаимодействиях[38].

В таком ключе базовым условием функционирования и развития системы медицинского обслуживания на селе становятся регулярное воспроизводство взаимодействий между медицинскими работниками и пациентами. Длительность и высокая частота взаимодействий придают устойчивость всей системе медицинского обслуживания.

В целом, представленные выше теоретические подходы к анализу социального взаимодействия позволили прийти к следующему выводу. Социальное взаимодействие − это феномен, изучение которого возможно, как на микро-, так и макроуровнях. Единичные локальные рутинные взаимодействия между индивидами и группами становятся фундаментом функционирования и развития социальных систем.

Суть социального взаимодействия в представленных концептах варьируется: реализация социальных ролей, социальный обмен, понимание и интерпретация действий и пр. Общим положением выступает, во-первых, утверждение о социальной сущности личности; во-вторых, взаимодействие – это всегда процесс, направленный на другого и предполагающий ответную реакцию; в-третьих, совокупность устойчивых регулярных взаимодействий выступает условием функционирования социальной системы.

---

[37] Парсонс Т. Современная система обществ / Т. Парсонс. – М., 1998. – С. 226
[38] Парсонс Т. Система современных обществ / Т. Парсонс. – М., 1997. – С. 17–19.

Медицинские работники и пациенты являются функциональной «парой», система медицинского обслуживания заложила основания для данного взаимодействия: врачи обязаны принимать пациентов, а больные обращаются к ним за медицинскими услугами. Медперсонал и пациенты не могут рассматриваться отдельно друг без друга (другой такой парой, являются, например, учителя и учащиеся)[39].

Главными отличиями взаимодействия этой функциональной пары на селе, по сравнению с городом, является короткая/близкая социальная дистанция[40]. Существует высокая плотность социальных связей, доминирование персонифицированных контактов, которые могут привести к нарушению принципа взаимодействия только на основе необходимой для лечения информации: врачу трудно дистанцироваться от личностного восприятия особенностей конкретного пациента, а ему раскрыть специалисту то, что не относится прямо к той проблеме, с которой он к нему обращается. Кроме того, нормы дружеского (близкого) общения приветствуются в сельском обществе, и замыкание (отказ от тесных социальных связей) воспринимается как нечто неправильное, асоциальное. Это связано и с тем, что общение с разветвившейся сетью родственников имеет для сельчан особую ценность, которая показывает сплоченность рода и попытки реставрации давно забытых крестьянских (общинных) взаимоотношений.

Отмечая влияние фактора социальных связей сельчан на характер взаимодействия с медицинскими работниками при возникновении болезненных состояний, следует отметить, что в условиях снижения доступности медицинских услуг усиливаются практики самолечения. Люди, испытывая трудности в их получении, предпочитают обращаться к родственникам, знакомым, у которых будто бы есть опыт избавления от схожих заболеваний. Так, согласно исследованиям Д. П. Солодухиной «сельские жители склонны к пассивному поведению в системе

[39] Зборовский Г.Е. и др. Учительство как социально-профессиональная общность / В. П. Засыпкин, Г. Е. Зборовский, Е. А. Шуклина // Социологические исследования. – 2015. – № 5. – С. 113–122.
[40] Зиммель Г. Большой город и духовная жизнь / Г. Зиммель // Логос. – 2002. – № 3 (34). – С. 1–12. – Режим доступа: http://www.ruthenia.ru/logos/number/34/02.pdf (Дата посещения: 15.01.2015)

здравоохранения по сравнению с городскими жителями, они меньше как планово, так и экстренно обращаются к врачам»[41].

Это ведет к тому, что пациенты не получают своевременно лечение по определенным стандартным схемам с учетом социально-демографических характеристик и иных специфических особенностей, например, региональной специфики заболеваний[42]. Врач, взаимодействуя с пациентом, ставит перед собой несколько задач: причины обращения, диагностика на основе осмотра, данных анализов, оценки поведения больного, его готовности к реализации рекомендаций и предписаний специалиста. Сформирована даже целая отрасль − медицинская деонтология, предписывающая определенные обязательства врача по отношению к больному. Такая форма общения нередко характеризуется определенной напористостью, давлением со стороны врача, что вызывает нередко определенный страх у больного. Его переживание может негативно сказаться как на диагностике, так и выборе тактики лечения.

Этот тезис подтверждается исследованиями Т. Парсонса[43]. Он считал, что в социальном взаимодействии «врач-пациент» доминирующую роль занимает исключительно врач; пациенты – скорее пассивные наблюдатели в системе медицинского обслуживания[44].

---

[41] Солодухина Д. П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями : автореф. дис. … д-ра социол. наук: 14.02.05 / Д. П. Солодухина. – Волгоград, 2015. – С. 23.

[42] См., например: Иванова А. Е., Павлов Н. Б., Михайлов А. Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России / А. Е. Иванова, Н. Б. Павлов, А. Ю. Михайлов // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. – 2011. – №3. – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/30/lang,ru/; Шарова Е. А. Региональные особенности смертности от болезней системы кровообращения в России. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2004 и др.

[43] Parsons T. The Social System / T. Parsons. – London: Routledge, 1951. – Pp. 288–322 – URL: http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf (Accessed 11.10.2016)

[44] В работах Т. Парсонса раскрывается зависимость между социальным положением пациента (больного) и характером его взаимодействия с врачом. Согласно Т. Парсонсу, высокодоходные группы населения и представители средних слоев позитивно воспринимают процесс лечения, принимают позицию больного как вынужденное временное состояние, и испытывают удовлетворение при взаимодействии с врачами в системе медицинского обслуживания. Работодатели рассматривают позицию больного как девиантное поведение, и считают пациентов уклонистами от работы и обязательств перед ними, а также негативно отзываются о деятельности врачей, как предоставляющих незаслуженный дополнительный отдых для работника. С точки зрения верхних и средних слоев населения изоляция больных людей – благо для всего социума, с точки зрения нижних слоев и андеркласса такое состояние – уход от трудовых (или семейных и др.) обязанностей.

Болезненное состояние человека, сопровождаемое страхами за свое будущее, является следствием негативных изменений в работе организма. Разобраться в причинах их возникновения пациент самостоятельно не способен. Поэтому при диагностике и лечении он не может играть равную, а тем более ведущую роль при взаимодействии с медицинским работником. Он вынужден в той или иной степени подчинятся человеку, обладающему специальными знаниями и опытом избавления людей от конкретных болезней.

У врача всей системой его подготовки и содержанием профессиональной деятельности складывается и утверждается в сознании представление о своем ведущем положении при взаимодействии с пациентами. Р. М. Грановская пишет: «Профессиональная роль многогранно влияет на личность, предъявляя к человеку определенные требования, она тем самым преобразует весь его облик. Ежедневное на протяжении многих лет решение типовых задач совершенствует не только профессиональные знания, но формирует и профессиональные привычки, определяет стиль мышления и стиль общения»[45].

Опираясь на концепцию стереотипов А. В. Меренкова[46], можно утверждать, что деятельность врача/медицинского персонала – стереотипизирована: он должен самостоятельно определить, используя все имеющиеся методы диагностики, источник болезни, причины ее возникновения, назначить лечение, провести соответствующие процедуры, получить положительный результат. Эта система нарушается в нетипичных случаях заболевания, снимающих рутинность и стереотипность в действиях медперсонала. Если в крупном городе, с наличием специализированных медицинских учреждений, врачи для постановки диагноза могут собрать консилиум, отправить пациента на дополнительные обследования, то в сельской «глубинке» врач остается «один на один» с нетипичным случаем

[45] Грановская Р. М. Элементы практической психологии / Р. М. Грановская. – Л., 1984. – С. 293.
[46] Меренков А. В. Социология стереотипов / А. В. Меренков. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2001. – 290 с.

болезни. В подобных ситуациях принимается решение о направлении пациента в городские (центральные, районные, областные, республиканские) медицинские учреждения для постановки точного диагноза и назначения лечения. Сельский медработник ориентирован на стандартное (стереотипное) взаимодействие с пациентами, не имея того оборудования, средств диагностики, позволяющие квалифицированно определить причины нетипичных состояний больного.

Следовательно, если выделить общие характеристики взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе, то оно представляет собой максимальное использование специалистами ограниченных возможностей диагностики и лечения типичных заболеваний. С другой стороны, воспроизводство традиций реализации указаний врача в сочетании с самолечением на основе опыта широкого круга сельчан в условиях неравенства доступа к медицинскому обслуживанию по сравнению с городскими жителями.

В настоящее время взаимодействие медицинского персонала и больных обогащается, развивается на основе достижений науки, техники, системы связи через интернет разных населенных пунктов. Используется как традиционное непосредственное (лицом-к-лицу), так и опосредованное взаимодействие (телемедицина), когда за консультацией обращаются в крупные профильные медицинские учреждения областных центров. Оно зависит как от возможностей, имеющихся у медицинского работника в конкретном селе, так и от характера заболевания, сложностей в диагностике и лечении, тех конфликтов, которые могут возникать между пациентами и врачами.

В связи с этим, представляется необходимым выделить основные характеристики взаимодействующих сторон, указав особенности занимаемых ими позиций на всех этапах обращения за медицинской помощью, ее оказания, движения к желаемому результату.

В научной литературе существуют различные подходы к выделению разных типов взаимодействия врачей и пациентов. Широкое распространение получила типология, предложенная Р. Витчем, в основе которой положены основные деонтологические принципы. Он выделил четыре типа: инженерный, патерналистский (пастырский), коллегиальный, контрактный[47]. Это идеальные конструкты, которые ученый вывел из собственных эмпирических исследований. Данная типология, если следовать логике Г. Г. Татаровой[48], является одномерной, т.е. основана на одной закономерности – взаимоотношениях врача и пациента.

Первый тип взаимодействия − инженерный, в нем пациент воспринимается медицинским персоналом как неодушевленный безличный агрегат. Задача работника лечебного учреждения заключается в исправлении отклонений от норм в неисправном физиологическом агрегате, который и представляет человек как продукт эволюции. Главным недостатком данной модели является технический подход к пациентам, который противоречит принципам уважения личности, ограничивая ее права и свободы. Пациенты практически не участвуют в рассмотрении причин возникновения заболевания, обсуждении процесса лечения, реализации указаний и рекомендаций медицинских работников. Они должны беспрекословно выполнять то, что им предписывает специалист. Однако характер социальных связей и отношений, формируемые сельским образом жизни, вырабатывающим стереотип равного обсуждения всех проблем, возникающих у человека не только с родственниками, но и с широким кругом соседей, ведет к тому, что пациенты внутренне отвергают такую систему общения с медицинским работником. Пациент ориентирован на раскрытие тех факторов, которые, по его мнению, могли привести к болезни,

[47]См.: Veatch R. M. The Pateint-Physician Relation, The Patient as Partner, Part 2 / R. M. Veatch. – Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1991. – Pp. 11–14. – URL: http://free-pdf.net/ebook.php?id=EONtDblUOuAC (Accessed 11.11.2016); Введение в биоэтику [Текст] / Под ред. Юдина Б. Г., Тищенко П. Д. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – С. 135–143

[48] Татарова Г. Г. Методология анализа данных в социологии / Г. Г. Татарова. – М.: NOTA BENE, 1999. – 244 с.

выяснении возможностей использования опыта известных ему сельчан, которым удалось избавиться от того заболевания, которое его мучает.

Второй тип взаимодействия – пастырский (патерналистский), в котором межличностные отношения пациента и медицинского работника подобны отношения родителя и ребенка, учителя и ученика. Позиция врача в таком типе выражается в том, что он выступает в качестве носителя особого знания, что определяет его ведущую роль при взаимодействии с пациентом. На селе этот тип взаимодействия является господствующим, поскольку он был заложен в советской системе здравоохранения, ностальгия по которой встречается у жителей сельской местности[49].

Третий тип взаимодействия – коллегиальный, при реализации которого в отношениях медицинских работников и пациентов превалирует установка на активное включение больного в решение возникшей у него проблемы. Врач обсуждает с ним возможные причины появления нового, или обострения хронического заболевания, информируют о диагнозе, рассматривает возможные методы лечения, выясняет наличие у пациента условий для реализации предлагаемых способов избавления от недуга. Активное участие пациента в решении всех возникших проблем приветствуется и является желательным, поскольку он рассматривается как субъект, чья установка на принятие указаний специалиста, желание обязательно стать здоровым определяет эффективность тех мер, которые применяет врач.

Что касается степени представленности данного типа взаимодействия на селе, то подчеркнем тот факт, что уровень образования сельских жителей значительно ниже, чем у городского населения[50]. Это затрудняет в определенной степени возможности обсуждения с пациентом всех аспектов возникновения и лечения многих болезней.

---

[49] См.: Чеботарева О. А. Патернализм в отечественной медицине : автореф. дис. … канд. социол. наук: 14.02.05 / О. А. Чеботарева. – Волгоград, 2016. – С. 16.

[50] Белкина Т. Горожане образованнее сельчан / Т. Белкина // Демоскоп. – 2009. – С. 363–369. – Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2009/0363/tema05.php (Дата посещения: 05.05.2017)

Четвертый тип взаимодействия – контрактный, при котором медицинский персонал и пациенты выстраивают отношения на основе юридически оформляемых договорных отношений. Этот тип взаимодействия используется в системе платного медицинского обслуживания. Поскольку в сельской местности платные медицинские услуги слабо развиты, то можно утверждать, что данный тип сегодня скорее пока применим для жителей крупных городов.

Сегодня разработанная Р. Витчем типология взаимодействия медицинского персонала и пациентов активно трансформируется. Так, российский исследователь А. Зильбер[51] выделил: патерналистский тип взаимодействия, основанный на принципах заботы о благе ближнего и необходимости безоговорочного соблюдения всех предписаний врача; либерационный, где пациенту предоставляется возможность выбора из предложенных врачом конкретного метода лечения и диагностики; технологический, в рамках которого и пациент и врач ориентируются исключительно на лабораторные обследования и показания медицинской аппаратуры; интерпретационный, заключающийся в беседах с пациентами и разъяснении им сути проблемы. Данная модель, как и то, что предложено Р. Витчем, не могут, на наш взгляд, в полной мере отразить особенности влияния сельского образа жизни на характер взаимодействия медицинских работников и пациентов.

Российские исследователи предлагают и иные варианты типологии взаимодействия. Так, О. М. Лесняк[52] выделяет пять типов взаимодействия между врачом и пациентом: в активно-пассивной модели врач выступает носителем сакрального знания, а пациент не принимает участия в выборе тактики лечения; покровительственная модель также связана с информационной асимметрией и врач предоставляет пациенту лишь ту информацию по заболеванию, которую считает необходимой;

[51] Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики [Текст] / А. П.Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 29–31.
[52] Лесняк О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики / О. М. Лесняк. – Екатеринбург: УГМА, 2004. – С. 3–42.

информативная модель оставляет за пациентом право выбора лечения; в интерпретативной модели врач разъясняет, что именно происходит с организмом пациента; совещательная модель ориентирована на совместное принятие решений.

Мы считаем, что в данной типологии, во-первых, отсутствуют четкие и внятные основания для выделения типов моделей; во-вторых, претендуя на универсальность, в ней не видна специфика взаимодействия врачей и пациентов на селе. Так, не вполне ясным представляется такой тип взаимодействия как информативный, который оставляет за пациентом право выбора лечения. На селе, как мы уже отмечали выше, в условиях более низкого уровня образования, выбор такого варианта может осложнить отношения врача и пациента, так как тот может не понять содержание получаемых им сведений и отказаться их использовать, усугубляя болезнь. Это понимают и врачи, работающие на селе, стараясь на доступном для больного языке объяснить характер недуга и те изменения в организме, которые он вызывает.

Инновационной в плане разработки типологией взаимодействия врачей и пациентов следует признать работу С. А. Судьина[53], предложившего принципиально иной подход к выделению моделей, основываясь на идеях современных западных социологов. Им выделены, во-первых, партнерство, основанное на формировании единых целей медицинских работников и пациентов в процессе борьбы с болезнями; сакрально-технократическая модель, в которой пациент рассматривается как объект медицинского воздействия, полностью доверяя себя специалисту; госпитализирующая модель, в которой поведение пациента определяется медицинским диагнозом; репрессивная модель, характеризующаяся беспрекословным выполнение требований врача. Последние две модели, с наших позиций,

[53] Судьин С. А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С. А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского: Серия Социальные науки. – 2006. – № 1 (5). – С. 366–371.

практически идентичны: они строятся на тех стандартах взаимодействия больных с медицинским персоналом, которые выработаны профессиональным сообществом.

Представленные выше типы взаимодействия медицинских работников и пациентов претендуют на универсальность и применятся при эмпирическом анализе реальных практик общения этих субъектов, независимо от того, в городе или сельской местности предоставляется помощь, уровня образования больных, технического оснащения того учреждения, которое проводит диагностику и лечение клиентов. Поэтому, предложенные типологии требуют уточнения и детализации. Нужны более четкие критерии, которые позволят выделить специфику взаимодействия медработников и пациентов на селе, выявить объективные и субъективные факторы, влияющих на характер и содержание общения этих субъектов на всех этапах диагностики болезни, определения способов лечения, профилактики рецидивов.

1.2. Факторы, определяющие социальное взаимодействие медицинских работников и пациентов в сельских поселениях в современных условиях

На социальное взаимодействие медицинских работников и пациентов в условиях села оказывает влияние широкий спектр различных факторов: объективных и субъективных, внутренних и внешних. Анализ показывает, что типы взаимодействия формируются под воздействием макро-, мезо- и микрофакторов. К числу макрофакторов мы относим, прежде всего, политику государства в области медицинского обслуживания на селе; мезофакторами выступают региональная инфраструктура оказания медицинской помощи, а также наличие медицинских работников разного уровня и квалификации; к микрофакторам мы отнесли доверие к медицинскому работнику и ориентацию во взаимодействии (болезнецентристская и пациентоцентристская) как со стороны медицинского работника, так и со стороны пациента.

Представленные факторы взаимосвязаны. Так, например, политика государства влияет на региональное развитие медицинских учреждений и формирует престиж профессии медицинского работника в общественном сознании, которые оказывают влияние и на степень доверия к медперсоналу со стороны сельского жителя. Остановимся подробнее на каждом из выделенных нами факторов.

Современная политика государства в области медицинского обслуживания жителей села имеет противоречивый характер. Утверждение в начале 1990-х гг. развития системы общих врачебных практик (ОВП)[54], сегодня, к сожалению, развивается крайне медленно и непоследовательно. Так, в Свердловской области на сайте Министерства здравоохранения указывается 213 ОВП[55].

---

[54] См.: приказ № 237 от 26.08.1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по принципу врача общей практики (семейного врача)».

[55] Официальный сайт Министерства здравоохранения Свердловской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://minzdrav.midural.ru/article/show/id/1157 (Дата посещения: 12.05.2017)

Более широкое распространение в регионе получили фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), их численность составляет 571[56]. Основным отличием ОВП от ФАПов выступает наличие специалиста(-ов) с высшим образованием, т.е. речь идет о том, что на уровне государства формируется социальное неравенство в доступе к медицинским услугам, а точнее к тем из них, которые предоставляются медицинскими работниками, имеющими высшее образование. В селах обеспеченность врачами[57] и медицинскими работниками среднего звена значительно ниже, чем по стране в целом: 1,2 врача и 5,5 медсестер приходится на 1000 сельчан[58]. Отметим, что в европейских странах[59] утверждается ориентация государства на подготовку врачей общей практики и объединения практикующих врачей, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению.

В нашей стране по заявлению министра здравоохранения РФ. В. Скворцовой количество медицинских учреждений на селе формально увеличилось с 2012-го по 2015 год на 15%. На селе работает более 37 тыс. ФАПов и более 4 тыс. сельских врачебных подразделений[60]. Однако не уточняется, насколько они способны обеспечить необходимыми медицинские услугами тех, кто проживает в разных по количеству населениях деревнях и селах.

Для того, чтобы пациенты могли получить квалифицированную помощь используются современные информационно-коммуникационные

---

[56] Официальный сайт Министерства здравоохранения Свердловской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://minzdrav.midural.ru/article/show/id/1157 (Дата посещения: 12.05.2017)

[57] Среди сельских врачей распределение по квалификационным категориям на 2014 г. выглядит следующим образом: 96% имеют сертификат специалиста (без сертификата специалиста врач может быть отстранен от работы администрацией медицинского учреждения), 15% - высшую категорию, 13% - первую категорию, 4% - вторую категорию (См.: Здравоохранение в России. 2015 : Стат. сб./Росстат. – Москва : 2015. – С. 112). Не все врачи обладают категорией, поскольку ее получение предполагает определенный порядок оформления документов, установленных Минздравом РФ (см.: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.04.2013 N 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.07.2013 N 29005).

[58] Улумбекова Г. Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 г./ Г. Э. Улумбекова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2010. – №1. – С. 11–24.

[59] Healy J., McKee M. Hospitals in a changing Europe / J. Healy, M. McKee. – Buckingham: Open University Press, 2002. – 314 p.

[60] ТАСС. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://tass.ru/opinions/interviews/3944526 (Дата посещения: 12.05.2017)

технологии. «В 2015 году мы создали геоинформационную систему, которая позволяет выводить на карту все населенные пункты с обновляемой численностью населения, всю транспортную инфраструктуру, а также послойно изображать медицинские организации с учетом их профилей и уровней. Таким образом, открываются возможности выделять на карте те населенные пункты, в которых граждане имеют риски неполучения в срок медицинской помощи, и профилактировать возникновение подобных ситуаций»[61].

Еще одной инновацией, которая направлена на привлечение в сельскую местность молодых специалистов-врачей, стала Федеральная программа «Земской доктор», внедряемая в систему сельского здравоохранения с 2012 года[62]. Согласно этой программе на 2017 год для работы в сельскую местность приглашаются специалисты до 50 лет, которым единовременно выплачивается 1 млн. рублей, а они берут на себя обязательства проработать не менее 5 лет.

Важно выяснить социальную эффективность работы государства, направленную на снижение неравенства в доступности к медицинской помощи городского и сельского населения. Предложенная государством программа нередко порождает неправовые (неформальные) практики. Так, часть врачей, еще работавших на селе до начала реализации программы, увольнялись, чтобы через непродолжительное время опять трудоустроится и получить причитающуюся им компенсацию[63].

Кроме того, эта программа предполагает софинансирование: на 2017 год 40% от выделяемой суммы для участника программы должны быть выплачены регионом. Отсюда часть регионов, ссылаясь на дефицит

---

[61] ТАСС. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://tass.ru/opinions/interviews/3944526 (Дата посещения: 12.05.2017)

[62] Программа регламентирована ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

[63] Медицинская палата Свердловской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://медпалатасо.рф/novosti-publikacii/programma-zemskij-doktor-privlekla-v-sela-bolee-15-tys-molodyh-specialistov/ (Дата посещения: 12.05.2017)

бюджетов, отказываются от участия в ней[64]. Выходит, что неравенство в возможностях получить сельским жителям квалифицированную помощь в значительной мере определяется социально-экономическими возможностями государства, а также ресурсами регионов для удовлетворения потребностей сельского населения в получении доступной и качественной медицинской помощи.

Думается, что, несмотря на декларируемые успехи реализации программы[65], призванной решить вопрос доступности медицинского обслуживания на селе, ее реализация на местах требует совершенствования. Немалый опыт, накопленный советской системой сельского здравоохранения, направленный на сокращение неравенства через выравнивание условий предоставления медицинской помощи всем группам населения, сегодня, к сожалению, не используется.

В СССР государство активно занималось решением данной задачи: была построена система медучреждений, которая давала возможность оказания помощи практически всем группам населения. Сельское население концентрировалось в больших селах (от 1 тыс. чел. и выше) (колхозы объединяли население на определенной территории). Хуторское земледелие не практиковалось, таких поселений было мало (чаще на Крайнем Севере, регионы Сибири и Дальнего Востока, поскольку там численность населения меньше). Была создана разветвленная сеть ФАПов, в которых сельчанам могли оказать первичную медицинскую помощь. В крупных селах были участковые больницы, имеющие право предоставлять как амбулаторную, так и стационарную помощь.

В советский период была развита система санитарной авиации, позволяющая привлекать для лечения острых заболеваний, оказания

---

[64] Это Кавказ! [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://etokavkaz.ru/sobytie/zemskii-doktor-est-zemskikh-doktorov-net (Дата посещения: 12.05.2017)

[65] По заявлению В. Скворцовой Федеральная программа "Земский доктор" привела на село более 20 тыс. молодых специалистов – врачей. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://tass.ru/opinions/interviews/3944526 (Дата посещения: 12.05.2017)

неотложной помощи (критических ситуаций) специалистов областных центров. В них работали большие группы врачей, готовых в любое время с помощью местной авиации добраться до мелких деревень[66].

Еще одной особенностью являлась система распределения выпускников медицинских вузов в населенные пункты, в том числе и села, которые испытывали потребность во врачах (по распределению молодому специалисту нужно было отработать 3 года, исключение составляли выпускники, закончившие вуз с «красным дипломом», которые имели право отказаться от отработки). Это давало возможность в любой поселок отправить специалиста-врача. Администрации поселений, а также работодатели (руководители колхозов) стремились создать условия, закрепляющие позиции специалистов-врачей: предоставляли бесплатное жилье и другие льготы за профессиональную деятельность.

Весомым фактором закрепления специалистов-врачей на селе был авторитет медицинского работника, поскольку эта общность входила в группу сельской интеллигенции наряду с учителями, агрономами, работниками культуры. Врач на селе имел высокий статус, престиж и уважение со стороны сельских жителей.

Особо следует подчеркнуть тот факт, что эффективность взаимодействия врачей и пациентов повышалась в тех случаях, когда селянин, окончивший вуз, возвращался на малую родину. Так формировались династии врачей на селе, пользующихся особым доверием со стороны пациентов.

В этих условиях была сформирована особая система взаимодействия медицинских работников и пациентов с учетом особенностей села, для которой было характерно следующее. Несмотря на широкие традиции самолечения, практикующиеся на селе, был сформирован высокий уровень доверия к врачу, особенно в тех случаях, когда врач сам являлся сельским

[66] Шорохова И. И. Роль Тюменской санитарной авиации в организации медицинской помощи населению (1950-1960-е гг.) / И. И. Шорохова // Нефть и газ Западной Сибири: материалы Всероссийской научно-технической конференции. – Тюмень: Тюменский индустриальный университет, 2009. – С. 34–36.

жителем, разбирающемся в привычном для пациентов образе жизни, знающим факторы, влияющие на их заболеваемость, в том числе и региональные особенности, и профессиональные заболевания.

Совместное проживание врача и пациента в одном селе – это возможность получения информации о пациенте через непосредственные наблюдения. Так стихийно возникала система взаимодействия с больными и высокая заинтересованность в укреплении здоровья своих пациентов. Такой уровень информированности врачей о больных повышал уровень их авторитета, и пациенты воспринимали рекомендации врача как обязательные для исполнения. Врач также имел возможность привлекать родственников пациента для контроля исполнения его назначений.

Такая система в СССР позволяла сформировать ряд преимуществ у сельских жителей при взаимодействии с врачом. Они имели возможность постоянно с ним контактировать, получать лечение от специалиста, который в течение многих лет собирал информацию о состоянии каждого своего пациента, факторах, влияющих на его здоровье. В городе в то время система устойчивого взаимодействия пациента была обеспечена только с участковым терапевтом.

Рыночные отношения существенно изменили организацию медицинской помощи сельским жителям: ликвидация крупных сельских производств привела к исчезновению работодателей для жителей крупных сел. Их население стало постоянно уменьшаться[67]. В течение последних двух десятилетий произошло сокращение, во-первых, сельского населения с 39,1 млн. (1989 г.) до 37,5 млн. (2010 г.)[68]; во-вторых, численности работников всех категорий сферы сельского хозяйства с 8,9 млн. (2000 г.) до 6,2 млн. (2014 г.)[69], в-третьих, численности квалифицированных работников

[67] Щербакова Е. Число сельских населенных пунктов и поселков городского типа продолжает снижаться / Е. Щербакова // Демоскоп. – 2011. – С. 475–476. Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2011/0475/barom03.php (Дата посещения: 15.04.2017)
[68] Российский статистический ежегодник. 2015: Стат. сб./Росстат. – М., 2015. – С. 85
[69] Там же. С. 112

сельского хозяйства с 4,1 млн. (2000 г.) до 1,2 млн. (2014 г.)[70]. Бывшие крупные села уменьшились до маленьких, многие жители вынуждены работать в ближайшем городе, а небольшие села стали исчезать.

Государство в условиях рынка перешло от приоритета равенства оказания медицинской помощи к другой системе: на первое место ставится экономическая целесообразность работы сельских больниц, ФАПов, сельской авиации. В 1990-е гг. исчезла санитарная авиация (осталась только в составе МЧС России, и применяется в северных территориях России и регионах Дальнего Востока[71]). Население сразу потеряло возможность оперативно получить медицинскую помощь в критических ситуациях.

В связи с сокращением численности крупных сел начался процесс оптимизации стационарных медицинских учреждений, исчез норматив количества стационарных учреждений на численность жителей села. В тех населенных пунктах, где существовали ФАПы, они стали ликвидироваться, а заболевшие должны сами добираться до близлежащего сельского медучреждения или до центральной районной больницы (минимум 10 километров от места жительства больного). Так, если в 2005 году численность больничных организаций (больницы, медико-санитарные части, диспансеры и пр.) в сельских поселениях России составляла 3659 учреждений, то к 2014 году их осталось всего 1064. Сокращаются и амбулаторно-поликлинические учреждения: в 2005 году их насчитывалось 7495, а в 2014 году − 3064. К 2014 году на селе осталось лишь 17 крупных медицинских организаций, имеющих стационары[72].

Современные попытки реанимации сельской системы медицинского обслуживания пока не эффективны. Проблема усугубляется и особенностями развития региональной инфраструктуры. В частности, зачастую отсутствует централизованная система поддержки автомобильных дорог и иных транспортных каналов перемещения в отдаленные от городов населенные

[70] Там же. С. 115
[71] Прокопьева М. И. Роль санитарной авиации в оказании экстренной помощи в условиях Крайнего Севера / М. И. Прокопьева // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 59–60.
[72] Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М., 2015. – С. 89–94.

пункты[73]. В результате в весенне-осенний период получить медицинскую помощь оказывается проблематично, а для некоторых населенных пунктов дорога оказывается единственной возможностью получения экстренной медицинской помощи.

Проблемной следует считать и инфраструктуру села, нацеленную на формирование установки на здоровый образ жизни. Отсутствие спортивных центров и спортзалов, приобщающих молодое поколение к спорту и поддерживающее среднее и старшее поколения «в спортивном тонусе», характеризуют современное село как аутсайдера в системе воспроизводства здоровьесберегающей культуры[74]. Свободное время становится зоной риска для девиаций. Так, зарегистрированных впервые с диагнозом сифилис (на 100 тыс. нас.) в селах 25,4 против 24,9 в городе[75].

Отсутствие системы распределения выпускников медицинских вузов и частичная компенсация ее программой «Земской доктор» не снижает остроты вопроса о наличии на селе врачей определенных специальностей. Сегодня растет численность выпускников, которые устраиваются работать в «околомедицинскую сферу» (диагностические обследования, фармацевтика, инсектициды, и др.). Невысокая заработная плата в государственных больницах и сокращение специалистов, готовых работать на селе, ведет к частой сменяемости специалистов или их полному отсутствию.

Отсюда меняется утвердившаяся десятилетиями система взаимодействия с медицинским специалистом, основанная на уважении и доверии к человеку, квалифицированно разбирающемся не только в диагностике болезней, но и понимающего те факторы сельского образа

---

[73] В Свердловской области примером может послужить скандал в пос. Серебрянка, когда дорожное покрытие проселочных маршрутов находится в «убитом» состоянии. См.: Поселок Серебрянка – Деревня Мертвых / Центр свободной журналистики. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://freepressa.ru/news/2015/10/17/poselok-serebryanka-derevnya-myortvyh/ (Дата посещения: 15.04.2017)

[74] О значимости спорта на селе см., например: Собянин Ф.И. Состояние сельского спорта на примере Белгородской области России и Карагандинской области Казахстана // Научный поиск. - 2014. - №2. - С. 61-69.

[75] Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2014 г. с. 39 / официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoy-vlasti-sub-ektov-rossiyskoy-federatsii-za-2014-god (Дата посещения: 07.11.2016)

жизни, которые оказывают существенное влияние на их возникновение. Существенно снизилась и эффективность медпомощи, поскольку пациент рассматривает врача только как специалиста, ориентированного на временное избавление его от заболевания, а не выработку навыков профилактики с целью восстановления способности организма активно сопротивляться негативным факторам, ухудшающим его состояние.

У врача снизилась ответственность за отдаленные последствия оказания медицинской помощи, поскольку он уже не рассматривает себя как специалиста, к которому данные больными будут обращаться в течение многих лет. Установка на постоянное проживание на селе у подавляющего большинства медицинских работников, прибывших из города на временную работу, отсутствует. Это помогает осознать саму возможность перехода от модели лечения болезни к модели взаимодействия, направленного на лечение больного, постоянно отслеживая факторы, влияющие на состояние его организма, помогая освоить технологии восстановления жизненных сил организма.

Таким образом, деятельность государства (макрофакторы) в области развития медицинского обслуживания сельского населения в настоящее время характеризуется воспроизводством и даже углублением социального неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию с жителями крупных и средних по численности населения городов[76]. Это проявляет себя в следующих аспектах.

Во-первых, неравенство в финансовой обеспеченности разных по численности населения сельских поселений. Если в городах есть два источника создания экономических условий для медицинской службы:

[76] В. Парето полагал, что экономическое неравенство с точки зрения существования разделения общества на слои богатых и бедных – постоянный социальный феномен (См.: Парето В. Компендиум по общей социологии = Compendio di sociologia generale / Пер. А. А. Зотова. – 2-е изд. – М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2008. – 511 с.); К. Маркс говорил о дифференциации общества, когда богатые продолжают богатеть, а бедные – беднеть, между управляющими и управляемыми происходит непрерывная борьба (См.: Манифест Коммунистической партии / Маркс К., Энгельс Ф. // Сочинения. Том 4. – М.: госуд. изд-во полит. лит-ры, 1955. – С. 419–459); П. А. Сорокин считал, что экономическое неравенство общества претерпевает изменения: социальной катастрофой может обернуться увеличение отрыва в собственности богатых слоев населения и бедных (См.: Сорокин П. А. Система социологии / П. А. Сорокин; вступ. статья, сост. и комментарии В.В. Сапова. – М.: Астрель, 2008. – 1008 с.).

бюджет региона и собственный бюджет города, определяемый функционированием промышленных предприятий, дающих налоговые отчисления, то на селе используются только средства из регионального бюджета. Лишь в крупных поселениях, в которых существуют агропромышленные комплексы, находят дополнительные средства на поддержание медицинской службы.

Во-вторых, неравенство в получение экстренной медицинской помощи[77]. Слабая транспортная инфраструктура тормозит оперативное прибытие бригад скорой медицинской помощи.

В-третьих, неравенство в выборе врача-специалиста, к которому может обратиться пациент за получением медицинской помощи. В селе это выбор фактически отсутствует: сельские медицинские учреждения не укомплектованы узкими медицинскими специалистами, чтобы сельчанин обращался к ним, он должен добраться до него в близлежащем малом или среднем городе, а на это нужно потратить время, деньги и силы. Следует отметить, что стандарты ОМС по критерию ожидания оказания медицинской помощи едины для всех россиян вне зависимости от типа населенного пункта (город или село).

В-четвертых, неравенство в выборе медицинского учреждения. Горожане располагают такими преимуществами как коммерческая медицина, а в сельских поселениях России практически отсутствуют платные медицинские услуги. Сегодня государственные инвестиции активно вкладываются в развитие городских медицинских центров, в том числе и специализированные, в то время как неэффективные больницы сельских поселений закрываются.

При декларации на государственном уровне равенства в доступе к медицинским услугам, на местном уровне можно наблюдать неравенство

---

[77] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 февраля 2016 г. N 132н "О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения" [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.garant.ru/71360614/#friends#ixzz4eEHKc2qm (Дата посещения: 14.04.2017)

городского и сельского населения в доступе к современным благам медицинской сферы[78]. Как отмечает авторский коллектив под руководством С. В. Шишкина: жители малых поселений потребляют меньше услуг врачей-специалистов не только по заболеваниям, лечение которых требует определенной концентрации ресурсов (хирургия, урология, онкология и проч.), но и по наиболее распространенным заболеваниям, лечение которых должно осуществляться на местах (акушерско-гинекологическая помощь, отоларингология, травматология, неврология, стоматология). Все это является очевидным признаком нерациональной организации медицинской помощи и дискриминации жителей малых поселений»[79].

Такое 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. А этот фактор снижает доверие пациента к врачу, поскольку ему приходится рассказывать многократно всю историю своей болезни и виды лечения

---

[78] О “провале» реформы здравоохранения в России существует широкий спектр публикаций. См.: Белгарокова Н. М. Реформа здравоохранения: плюсы и минусы для россиян / Н. М. Белгарокова // Научный диспут: актуальные вопросы медицины. Сборник тезисов и научных работ II Международной научно-практической конференции. – СПб.: Международный научный центр, 2016. – С. 71–76.; Гасников В. К. Реформа здравоохранения в России: этапы и результативность / В. К. Гасников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 1. – С. 40–43.; Гасников В. К. Здоровье и здравоохранение – трансформация за годы реформ и перспективы развития / В. К. Гасников // Трансформация здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее. – М.: РУДН, 2016. – С. 37–40.; Гусева Н. К. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / Н. К. Гусева, М. В. Доютова, В. А. Соколов, И. А. Соколова // Медицинский альманах. – 2015. – № 3 (38). – С. 11–15.; Дьяченко В. Г. Кадровый кризис как причина провала реформ здравоохранения региона / В. Г. Дьяченко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 2. – С. 3.; Ковалев Е. П. Мнение медицинского сообщества о результатах модернизации регионального здравоохранения / Е. П. Ковалев, И. Г. Новокрещенова, И. В. Новокрещенов, В. В. Чуникова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 10. – С. 1095–1096.; Лебедева О. С. Реформа в здравоохранении: социологический анализ / О. С. Лебедева // Научная сессия Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера. – Пермь: Пермский национальный исследовательский политехнический ун-т, 2015. – С. 74–77.; Николаев В. Г. Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма / В. Г. Николаев // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13. – № 4. – С. 611–626.; Пищита А. Н. Реформа законодательства о здравоохранении в РФ: основные тренды развития российского здравоохранения / А. Н. Пищита // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 2. – С. 76–82.; Тихомиров А. В. Почему в России не идет реформа здравоохранения? / А. В. Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. – 2016. – № 6. – С. 5–11.; Чижова О. В. Изучение основынх показателей здравоохранения г. Москвы в условияъ реформы / О. В. Чижова // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – 2016. – № 24. – С. 53–58.; Шишкин С. В. Российское здравоохранение: реформы или кризис? / С. В. Шишкин // Журнал новой экономической ассоциации. – 2014. – № 3 (23). – С. 162–164.

[79] Шишкин С. В. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России / под ред. С. В. Шишкина. – М.: Независимый институт социальной политики, 2007. – С. 45.

(полную картину о своем состоянии здоровья) вновь появляющемуся медицинскому специалисту.

Доверие к медицинскому работнику выступает значимым фактором, определяющим особенности взаимодействия медицинского персонала и пациентов в современных условиях. Издревле люди, чаще на основе семейных традиций, которые передавались из поколения в поколение, понимали то, как можно с помощью снадобий помочь человеку в той или иной ситуации. Этот опыт в ряде стран был закреплен в трактатах, которые содержали указания, как способов приготовления, так и их использования.

Как в городской, так и в сельской местности существовали врачеватели, владеющие знаниями недоступными большей части населения. И население, обращаясь к ним за медицинской помощью, доверяло и выполняло те указания, которые они давали пациентам. Соответственно взаимодействие строилось не на научных знаниях и информированности больных о действии того или иного зелья/снадобья, а на доверии к лекарям и представлениях о положительном результате их использования.

Доверие понимается как определенные социальные действия[80], возникшие из высокой степени уверенности в правильности мыслей, представлений, формируемых определенными лицами. Она проявляется в социальном наличии установки на выполнение того, что утверждает доверительное лицо. Например, если пациент доверяет врачу-хирургу, то его организм готов активно помогать специалисту, когда тот совершает нужные для выздоровления действия.

П. Штомпка[81] писал, что взаимоотношения между индивидами должны строиться на доверии одного человека другому. Польский социолог высказывался о доверии как об ожидании добросовестного поведения других

[80] Столяр В. Ю. Социально-философский и междисциплинарный дискурс о доверии [Электронный ресурс] / В. Ю. Столяр // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 77. – С. 176–182 Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-filosofskiy-i-mezhdistsiplinarnyy-diskurs-o-doverii (Дата посещения: 12.05.2017)

[81] Штомпка П. Доверие – основа общества / П. Штомпка: пер с пол. Н.В. Морозовой. – М.: Логос, 2012. – С. 45.

лиц по отношению к ожидающим. Н. Луман[82] полагал, что доверие тесно связано с усложнением не только техники, но и самих взаимоотношений между индивидами: появляются социальная неопределенность во взаимодействии, поскольку люди обращают внимание на существование новых рисков, новых угроз для жизни, распространяются новые заболевания (например, ВИЧ) или возвращаются старые болезни (например, туберкулез в 1990-е годы в РФ).

Доверие формирует социальную среду необходимую для эффективного взаимодействия в политической, экономической и иных сферах общественной жизни. Доверие обеспечивает формирование и утверждение пространства социальной справедливости. Сила доверия заключается в том, что оно вырабатывает установку на прием получаемой информации без проверки ее качества, как истину. Человек всегда ограничен в своих знаниях, представлениях об окружающем мире. На основе веры когда-то появилось представление о высших существах, поскольку возникла надежда на их помощь человеку в сложных ситуациях. Также действует механизм доверия к медицинскому специалисту, запускающий веру и надежду больного на получение той помощи, которая избавит его от страданий. При этом вера может породить и обращение к врачевателям, обещающим выполнить то, что в реальности сделать не могут. Этим объясняется обращение к различным целителям, вводящим больных людей в заблуждение с целью своего обогащения.

Доверие усиливает внутреннюю энергию организма, направляя ее на активную борьбу за жизнь и желаемое здоровье. Как показывает врачебная практика, чтобы излечить человека, необходимы не только определенные медицинские манипуляции, лекарственное воздействие, но и психическая мобилизация внутренних сил организма, направленных на излечение (народная мудрость гласит: излечи себя сам). Человек дает себе установку на

[82] Луман, Н. Власть / пер. с нем. А. Ю. Антоновского. – М.: Праксис, 2001. – 256 с.

избавление от заболевания, а лекарства и услуги врачующего характера (даже типа плацебо) помогают, если человек верит. В связи с этим следует выделить еще одно свойство доверия, которое заключается в том, что оно стимулирует активизацию борьбы человека за собственное здоровье. Врач-специалист постоянно внушает пациенту, что данный метод лечения или лекарство поможет.

Возникает следующая система взаимодействия медицинского работника и пациента:

1) наличие у больного информации о том, что есть специалисты, способные его вылечить;

2) она подтверждается сведениями о положительных результатах лечения известных для пациента людей;

3) на основе веры в получение такого же результата возникает готовность обратиться к данному специалисту. Уже на этой стадии происходит мобилизация организма на возможное излечение. Он настроен на принятие того, что сделает, порекомендует тот, кто лечит;

4) непосредственное взаимодействие со специалистом характеризуется тем, что он своим видом, характером общения усиливает установку на возможность излечения в процессе реализации его действий, рекомендаций;

5) умелое выявление лечащим врачом основных характеристик заболевания, в связи с которыми пациент обратился к нему (сбор сведений о болезни – анамнез), усиливает доверие, умножая внутренние силы организма, необходимые для принятия того, что будет делать специалист;

6) непосредственное оказание медицинской помощи осуществляется с максимальным учетом индивидуальных особенностей пациента, опережающего реагирования на его чувственно-эмоциональное состояние таким образом, чтобы организм полностью принял манипуляции врачевателя, включаясь в запускаемый им процесс избавления от недуга;

7) ощущая определенный положительный результат от действий специалиста, характера его общения, человек вырабатывает у себя

устойчивую установку (веру) на обязательное избавление от недуга, принимая получаемые рекомендации и наставления;

8) после общения с таким врачевателем запускается самостоятельная работа внутренняя организма на преодоление тех негативных изменений, которые вызвали болезнь.

Проявляется важная характеристика взаимодействий между медицинским персоналом и пациентом: врач рассматривается как носитель информации, которая, если она будет принята пациентом, поможет восстановить прежнюю работу организма. Само обращение к врачу указывает на то, что пациентом признается неравенство с ним на уровне владения знаниями и навыками, которые необходимы для избавления от определенного недуга. В этом смысле полное равенство в системе взаимодействия врача и пациента − это некая иллюзия, которая призвана побудить больных людей к поиску тех специалистов, с которыми можно обсуждать причины возникновения недуга, вместе искать приемлемые для личности способы избавления от него, учиться активно бороться за свое здоровье. Но ведущая роль специалиста, знающего человеческий организм, всегда сохраниться при общении с медицинским работником.

Нарушение этого принципа ведет к тому, что врачеватель снимает с себя ответственность за результаты лечения. Его рекомендации не будут выполняться и не принесут избавление от болезни. В связи с этим, можно отметить обратную зависимость врачевателя от пациента. Она заключается в следующем.

Во-первых, в том, что обращающийся за помощью человек может исказить реальную картину состояния своего организма, поскольку не хочет признать собственную вину в появлении острых болезненных состояний. Неполная информация осложняет постановку диагноза, что может привести к формированию мнения о низкой квалификации медицинского работника.

Во-вторых, пациент может затрудняться в описании своего состояния, так как разные болезни могут давать схожие симптомы своего проявления.

Требуются знания и опыт, позволяющие точно определить источник болезненного состояния организма.

В-третьих, взаимодействие с ориентированным на самолечение больным изначально ставит врача в ситуацию, когда он должен не только поставить правильный диагноз, но и доказать обратившемуся за помощью, что какие-либо попытки нарушить то, что ему предписывает специалист, приведет к крайне негативным последствиям. Если они возникнут в результате нарушения технологии лечения, то в этом может быть обвинен врач. Поэтому при осуществлении лечения врач вынужден доверять больному, надеясь на то, что пациент станет следовать всем его советам.

В-четвертых, поведение больного создает определенный имидж медицинского специалиста, обеспечивающий отношение к нему потенциальных пациентов. Успешное лечение, благодаря принятию больным всех указаний врача, усиливает доверие к нему, что ведет к повышению его авторитета у конкретной массы населения. Негативный результат, информация о котором распространяется среди потенциально больных, приводит резкому снижению доверия людей.

На этот аспект чаще всего обращают внимание врачи, работающие в сельской местности, поскольку их количество небольшое и они все известны населению. Пренебрежительное отношение к рекомендациям со стороны части пациентов, не только снижает качество лечения, но и негативно влияет на образ врача и его репутацию.

Следовательно, взаимодействие медицинских работников с пациентами в значительной степени зависит от разного по источникам возникновения, содержанию и способам проявления доверия друг к другу. Доверие пациента к медицинскому работнику, зачастую, носит вынужденный характер. В условиях отсутствия выбора врача пациент обращается за медицинской помощью к тому специалисту, который в данный момент имеется. Кроме того, при любом типе взаимодействия возникает вопрос о том, насколько

индивид рассматривает другого как субъекта, заинтересованного в эффективном взаимодействии с ним.

Проблема эффективности взаимодействия с медработником для пациента выражается в том, что он надеется получить желаемую медицинскую помощь (снизить болезненное состояние, либо избавиться на значительный период времени от той болезни, которой он страдает). Эта потребность пациента выступают как базовая основа самого обращения к медработнику. Однако такой подход не предполагает взаимодействия, которое может иметь длительный характер. Оно зависит от стремления самого больного обеспечить успешное протекание назначаемого ему лечения. При этом больной, вне зависимости от места жительства, нередко воспринимает врача как «специалиста манипуляций и таблеток», который избавит быстро от болезни и на длительное время к его услугам не придется обращаться.

Такая установка влечет, на наш взгляд, следующие проблемы.

Первая состоит в том, что причины многих заболеваний следует искать в образе жизни пациента. Считается, что здоровье людей зависит на 50-55 % от образа жизни, и лишь на 20% − от генетических особенностей, на 10% − от уровня развития системы здравоохранения, и на 15-20% − от состояния окружающей среды[83]. Соответственно, можно предположить, что обращение индивида к врачу является следствием несоблюдения норм и правил здорового образа жизни. Так, неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и алкоголя становятся ведущими факторами возникновения сердечно-сосудистых заболеваний[84]. Чтобы изменить отношение к здоровью и сформировать ориентацию на здоровый образ жизни как важнейшего условия предупреждения заболеваний требуется время.

---

[83] Неврология: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. — М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.

[84] Новости. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/ (Дата посещения: 12.05.2017)

Вторая проблема заключается том, что с течением времени происходят естественные изменения в работе человеческого организма. Для каждого возраста существуют определенные риски возникновения тех или иных болезней. Поэтому в западных методиках риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы обязательно учитывается возраст пациента[85]. Отсюда, чем устойчивее будет взаимодействие врача и пациента, тем выше эффект профилактики тех и иных заболеваний.

Третья проблема заключается в сложности определения длительности протекания ряда заболеваний, которые за короткое время излечить невозможно. Так, многие заболевания постепенно ведут к разрушению работы других систем человеческого организма. Например, после ангины возрастает вероятность артрита или кардита[86]. В связи с этим, возрастает важность длительного взаимодействия пациента с врачом, чтобы вовремя выявить последствия имеющихся недугов.

Особо следует выделить вопрос, который практически не представлен в современной науке и практике: насколько сформирована и развивается культура восприятия тех болезней, которые возникают у человека. Общей психологической реакцией человека при возникновении болезни выступает переживание неожиданности. Поэтому важной особенностью взаимодействия медработника с больным является объяснение ему того факта, что в большинстве случаев болезнь появляется неслучайно, а является следствием действия комплекса факторов. Соответственно, от пациента требуется настрой на возможное длительное взаимодействие с медработниками при ее лечении.

Отсутствие понимания того, что человек часто сам создает условия для появления заболевания, а также установки на длительные отношения с врачом с целью восстановления жизненных сил организма, оказывает в целом негативное воздействие на характер и направленность взаимодействия

---

[85] Руководство по первичной медико-санитарной помощи / Под ред. А. А. Баранова, И. Н. Денисова, А. Г. Чучалина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 27.

[86] Переболели ангиной? Проверьте сердце [Электронный ресурс] / АиФ. Здоровье. – 2006. – №48. – Режим доступа: http://www.aif.ru/archive/1676075 (Дата посещения: 12.05.2017)

врача и пациента как в городе, так и на селе. Однако система обязательного медицинского страхования, на которой зиждется современная система оказания медицинского обслуживания, указывает те сроки лечения заболеваний, которыми врачи должны строго придерживаться[87].

При этом чиновники забывают, что, во-первых, одно и то же заболевание может развиваться по-разному. Во-вторых, такая установка связана с оправданием ограниченности финансовых средств для того, чтобы обеспечить длительные взаимодействия со специалистом, который постепенно обеспечивает восстановление жизненных сил организма больного. Будет целенаправленно осуществляться как профилактика рецидивов на основе формирования у пациента культуры заботы о своем организме.

Представленные выше рассуждения позволяют нам выделить два подхода к медицинскому обслуживанию, оказывающих существенное влияние на процесс взаимодействия медицинского работника и пациента.

В первом подходе, который мы определяем, как болезнецентристский, и врач, и пациент желают избавиться от конкретного заболевания. От специалиста требуется определить реальный источник боли и нарушений в организме. Опираясь на жалобы больного, данные анализов, врач оказывает ему необходимую медицинскую помощь.

Во втором подходе, обозначенном нами как пациентоцентристский, врач исходит из цели не только избавить пациента от конкретной болезни или ослабить ее проявления, а стремится включить пациента в освоение активных практик соблюдения здорового образа жизни, самостоятельного сохранения и восстановления жизненных сил организма. Он лечит не только болезнь, но и самого больного, меняя его взаимодействия с собственным телом. Этот подход опирается на представления, возникшие еще в древности о том, что причиной многих заболеваний является ведение неправильного

[87] Стандарты оказания медицинской помощи. Официальный сайт Минздрава РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983 (Дата посещения: 15.04.2017)

образа жизни, негативные чувственно-эмоциональные реакции на жизненные ситуации и также «дурные мысли». Например, восточная медицина считает, что человек сам задает болезненное состояние, не умея управлять своим сознанием и поведением.

Поэтому требуется лечить пациента, учитывая влияние тех факторов, которые постепенно разрушают его организм, ослабляя его физические и психические силы. Болезнь выступает результатом нарушений в системе связей и отношений индивида с миром природы и людей из-за того, что человек не учитывает особенности своего организма. У него возникает заболевание, к которому он предрасположен. На основе этих представлений врач, получая информацию не только о болезни, но и об особенностях образа жизни пациента, предлагает ему не только использовать лекарственные и иные средства избавления от конкретной болезни, но и систему сохранения жизненных сил для активной борьбы организма за самосохранение.

Пациентоцентристский подход ведет к возникновению нового уровня доверия. Во-первых, больной рассматривает врача как специалиста, который способен разобраться в совокупности факторов, влияющих как на возникновение самой болезни, так и на средства ее преодоления, обеспечения длительного здорового состояния организма. Во-вторых, пациент принимает указание лечащего не только в отношении конкретной болезни, но и всего образа жизни, соглашаясь на его изменения с целью увеличения продолжительности активной жизни. Меняется сама цель, которую ставит пациент перед лечащим врачом: он обращается к нему, чтобы быть здоровым и продолжающим свою трудовую, бытовую деятельность на полном использовании потенциала своих природных сил.

Медицинский работник также меняет характер взаимодействия с пациентом. Во-первых, осуществляется переход к постоянному мониторингу, как объективных показателей здоровья пациента, так и особенностей его образа жизни. Выясняется характер отношения с разными людьми, содержание питания, степень физической активности и т.п. Эта информация

позволяет врачу оперативно корректировать методы оздоровления пациента. Во-вторых, медицинский работник создает для каждого больного индивидуальную систему его целостного оздоровления, опираясь на анализ предрасположенности к тем или иным заболеваниям, характера отношения и реакций на те или иные жизненные ситуации, общей картины протекания заболевания.

В пациентоцентристском подходе происходит сочетание лечения с дальнейшей профилактикой заболеваний, что ориентирует как врача, так и пациента на длительное взаимодействие. При этом оно продолжается независимо от симптомов заболевания и достижения результата. Сегодня слабой попыткой реализации такого подхода можно считать профилактические осмотры, диспансеризацию населения. Их содержание ограничено выявлением нескольких параметров здоровья, отсутствием установки на постоянное взаимодействие с теми специалистами, которые привлекаются при лечении выявленных болезней.

Реализация как болезнецентристского, так и пациентоцентристского подходов во взаимодействии между пациентом и врачом в значительной мере зависит от условий, необходимых для оказания медицинской помощи. Врач должен обладать средствами диагностики, необходимыми лекарственными средствами, возможностями оказания амбулаторной и стационарной медпомощи, а у пациентов должна быть возможность своевременного обращения к специалисту и получения от него квалифицированного лечения. На селе, как мы уже отмечали, они очень ограничены. Редко сельские больницы оборудованы необходимой техникой, и редко в них работают высококвалифицированные специалисты. Пациенты, особенно в летний период, так заняты на работе, что пренебрегают требованиями своевременного обращения к ним.

В связи с этим, для села большое влияние на реализацию болезнецентристской или пациентоцентристской системы взаимодействия этих субъектов оказывает принятие большими группами людей норм

здорового образа жизни. Они включают не только информированность о правилах гигиены, здорового питания, значимости физической активности, организации труда и отдыха, но владение сведениями о своей предрасположенности к определенным заболеваниям, способами предупреждения их появления. Это является одним из важных условий утверждения пациентоцентристского подхода взаимодействия медработников с больными.

Получение соответствующих знаний должно стать обязательным элементом общения врача с больным. Наличие у него знаний о болезни способствует выработке стереотипов здоровьесберегающего поведения. Утверждается представление о том, что само течение болезни, темпы выздоровления в значительной мере зависят от того, как человек работает со своим организмом, побуждая его к борьбе с недугом на основе выполнения указаний врача.

Следовательно, утверждение того или иного типа взаимодействия зависит от того, насколько пациент готов выполнять все предписания и рекомендации врача: вовремя сдает анализы, принимает лекарственные препараты. Этим обеспечивается процесс восстановления прежней работоспособности организма. Если возникает установка на изменения в образе жизни пациента, то создаются благоприятные условия для длительного партнерского взаимодействия пациента с врачом и, соответственно, утверждения пациентоцентристской ориентации.

С позиции медицинского работника можно выделить две базовые установки, определяющие выбор ориентации на взаимодействие с пациентом.

Первая связано с тем, что, поскольку больной не имеет представлений о своем заболевании, то врач, обладая сакральным знанием, использует те методы и средства лечения, которые считает необходимым в конкретном случае. Пациент выступает в качестве принимающего субъекта (данное утверждение верно, как для острых больных, так и для нуждающихся в

профилактике). В случае полного или частичного отказа от выполнения предписаний врача пациент рассматривается им как нежелающий избавиться от болезни, соответственно, врач снимает с себя ответственность за ее протекание и результат лечения. Такая установка характерна скорее для специалистов, приехавших в село на непродолжительное время, тех, кто не стремится закрепиться в нем и не рассматривает себя как индивида, способного прожить на селе всю жизнь. Поэтому, на наш взгляд, нынешняя программа «Земской доктор» ориентирует на использование болезнецентристский ориентации на взаимодействие врача с пациентами. Специалист рассматривает свою лечебную практику в сельской местности как временную необходимость ради получения тех материальных преимуществ, которые обещает государство.

Иная позиция врача возникает тогда, когда он считает своим долгом сформировать у больных навыки активного здоровьесберегающего поведения, позволяющего как избавить в определенной мере от имеющихся болезней, так и предупредить возникновение новых. Врачи обращаются к пациенту как к неспециалисту, у которого можно сформировать представление о том, как совместными усилиями избавиться от недугов. В этом случае врач постоянно информирует больного как о состоянии его организма, течении лечения, так и совместно с ним вырабатывает реально возможную тактику общего оздоровления. Врач постоянно выполняет просветительскую функцию.

При таком взаимодействии реализуется принцип – от лечения болезни (болезнецентристская ориентация) к лечению больного (пациентоцентристская ориентация). Положительным результатом такого взаимодействия выступает более высокая степень заинтересованности пациента в выполнении всех указаний врача, повышение психофизиологической уверенности в том, что болезнь будет в дальнейшем побеждена, утверждение доверия к врачу не только как к носителю медицинских знаний, но и как специалисту, готовому оказать

профилактическую помощь на протяжении всей жизни индивида. Эту ориентацию и следует брать на вооружение организаторам здравоохранения на селе, поскольку, как отмечалось выше, именно длительное близкое взаимодействие врача с жителями села и становится базисом пациентоцентристской ориентации.

Опираясь на представленный выше анализ, мы предлагаем выделить два основных типа взаимодействия медицинских работников и пациентов с позиций степени активности или пассивности их действий, обеспечивающих восстановление жизненных сил организма[88]. Существует два базовых типа взаимодействия: авторитарный и партнерский.

В авторитарном типе пациент занимает пассивную позицию, выступая своего рода объектом медицинского воздействия. Ему предписывается неукоснительное выполнение предписаний и рекомендаций специалистов. Субъектность врача значительно больше, чем у пациента, соответственно информационная асимметрия проявляется наиболее выпукло.

Авторитарный тип принято считать традиционным типом взаимодействий, имеющим свои устойчивые позиции и традиции в российской системе медицинского обслуживания, истоки которой в патерналистских ориентациях, закрепленных еще в советской системе здравоохранения[89]. Врач, как заботливый ментор (опекун), помогает своему ученику-пациенту, принимает решения о его лечении, устанавливает его сроки, формирует нормативное поведение, и осуществляет контроль над лечением, управляет процессом лечения. Ролевые ожидания медицинского работника связаны с исполнением всех его рекомендаций со стороны

---

[88] Под активной/пассивной позицией мы понимаем степень субъектности – врачи всегда будут обладать высокой субъектностью, в то время как пациенты будут обладать относительно низкой субъектностью. Наличие субъектности у пациента можно объяснить наличием согласия пациента на медицинское вмешательство, в том числе подписание информационного согласия на все необходимые действия врача. Медицинский работник всегда выступает ключевой фигурой во взаимодействии, поскольку его социальная роль предписывает выполнение профессиональных функций, а его позиция всегда активная, субъектная, деятельностная (Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 1999.)

[89] См., например: Силуянова И. В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач – пациент / И. В. Силуянова // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 14–18.

пациента и неукоснительным следованиям правилам, которые определяет медицинский работник.

Стереотипное поведение пациента[90] в авторитарном типе взаимодействия характеризуется позицией исполнителя требований того, кто обладает специальными знаниями и методиками лечения конкретных болезней (рис.1).

Рис. 1

Позиции медработника и пациента в авторитарном типе взаимодействия

В партнерском типе взаимодействия субъектность пациента не превышает субъектность врача, но она больше, чем в авторитарном типе, а информационная асимметрия не столь явная. Медицинский работник создает систему сотрудничества с пациентом, информируя его об особенностях заболевания и проведения медицинских процедур, а также практиках лечения и дальнейшей профилактики. Он готов принять пациента как партнера по лечению, предоставляя возможность высказать свою позицию, принять участие в выработке решений, определить стратегии и тактики медицинского воздействия.

Партнерский тип взаимодействия предполагает активное участие пациента на всех этапах диагностики, лечения, профилактики рецидивов, формирования здорового образа жизни. Он находится в постоянном диалоге с врачом, обсуждая основные вопросы получения медицинских услуг,

[90] Меренков А. В. Социология стереотипов / А. В. Меренков. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2001. – С. 111

вырабатывая навыки самосохранения и укрепления своих жизненных сил (рис. 2). Возникает на более высоком уровне под контролем специалиста самолечение путем проверки тех способов психофизического управления организмом, которые дают желаемые результаты. В таком типе взаимодействия врач по-прежнему играет ведущую роль, но пациент дополняет специалиста своей активностью на излечение, совместно с ним добиваясь восстановления организма.

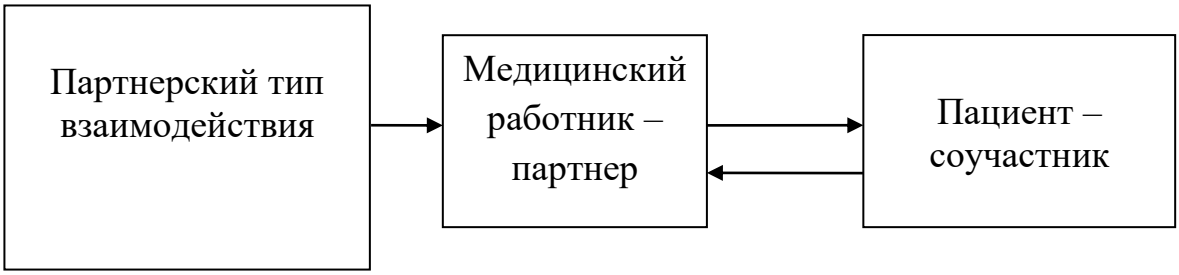

Рис. 2

Позиции медработников и пациентов в партнерском типе взаимодействия

В двух указанных типах взаимодействия существует феномен информационной асимметрии, так как медицинские работники всегда имеют перевес в знаниях лечебного дела и функционирования системы медицинского обслуживания, в то время как пациентам приходится полагаться на врачей[91].

Наличие информационной асимметрии свидетельствуют о потенциальной угрозе оппортунистического поведения со стороны врача, прежде всего, в городах с мощным развитым коммерческим сектором медицины. Что касается села, то информационная асимметрия здесь может проявлять себя не так остро. Это касается, прежде всего, тех населенных пунктов, в которых медицинские работники уже длительное время ведут прием больных, они закрепились на селе, имеют положительную динамику

[91] Шишкин С. В. Экономика социальной сферы / С. В. Шишкин. – М.: 2003. – С. 45

результатов свой деятельности. Эти факторы повышают доверие сельского населения к таким специалистам, и информационная асимметрия не снижает эффективность взаимодействия.

В современной системе медицинского обслуживания могут быть и иные типы взаимодействия, становление которых связано с информатизацией современных общественных отношений и повседневных практик как городских, так и сельских жителей. Речь идет о возможностях получения пациентами дистанционных консультационных и диагностических услуг, которые можно считать, в том числе и инновационной практикой самолечения. Следует заметить, что в 2015 году доля потребителей интернета в сельской местности составила 16,5 млн. (всего в селах проживает не более 40 млн. чел.) среди пользующихся интернетом хотя бы раз в месяц[92].

В конце XX столетия начала развиваться телемедицина. Юридически закрепленный термин для данного явления пока отсутствует. В современной России начинается работа на законодательном уровне по регулированию процессов абсолютной информатизации системы медицинского обслуживания – официального внедрения телемедицины[93]. Но можно сказать, что под телемедициной в современной научной литературе понимают предоставление медицинских услуг посредством дистанционных средств телекоммуникации[94].

---

[92] Исследование «Развитие Интернета в регионах России». Компания Яндекс. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_internet_regions_2016 (Дата посещения: 07.11.2016)

[93] Проект федерального закона. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://rosakademia.ru/npa/proekt_federalnogo_zakona_N_821534-6.pdf; URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/02/29/2810-minzdravom-rossii-razmescheno-uvedomlenie-o-nachale-razrabotki-proekta-federalnogo-zakona-o-vnesenii-izmeneniy-v-otdelnye-zakonodatelnye-akty-rossiyskoy-federatsii-po-voprosam-primeneniya-informatsionno-telekommunikatsionnyh-tehnologiy-v-sfere-ohrany-zdorovya-grazhdan-i-sozdaniya-natsionalnyh-nauchno-prakticheskih-meditsinskih-tsentrov (Дата посещения:10.11.2016)

[94] См., например: Телемедицина. Вчера, Сегодня, Завтра // Электроника: Наука, технология, бизнес. – 2000. – № 2. – С. 62–65; Бурсов А. И. Телекоммуникационные технологии в медицине / А. И. Бурсов, В. П. Еричев // Национальный журнал глаукома. – 2011. – № 4. – С. 65–70; Владимирский А. В. Телемедицина : монография / А. В. Владимирский. – Донецк: Цифровая типография, 2011. – 437 с.; Зимина Т. М. Лаборатории на чипе для телемедицины / Т. М. Зимина // Биотехносфера. – 2012. – № 1 (19). – С. 29–40; Павленко Е. В. Киберпространство медицины: интернет как враг и союзник врача и пациента / Е. В. Павленко // Социология медицины. – 2013. – № 1(22). – С. 42–46; Фролова С. В. Тенденции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации / С. В. Фролова, М. С. Фролова // Вестник Тамбовского государственного технического университета. – 2005. – № 2 (11). – С. 328–340.

Телемедицина характеризуется дальнейшим ослаблением прямого взаимодействия пациента с врачом, что может привести к неправильной постановке диагноза, и в дальнейшем ошибочной тактике лечения. Требуется специальная проработка этих вопросов в предлагаемом Минздравом проекте Федерального закона о телемедицине, чтобы пациенты могли при помощи информационных технологий получить доступное и качественное медицинское обслуживание.

Кроме того, такая практика закрепляет авторитарный тип взаимодействия, основанный на болезнецентристской ориентации, как врача, так и пациента. Поэтому, на наш взгляд, государство, повышая доступность населения к медицинским услугам с помощью телемедицины, программы «Земской доктор» «толкает» систему медицинского обслуживания на воспроизводство авторитарного типа взаимодействия и болезнецентристские ориентации.

Таким образом, представленный выше анализ позволяет прийти к следующим выводам. Взаимодействие медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе можно представить, как процесс их непосредственного воздействия друг на друга на основе нормативных действий, закрепленные в традициях сельского образа жизни, реализуемые в условиях неравенства доступа к медицинскому обслуживанию.

Основными факторами, определяющими особенности взаимодействия врачей и пациентов на селе, являются политика государства (макрофакторы), региональная инфраструктура, в том числе и кадровое обеспечение системы медицинского обслуживания (мезофакторы), а также доверие к медперсоналу и ориентация во взаимодействии либо на лечение болезни, либо самого пациента, постоянно формирующая у него навыки ведения здорового образа жизни.

Проведенный анализ позволил нам выделить два основных типа взаимодействия: авторитарный и партнерский. В первом типе пациент

занимает пассивную позицию, выступая объектом воздействия, предписаний и рекомендаций со стороны медицинского работника. Во втором типе − пациент действует как активный субъект при принятии решений о методах лечения и диагностике, а также дальнейшей системы укрепления жизненных сил организма с учетом особенностей образа жизни, труда, отдыха.

Наша гипотеза в отношении господствующего типа взаимодействия заключается в том, что авторитарный тип взаимодействия в сельской системе медицинского обслуживания является превалирующим, поскольку специфика российского села способствует сохранению патерналистского отношения медицинского специалиста по отношению к больным. Детальный анализ типов взаимодействий и их особенностей в системе медицинского обслуживания на селе мы раскроем в следующей главе диссертации.

Глава 2. Особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов в сельском здравоохранении

2.1. Авторитарный тип взаимодействия медицинских работников и пациентов

На основе теоретического анализа, проведенного нами в первой главе, рассмотрим особенности социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе, обратившись, прежде всего, к анализу авторитарного типа.

В 2016-2017 гг. было проведено социологическое исследование на двух территориях Уральского федерального округа[95]: в Курганской и Свердловской областях. Выбор данных регионов в качестве кейсов не случаен. Мы выбрали регионы в Уральском федеральном округе, расположенные на противоположных концах прямой, в основе которой численность сельского населения. По данным Росстата сельское население Курганской области составляет 38,2% от общей численности населения, в Свердловской области доля селян − 15,5%. (В Тюменской области (включая Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа) сельчане составляют 19,9%, В Челябинской − 17,4%)[96].

Выбор муниципальных районов также произведен неслучайно, базой послужила численность сельского населения Далматовского района[97] Курганской области и Камышловского района[98] Свердловской области (г.

---

[95] Исследование поддержано Российским гуманитарных научным фондом (РГНФ-РФФИ), грант № 16-33-00008, «Практики взаимодействия врачей и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе»

[96]Численность населения по муниципальным образованиям. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce

[97]Изменение численности Курганской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: kurganstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/kurganstat/resources/2bffae8041143442af12ef367ccd0f13/%D0%A2%D0%BE%D0%BC+1+%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%B3.+%D0%BE%D0%B1%D0%BB.%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%BB..docx

[98]Численность постоянного населения РФ по муниципальным образованиям. [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.gks.ru/free_doc/doc_2016/bul_dr/mun_obr2016.rar

Камышлов официально не входит в муниципальный район, хотя считается его административным центром, но мы условно объединяем их в нашем исследовании). Это территории, где сельское население составляет не менее 50% от общей численности, т.е. в нашей работе мы исследуем сельскую глубинку разнотипных регионов Уральского федерального округа (урбанизированной Свердловской области и аграрной Курганской области).

Была проведена серия полуформализованных интервью с медицинскими работниками в филиалах центральных районных больниц (ЦРБ) и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) с использованием сплошного отбора информантов[99]. Для определения типов взаимодействия медицинских работников с пациентами мы также обратились к анкетированию жителей сельских поселений. В Далматовском и Камышловском районах объем выборки составил по 300 человек в каждом кейсе[100].

Прежде всего, обратимся к мнению жителей сельских районов об условиях предоставления медицинской помощи. Респонденты отметили, что медучреждения оснащены устаревшим оборудованием (67,5%), при этом в них ограничены квоты на бесплатные медицинские услуги (51,8%). Это указывает на сохранение, и даже усиление социального неравенства. Если городской житель может выбрать медучреждение с современными техническими средствами, использующее новые технологии лечения, то сельскому жителю они просто недоступны. Уровень доходов сельчан

[99] В муниципальных районах, попавших в нашу выборку, медработники - это, в основном, женщины среднего или пожилого возраста со стажем работы больше 11 лет. В Далматовском районе на момент исследования работало 6 человек, из них: 5 женщин и 1 мужчина. Доли опрошенных по возрасту и стажу - равные: 3 респондента среднего возраста (31-54 года), имеющие стаж работы до 30 лет, и 3 респондента пожилого возраста (55 лет и старше), стаж работы которых составляет свыше 30 лет. Профессиональный статус информантов выглядит следующим образом: 3 врача, 1 медсестра и 2 фельдшера. В Камышловском районе было проинтервьюировано 10 человек. Все опрошенные медицинские работники женщины среднего возраста (31-54 года). Из них: 7 фельдшеров, 3 медсестры; стаж работы до 30 лет составляет у 4 респондентов, свыше 30 лет у 6 информантов.

[100] Для формирования квотного вида отбора мы использовали данные Росстата по каждому муниципальному району, заложив в основание выборки такие признаки как пол и возраст жителей. Кроме того, одним их критериев стал факт посещения опрашиваемыми нами сельчанами хотя бы один раз в течение трех месяцев до начала опроса сельское медицинское учреждение. Таким образом, выборочная совокупность сельского населения Далматовского и Камышловского районов воспроизводят половозрастную структуру населения выбранных нами кейсов.

существенно ниже дохода горожан, что ведет к отсутствию возможности обращения к платным медицинским услугам[101]. На их высокую стоимость указали 40% опрошенных в Далматовском районе и 37% − в Камышловском районе.

В целом, высокая стоимость медицинских услуг, которые в первую очередь может получить горожанин, не становится препятствием обращения пациентов к платной медицине. Так, обращаясь к данным Росстата[102] за последнее десятилетие, произошел почти пятикратный рост объема платных медицинских услуг для россиян: с 109 756 млн. руб. (2005 г.) до 474 432 млн. руб. (2014 г.). Как отмечает Н. Л. Антонова, каждый третий житель г. Екатеринбурга обращается к платной диагностике (лабораторные обследования)[103].

Запущенный в 1990-е годы рыночный механизм в системе медицинского обслуживания охватывает с каждым годом все больше населения, но сельскому жителю дорогие платные медицинские услуги, как показало наше исследование, оказываются недоступными. Это подтверждается и статистическими данными: среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников сельского хозяйства, охоты и лесного хозяйства в России составила в 2014 году 17 724 рубля. В то время как в целом по стране данный показатель практически в два раза выше – 32 495 рублей[104].

Что касается мнения медицинского персонала, то лишь каждый пятый информант указал на данную проблему в системе медицинского обслуживания селян. Медработники отметили выгодность платных услуг для

---

[101] Отметим, что на селе имеются группы сельчан, доход которых сопоставим с доходами городского жителя (например, вахтовики). Кроме того, используя девиантные практики, некоторые сельчане, таким образом, повышают уровень своего дохода.

[102] Здравоохранение в России. 2015 : Стат. Сб./Росстат. – М., 2015. – С. 170

[103] См.: Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) [Текст] / Н. Л. Антонова // Spero. Социальная политика: Экспертиза. Рекомендации. Обзоры. – 2007. – №7 – С. 191–198. – Режим доступа: http://spero.socpol.ru/docs/N7_2007-191-198.pdf (Дата посещения: 05.12.2016); Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема [Текст] / Н. Л. Антонова // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. – 2007. – №3 (51). – С. 168–179.

[104] Труд и занятость в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М., 2015. – С. 242.

выживания современной медицины в условиях бюджетного дефицита. *«Полученные от платных услуг средства могли бы укрепить материальную базу медучреждения, чтобы мы могли оказывать бесплатные услуги нуждающимся»* (врач-терапевт, 67 лет).

Вопрос платности медицинских услуг выступает одним из актуальных в современной системе медицинского обслуживания. Врач в условиях платной медицины нередко становится субъектом маркетинговой деятельности, продвигая иногда ненужные для пациента платные услуги. Оппортунистическое поведение врача заключается в стремлении получить выгоду, максимизировать ее за счет пациента, предлагая ему медицинское обслуживание, которое не отвечает потребностям пациента. Однако, медработники в нашем исследовании утверждали, что не назначают дополнительных платных обследований, если отсутствуют показания: *«...мы работаем, как правило, с типичными заболеваниями, поэтому смысла в дополнительных медуслугах, еще и на платной основе, не вижу...»* (врач-терапевт, 67 лет). Вероятнее всего, на селе отсутствует сама возможность предоставления широкого круга медицинских услуг, часть которых может быть платной.

Следующим фактором неравенства в получении медицинской помощи на селе является то, что из-за недостатка врачей ее оказывают часто фельдшеры, временно занимая место участкового врача-терапевта. Ощущается острая нехватка специалистов, имеющих высшее образование, а также профильных врачей (узких специалистов) в обследованных нами районах. Так, на момент опроса в Камышловском районе вообще не было специалиста с высшим образованием. К тому же, сокращение ФАПов привело в целом к уменьшению количества медицинских работников, которые обсуживают сельское население. 59,8% опрошенных сельчан отметили резкое возрастание очередей на прием к врачам.

Однако сами врачи не обращают внимания на то, что пациенты подолгу ждут приема: только каждый пятый медработник выделил очередь

как проблемную зону оказания медицинской помощи. В городе этот вопрос может решаться за счет обращения к платным медуслугам, получение которых, как правило, строго определено временем. Если сельский житель попытается получить помощь в городе в платной медицине, то ему затратить много времени на поездку. Частные клиники отсутствуют на селе, а платные медицинские услуги в государственных медучреждениях практически не развиты.

Кроме очередей, селяне сталкиваются с проблемой оперативности оказания медицинской помощи. На это указали более половины опрошенных медицинских работников и третья часть пациентов.

Сокращение сельских медучреждений, удаленность сел от крупных городов с медицинскими центрами и станциями скорой помощи снижает доступ к экстренной системе оказания медицинских услуг. Зачастую, в ситуациях, связанных с необходимостью получения оперативной медпомощи возникает ситуация, когда сам больной или его родственники/друзья/знакомые вынуждены использовать личный транспорт, что добраться до медицинского учреждения.

Следует отметить, что отсутствия врачей узких специальностей на селе, а также слабая материальная база сельских медицинских учреждений приводят к тому, что повышаются риски постановки неточного диагноза. На это указали каждый десятый опрошенный житель села. Это ведет к снижению доверия к медработнику. Данное мнение подтверждается и оценкой медперсоналом тех возможностей, которые у них имеются для постановки диагноза: половина опрошенных указали на проблему ограниченности возможностей полноценной диагностики. К проблеме нехватки квалифицированного персонала добавляется недостаток ресурсов сельского медучреждения из-за низкой технической оснащенности ФАПов и амбулаторий.

В такой ситуации усиливается противоречие между стремлением медперсонала оказать квалифицированную помощь и необходимыми для

этого техническими средствами. Врач может иметь глубокие профессиональные знания и обладать соответствующими профессиональными навыками и умениями, однако слабая материальная база медицинского учреждения не позволяет ему провести точную диагностику. Пациент в такой ситуации вынужден слепо доверять медработнику, поскольку тот обладает хотя бы определенными знаниями в лечении, и также он может являться единственным специалистом на селе, профессиональная деятельность которого связана с оказанием медицинской помощи. Возникает и усиливается система авторитарных отношений между врачом и больным.

Это подтверждается результатами проведенного опроса: 78,7% сельских пациентов заявили о том, что взаимодействие с медицинскими работниками строится на авторитарных принципах. Властный тип взаимодействия при ведущей роли медработника типичен для российской системы медицинского обслуживания: врач должен быть требовательным профессионалом, нуждающимся в дисциплинированном пациенте[105]. Медработник, как отмечали сельские жители, доминирует в процессе взаимодействия с пациентом (88%), определяет стратегию и тактику диагностики и лечения (85%), принимает решения по вопросам особенностей медицинского обслуживания (74%), занимает активную лидерскую позицию (67%), несет ответственность за результат (44%).

Однако медработники не замечают, что они ведут себя авторитарно, поскольку их деятельность стереотипизирована и не осознается на рациональном уровне. Со студенческой скамьи они привыкают к тому, что врач определяет диагноз, методику лечения и ее качество. Лишь каждый четвертый опрошенный медработник признался в том, что проявляет авторитарный тип взаимодействия с пациентами. Медперсонал считает, что он не оказывает какого-либо давления на пациента даже в том случае, когда, например, осуществляет инфузионную терапию (постановка капельницы).

---

[105] Ефименко С. А. Социология пациента : дис. …. д-ра социол. наук: 14.00.52. / С. А. Ефименко. – М.: Московская мед. академия им. И.М. Сеченова. 2002. – С. 230

Эти действия трактуются как проявление гуманизма, хотя в действительности они выступают механистическими, направленными на манипуляцию с телом пациента.

Истоки авторитарных принципов, реализуемых в современной системе медицинской помощи не только на селе, следует искать в патерналистских традициях, заложенных еще в земской медицине и воспроизведенных советской системой здравоохранения. Позиция земского врача заключалась в том, что он брал на себя заботу о здоровье малограмотных крестьян, не способных самостоятельно понять причины нарушений в организме. Обладая информацией о разных болезнях, врач исполнял роль заботливого «отца», носителя экспертного знания, решения которого не должны обсуждаться, а четко и твердо исполняться пациентами.

Советская система здравоохранения сохранила авторитарную систему взаимодействия врача с больными. Село с его патриархальными традициями и обычаями, которые и по сей день воспроизводятся в виде подарков медицинскому работнику «со своей грядки», оказалось в тисках патернализма, который активно воспроизводится и в наше время. Новые формы общения двух субъектов, взаимно заинтересованных в восстановлении здоровья человека, утверждаются крайне медленно.

Идеологический аспект авторитарного типа взаимодействия связан, на наш взгляд, с оправданием подчиненного положения пациента, поскольку он в первую очередь заинтересован в избавлении от недуга. Помочь ему может только тот, кто обладает необходимыми для этого специальными знаниями. 65% опрошенных пациентов отметили, что медработники общаются с ними как с «маленькими детьми», реализуя особую роль наставника. Эта оценка различается в зависимости от места жительства респондентов: в Далматовском районе – 71%, в Камышловском – 58,7%.

Мы полагаем, что такая ситуация объясняется следующим. Далматовский район − аграрный район в Курганской области, в отличие от Камышловского района Свердловской области, в котором располагается

воинская часть и поселок для военнослужащих. Сила традиций сельского образа жизни в селах Далматовского района проявляется больше. Отсюда роль наставника и куратора, которую отмечают у врачей сельские жители, имеет глубокие корни и устойчиво воспроизводится в современных практиках медицинского обслуживания.

К тому же на выявленные отличия во мнениях респондентов, проживающих в данных районах, может влиять и частота смены медперсонала. Каждому новому медработнику, впервые сталкивающемуся с пациентом, нужно доказать свой профессионализм демонстрацией жестких требований к реализации своих предписаний. Он реализует болезнецентрическую ориентацию во взаимодействии с пациентом, поскольку рассматривает себя временщиком, вынужденным в течение какого-то времени лечить определенную категорию населения. В Далматовском районе сменяемость сельских работников выше (больше медицинских работников пенсионного возраста), чем в Камышловском[106].

Таким образом, доминирование роли наставника/куратора, реализуемой медперсоналом, вызвано, с одной стороны, высокой его текучестью, которая ведет к тому, что не возникает потребность глубоко разобраться в том, что вызвало конкретное заболевание у пациента. Врач не ориентирован на то, что он будет в течение длительного времени, возможно, десятилетия, общаться с ним, побуждая активно включиться в освоение различных практик профилактики болезней. Поэтому ему не надо выяснять особенности образа жизни пациента, его генетическую предрасположенность к определенным болезням, что требует использования партнерского типа взаимодействия. Сами пациенты ориентированы на проявление заботы о них со стороны медперсонала. 58,3% опрошенных включили этот показатель в систему своих ожиданий от медицинских работников в процессе общения с ними, но лишь 39,3% сельчан ее получают в реальной жизни.

[106] Задокументированных и доступных статистических данных об этом нет. Но перед началом исследования в июле 2016 г. врачи и несколько фельдшеров в селах Далматовского района уволились, поскольку уже были на пенсии, и при этом их тревожила пенсионная реформа, когда индексация пенсий для работающих пенсионеров нашим государством производиться перестала.

Роль медработника как заботливого патроната ограничивается временем, отведенным на прием одного пациента в условиях обязательного медицинского страхования (12 минут одному пациенту на посещение участкового врача-терапевта)[107]. Рабочий график специалиста составляет четыре рабочих часа в сутки, к нему добавляется еще два часа дежурному медицинскому работнику, имеющему квалификацию не ниже медицинской сестры. Ежедневно сельский врач принимает «...о*т 18 до 22, иногда 24 больных*...» (врач, стаж работы 43 года).

Высокая плотность приема, большой поток пациентов, в котором они «теряют» свою индивидуальность, становясь винтиком системы медобслуживания, формируют авторитарную позицию медицинского персонала. 85,8% пациентов отметили отсутствие индивидуального плана лечения в качестве фактора, который мог бы повысить эффективность их лечения.

Медработнику в такой ситуации проще жестко определить стратегию лечения и не вникать в особенности той жизни селянина, которая определяет саму возможность появления определенных болезней. Только каждый четвертый медицинский работник поддержал идею о том, что индивидуальная траектория лечения может способствовать повышению его эффективности. Не в полной мере реализуется, в частности, требование учета индивидуальных реакций больного на определенные сильнодействующие препараты[108]. Не обращается внимания на психологическое восприятие им своего заболевания, опасения, связанные с оказанием конкретных видов

---

[107] Приказ Минздрава России от 02.05.2015 N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентов врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» (зарегистрирован в Минюсте России 24.08.2015 N 38847). [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_290.pdf (дата посещения: 28.01.2017)

[108] Чирикова А. Е., Шишкин С. В., Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Мир России. Социология. Этнология. – 2014. – №2. – С.154–182. – Режим доступа: https://mirros.hse.ru/data/2014/04/22/1320031225/mir%20rossii%20%E2%84%962_%202014%20[Pages%20154%20-%20182].pdf (Дата посещения: 18.01.2017)

медицинской помощи, эмоциональные переживания при посещении врача и т.п.

Основной задачей для медперсонала становится только снижение симптомов заболевания и определенное восстановление его здоровья. Не учитывается то, что больной ориентирован на снижение/купирование страха перед манипуляциями медработника, учет его психологических особенностей, предшествующего опыта взаимодействия с медицинскими специалистами. В этом случае он активно включается в собственную работу по восстановлению жизненных сил организма. От нее, как известно, в значительной степени зависит выздоровление человека.

Результаты исследования выявили между представлениями пациентов о том, как должно осуществляется взаимодействие с ними врача и мнением об этом самих медработников. По мнению 78,7% пациентов они ожидают от больных только механического выполнения всех предписаний специалистов. Однако лишь пятая часть опрошенного медперсонала призналась в этом. Они заявляют о том, что стремятся построить отношения на основе взаимного уважения субъектов взаимодействия, но лишь каждый третий опрошенный пациент отметили такую ориентацию медработников. При этом только 15% обнаружили подобный тип общения на практике.

Снижение уважения к врачу активно проявляется и в системе медицинского обслуживания в городе. Сегодня нередкими становятся случаи противоправных действий в отношении фельдшеров скорой медицинской помощи, участковых врачей[109]. В условиях города, как отмечается в исследовании А. Е. Чириковой и С. В. Шишкина[110], хамство со стороны пациентов может быть вызвано недовольством тем, что они нередко остаются «один на один» со своими болезнями, вовремя не получая нужного

[109] См., например: Куликов В. Лечитесь смирно. Предлагается ввести уголовное наказание за нападение на медиков [Электронный ресурс] // Российская газета. – 2017. – № 7203 (37). – Режим доступа: https://rg.ru/2017/02/19/za-napadeniia-na-medikov-predlozhili-vvesti-ugolovnoe-nakazanie.html

[110] Чирикова А. Е., Шишкин С. В., Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Мир России. Социология. Этнология. – 2014. – №2. – С.154-182. – Режим доступа: https://mirros.hse.ru/data/2014/04/22/1320031225/mir%20rossii%20%E2%84%962_%202014%20[Pages%20154%20-%20182].pdf (Дата посещения: 18.01.2017)

качества помощь. Поэтому одной из проблем современной системы оказания медицинской помощи становится безопасность самого медицинского работника.

По мнению опрошенных врачей, медицинская помощь населению представляет собой некую зону риска, а безопасность выступает для них одной из главных ценностей в структуре профессиональной деятельности. Сельский медперсонал отмечает наличие групп пациентов с асоциальным поведением: *«придут выпившие, неаккуратные, накрученные – с ними взаимопонимания не построишь»* (врач, стаж работы 43 года). Это указывает на снижение престижа профессии врача/фельдшера/медсестры. Повысить его в ряде медицинских организаций пытаются с помощью авторитарного стиля взаимодействия с пациентами, используя имеющиеся в распоряжении ресурсы, в том числе и информационную асимметрию.

Медицинские работники считают, что пациентам не следует сообщать всю информацию о заболевании, методах и средствах диагностики и лечения. Е. К. Баклушина и И. А. Еремцева[111], опросив 427 родителей детей-пациентов, выяснили, что каждому третьему респонденту было отказано в предоставлении возможности ознакомиться с записями медработников. Послушный пациент удобен для воспроизводства авторитарного типа взаимодействия, поскольку он механически следует указаниям медицинского персонала.

Медперсонал для утверждения авторитарного типа взаимодействия активно пользуется наличием тех знаний, которыми не обладает пациент. Даже при его информировании о состоянии здоровья с предоставлением результатов диагностики, он все равно останется своего рода «лузером», т.к. не обладает квалификацией, обеспечивающей интерпретацию полученных

[111] Баклушина Е. К., Еремцева И. А. Реализация права несовершеннолетних пациентов на информацию о профессиональной деятельности фельдшеров / Е. К. Баклушина, И. А. Еремцева // Казанский медицинский журнал. – 2015. – № 6. – С. 1035–1038. doi: 10.17750/KMJ2015-1035

сведений. Такая асимметричность информации относится к разряду естественных и неустранимых[112].

Каждый третий медработник считает, что пациенту не следует знать всю информацию о заболевании, поскольку для врача он, прежде всего, больной человек, обратившийся за получением медицинской помощи, при этом, данный фактор в качестве показателя, повышающего эффективность взаимодействия, не отметил ни один из опрошенных. Исследование показало, что сходной позиции придерживаются и пациенты, полагая, что знание медицинской информации не является значимым фактором, способствующим улучшению состояния его здоровья. Это связанно, на наш взгляд, с тем, что, во-первых, решение о получении медицинской помощи пациенту часто необходимо принимать срочно; во-вторых, в условиях страдания, которое причиняет болезнь. Отсюда, авторитарный тип взаимодействия становится своего рода выходом для пациента из неблагоприятной ситуации − болезни, позволяющим переложить ответственность на медперсонал за состояние своего здоровья.

Отсутствие потребности в получении информации о нем сельчанами объясняет то, что только 18% опрошенных сельских жителей показания диагностики и лабораторных обследований относят к числу факторов, повышающих эффективность лечения. Люди считают, что если врач уже определил метод лечения, то результаты исследования ничего нового не добавляют. Удивляет то, что ни один из опрошенных нами медработников не определил данный фактор в качестве условия, способствующего успешному выздоровлению больного.

Причины такой ситуации, на наш взгляд, кроются в качестве самой диагностики и обследований, которые может предложить сельский медицинский работник. Речь идет о материальной базе, которая, как мы отмечали выше, весьма слабая по оценкам, как пациентов, так и

---

[112] Ясинский Ю., Тихонов А. Новая информационно-поведенческая парадигма: конец равновесной теории или ее второе дыхание? / Ю. Ясинский, А. Тихонов // Вопросы экономики. – 2007. – № 7. – С. 39.

медперсонала. В таких условиях врач использует традиционные способы определения заболевания: сбор анамнеза, а также методы физического воздействия (пальпация, простукивание и др.).

Материалы исследования показали, что только 15,3% сельчан ожидают от медицинского персонала использование современных методов и средств диагностики (томографы и пр.), и 10,7% − строгое соблюдение технологий медицинского обслуживания. Сельская медицинская амбулатория/ФАП работает, по мнению пациентов, используя «дедовские» методы.

Однако в наше время прожить без применения высокотехнологичной медицинской аппаратуры практически невозможно[113]. Для горожан наличие современного оборудования выступает важным фактором выбора медицинского учреждения для лечения. В крупных городах имеются специализированные диагностические лаборатории, имеющие высокочувствительную аппаратуру и проводящие нетипичные/уникальные диагностические исследования[114].

Сельчане заявляют, что у них нет возможности воспользоваться современной медицинской техникой, которая доступна жителям крупных промышленных центров: «*Новое медицинское оборудование в село не привозят, поскольку оно дорогое, а в селе остаются жить все меньше и меньше людей»* (мужчина, 59 лет).

Представленные данные подтверждают выдвинутое нами в теоретической главе положение о сохранении и углублении социального неравенства в получении медицинской помощи россиянами в зависимости от места жительства. Об этом свидетельствует и мнение медперсонала, который заявляет, что не предоставляет сельским пациентам современных высокотехнологичных медицинских услуг.

---

[113] Виленский А. Высокотехнологичные медицинские изделия: сегментация рынка и перспектива развития / А. Виленский, А. Хрусталёва, А. Деханова // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2012. – № 6. – С. 8-17.

[114] В Екатеринбурге, например, работает такие диагностические лаборатории как: Ситилаб (http://www.citilab.ru/), Екатеринбургский диагностический центр (https://ekdc.org/), РусЛаб (http://www.ruslabs.ru/) и др.

Субъекты анализируемого нами взаимодействия настолько свыклись с этим, что только 23,2% пациентов и 40% медработников указывают на необходимость использования современной диагностики. Выездные врачебные бригады, оснащенные современным оборудованием, выступают наиболее доступным вариантом для решения данной проблемы для российского села.

Однако периодические визиты таких бригад, на наш взгляд, лишь усиливают авторитарный тип взаимодействия в системе медицинского обслуживания на селе, поскольку приезжие специалисты ориентированы на устранение симптомов заболевания и диагностическое обслуживание, а не на длительные партнерские отношения с пациентом.

Исследования показали, что на мнение о том, насколько взаимодействие пациентов с медперсоналом носит авторитарный характер, оказывают влияние уровень образования пациента, а также его пол и возраст. Так, 64% сельчан, имеющих начальное и среднее профессиональное образование, определяют позицию врача как наставническую. Среди обладающих высшим образованием – 23%. (рис. 3).

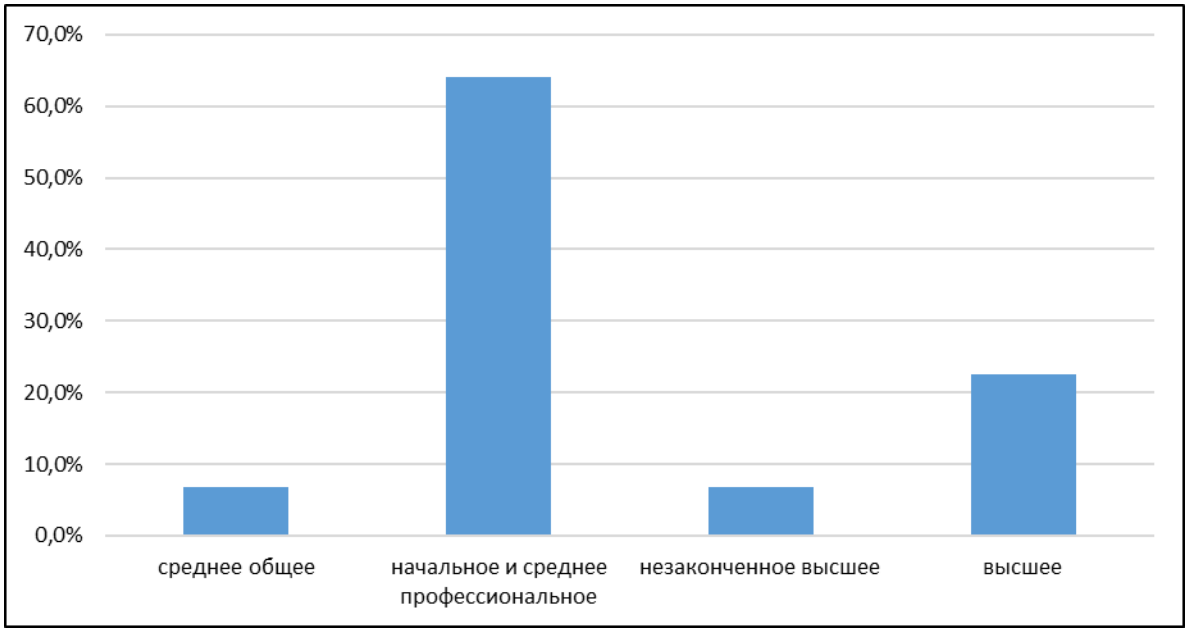

Рис. 3

Влияние уровня образования пациента на оценку позиции медработника как наставника

Сказывается то, что врачи считают пациентов с невысоким образованием способными только к принятию их указаний. Больные с более высоким уровнем образования сами требуют разъяснений по поводу состояния их организма и методов лечения.

Данные, полученные в ходе опроса, выявили изменение отношения людей к представителям медицины в зависимости приобретения ими основных культурных навыков при социализме или в современной жизни. В возрастную группу от 40 лет и выше входят те, у кого первичная социализация осуществлялась в 1980-х и начале 1990-х гг. прошлого столетия, когда сохранялся высокий авторитет специалистов, имеющих высшее образование. Считалось, что эти люди обладают глубокими знаниями и умениями и имеют право требовать выполнения указаний.

В 1990-е гг. начался процесс резкого изменения в системе первичной социализации подрастающего поколения: на передний план вышло выживание семьи, не было времени на воспитание детей. Произошло разрушение прежних стереотипов особого восприятия человека с высшим образованием. Они перестали быть теми, чье мнение следует принимать как авторитетное. Стало исчезать уважительное отношение, как в городе, так и на селе к людям, являющими носителями специальных знаний. Их в настоящее время можно свободно получить с помощью интернета. Многие молодые люди стали сначала обращаться к информации о различных болезнях, которая размещается на определенных сайтах, и только затем идти к врачу.

В результате имеющиеся у него знания перестали быть фактором готовности к полному выполнению требований врача. Молодым пациентам нужны более веские аргументы для формирования доверия к нему, тем назначениям, которые он дает больному. Современная молодежь отказывается от авторитарного типа взаимодействия с врачом, который пока поддерживается людьми среднего и старшего возраста (рис.4).

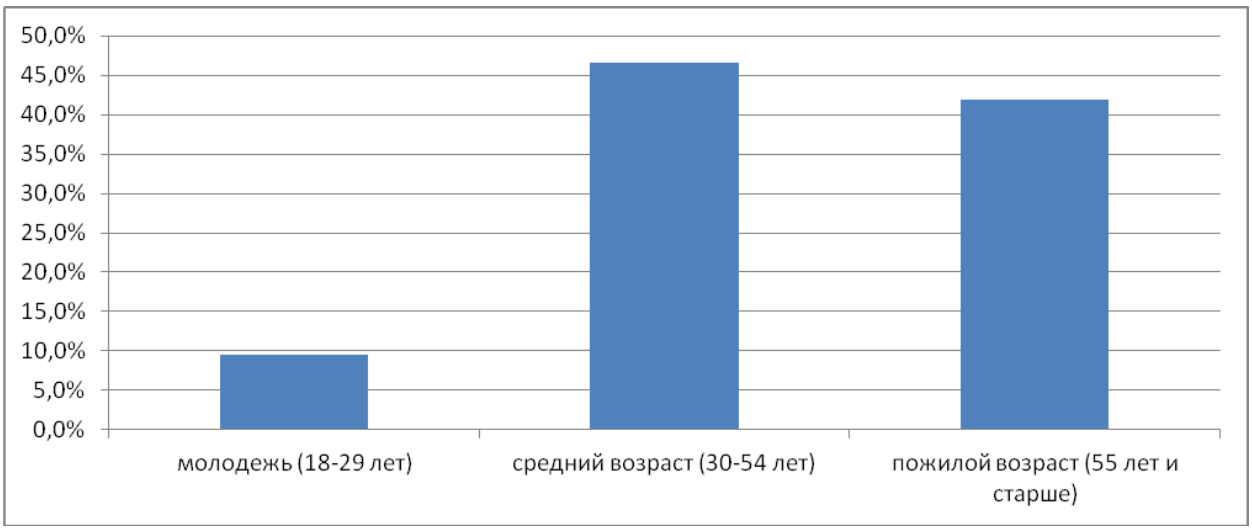

Рис. 4

Влияние возраста пациента на оценку позиции медработника как наставника

Что касается влияния пола респондента на оценку социальной роли медперсонала, то материалы опроса показали, что женщины чаще, чем мужчины видят в медицинском работнике то специалиста, чьи указания следует обязательно выполнять (рис. 5).

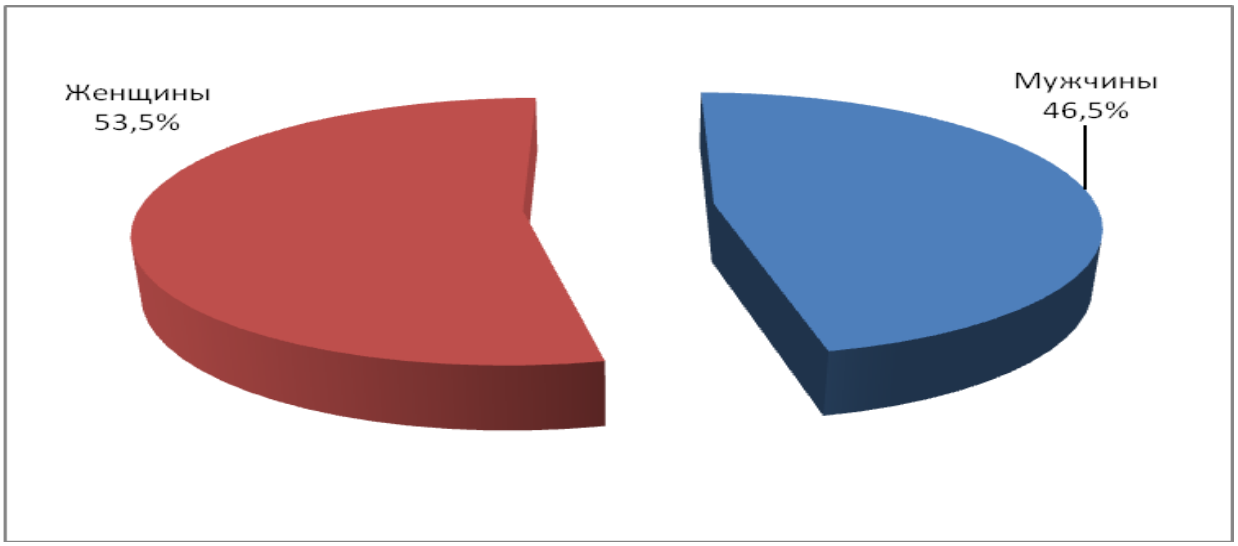

Рис. 5

Влияние пола пациента на оценку позиции медработника как наставника

На наш взгляд, это связано, во-первых, с реализацией стереотипного гендерного поведения, предписывающего женщине искать авторитетного для

них человека в сложных жизненных ситуациях. Во-вторых, следует отметить и специфику женского организма, реализующего репродуктивную функцию, для которой создана целая индустрия, включая и врачей-специалистов, которые на селе отсутствуют. Женские заболевания нуждаются в ранней диагностике, им нужно чаще подвергаться медицинскому осмотру. Поэтому, им необходимо выстраивать связи с медицинским работником таким образом, чтобы врач уделял больше внимания любому подозрительному анализу[115]. К тому же российский социолог медицины Н. А. Вялых поддерживает позицию, что работает гендерный стереотип, когда мужчины редко посещают врача, а также не желают признавать себя больными[116].

Интересной видится позиция таких исследователей как М. Нэпп и Д. Холл, утверждающих, что женщины чаще, чем мужчины используют невербальные формы общения с лечащими врачами: женщины чаще улыбаются, проявляют самые различные невербальные жесты (кивают головой, «гукают»), и временами это создает иллюзию того, что женщина зависима от врача, хотя на самом деле она выстраивает максимально выгодное для нее взаимодействие с медицинским персоналом[117]. Речь идет о том, что женщины-пациентки так используют манипулятивные техники и приемы при взаимодействии с медперсоналом.

Таким образом, как показало наше исследование, уровень образования, возраст и пол пациентов влияют на воспроизводство авторитарного типа взаимодействия общностей в системе медицинского обслуживания на селе: его поддерживают пациенты, имеющие начальное и среднее профессиональное образование, среднего и старшего возраста, а также женщины.

Негативным следствием пассивной позиции пациента в системе взаимодействия с медперсоналом является снижение уровня его

---

[115] Филатова Ю. В. Контексты ценностного отношения женщины к здоровью / Ю. В. Филатова // Педагогика и психология образования. – 2011. – № 3. – С. 99–104.
[116] Вялых Н. А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения: дис. … канд. социол. наук: 22.00.04 / Н. А. Вялых. – Ростов-на-Дону: Юж. фед. ун-т. – С. 89.
[117] Нэпп М., Холл Д. Невербальное общение / М. Нэпп, Д. Холл. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – С. 249.

ответственности за состояние своего здоровья. Об этом свидетельствуют данные, полученные А. А. Богатыревым[118], отмечающим значимость феномена приобретенной беспомощности (learned helplessness), который является продуктом социализации индивида (семья, школа, референтная группа) и ограничивает социально-психологический потенциал индивида. Исследователь пишет, что авторитаризм (патернализм) усугубляет состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациента. Возникают такие паттерны поведения пациентов, как избегание ответственности, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентация на мнение и поведение окружающих, подверженность колебаниям настроения в межличностных контактах. Здоровье становится недостижимой абстрактной ценностью, поскольку постоянно сохраняется ощущения болезни.

О низком уровне ответственности сельских жителей за состояние своего здоровья также пишет И. Ю. Юрова[119]. Автор отмечает конфликт архаичного уклада жизни сельчан с моделью медицинского обслуживания в современных рыночных реалиях. В нашем исследовании медработники указывали, что зачастую ведут прием больных без полиса обязательного медицинского страхования, который сельские жители не стремятся приобрести, снижая тем самым ответственность за своевременное получение помощи в рыночной экономике.

Отечественные исследовали Е. А. Рязанова и Н. А. Лебедева-Несевря провели раздаточное анкетирование работников промышленности в Пермском крае, сравнивая ответы производственного и административно-технического персонала промышленных предприятий, пришли к выводу, что «большинство опрошенных предпочитают лечиться самостоятельно, без врачебной помощи. Приходят на прием к специалисту только в случаях

---

[118] См.: Богатырев А. А. Социальное взаимодействие врача и пациента с приобретенной беспомощностью [Текст] : дис. …. канд. социол. наук: 14.02.05 / А. А. Богатырев. – Волгоград: Волгоградский гос. мед. ун-т, 2015. – 147 с.; Поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью: сравнительный анализ различных групп пациентов / А. А. Богатырев // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 12-10. – С. 2245–2250

[119] Юрова И. Ю. Здоровьесбережение сельского населения: медико-социологический анализ (на материалах Саратовской области) [Текст] : дис. … канд. социол. наук: 14.02.05 / И. Ю. Юрова. – Саратов: Саратовский гос. мед. ун-т им. В.И. Разумовского, 2016. – 185 с.

возникновения сложных ситуаций, с которыми невозможно справиться самостоятельно, 43% опрошенных «производственной» и 58% «административной» группы. Только 3% и 2% опрошенных в изученных группах в случае появления таких симптомов недомогания как слабость, утомленность и т.п., обращаются к врачу …».[120] Это говорит о том, что работники профессий сфер сельского хозяйства и промышленности, где явно присутствуют угрозы здоровью и жизни крестьян и рабочих, мало привержены к здороьесберегающим практикам.

Для выделения особенностей авторитарного типа взаимодействия мы использовали метод виньеток, который представляет собой суждения, детально описывающие действия в ситуациях, которые предлагаются респонденту. Они специально создаются, часто вымышленные на основе варьируемых признаков (экспериментальных факторов)[121]. Своими суждениями информанты (в нашем случае сельские медицинские работники) должны были оценивать предлагаемые типичные ситуации общения с пациентами по 5-балльной шкале. Исследование показало, что ситуации, иллюстрирующую врача-наставника[122], медицинский персонал оценил на 4,05 балла по 5-ти бальной шкале (4,40 − в Далматовском районе; 3,70 − в Камышловском районе).

Большая часть опрошенных признают, что их действия имеют авторитарный характер, поскольку направлены на установление полного контроля лечения пациентов. Об этом свидетельствуют и данные, полученные в ходе оценки пациентами и медперсоналом наставнической

---

[120] Рязанова Е. А., Лебедева-Несевря Н. А. Рисковое поведение работников в сфере здоровья как фактор потерь трудового потенциала промышленного предприятия / Е. А. Рязанова, Н. А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе. Институциональные изменения в России и мире: материалы Международной научно-практической интернет-конференции. – Пермь: Пермский гос. национал. исследовательский ун-т., 2015. – С. 15.

[121] Щербакова М. В. Использование метода «виньеток» в социологических исследованиях / М. В. Щербакова // Материалы [Электронный диск] V Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость». − Екатеринбург: УрФУ, 2016. − С. 10201−10205; Щербакова М. В. Метод виньеток в эмпирико-социологических исследованиях социальных общностей / М. В. Щербакова // Материалы Международной научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе». – Пермь, 2016. – С. 167−169.

[122] Виньетка, иллюстрирующая врача-наставника: *Вы, полностью берёте под свой контроль лечение пациента, наставляете и руководите им. Вы, как отец, можете «поругать» пациента за невыполнение указаний. Вы жестко устанавливаете сроки лечения, ограничиваете действия пациента.*

роли медработника в процессе взаимодействия. Речь идет о том, на какую оценку по 5-ти бальной шкале оценивается позиция медработника как наставника (учителя, контролера), характерная для авторитарного типа (табл. 2).

Таблица 2

Оценка наставнической роли медперсонала в процессе взаимодействия с пациентом (по 5-балльной шкале)

№		Средние баллы		
		Все районы	Далматовский р-н	Камышловский р-н
1	Медицинский персонал	3,60	3,50	3,70
2	Пациенты	3,34	3,34	3,34

Зарубежные исследователи E. J. Emanuel и L. L. Emanuel считают, что пациент не в состоянии самостоятельно найти адекватное решение, и только врач может предложить более или менее понятные варианты для лечения и только затем из предложенных вариантов пациент выбирает один из них, или выслушивая доводы врача соглашается с мнением медицинского работника[123]. Однако, как было отмечено выше, медицинский персонал не стремится к предоставлению полной и понятной для пациента информации о состоянии его здоровья, а также стратегиях и тактиках диагностики и лечения.

Врач скорее осуществляет функцию «механика» (14%), который должен устранить неполадки в организме пациента при возникновении заболевания, поскольку человек ощущает себя «сломанным инструментом» (43,5%). В этом ракурсе можно рассматривать медицинского работника как специалиста по обращению с телом больного как некой машины, в которой нужно умело кое-что подправить, и она снова заработает по-прежнему.

[123] Emanuel E. J. Four models of the physician-patient relationship / E. J. Emanuel, L. L. Emanuel // Journal of the American Medical Association. – 1992. – Vol. 267. – № 16. – Pp. 5–13. – URL: http://www.antoniocasella.eu/salute/Emanuel_1992.pdf (Accessed 17.01.2017)

Эти данные показывают, что и у больного, и у медработника часто отсутствует отношение к человеческому организму как к сложной саморегулируемой системе, когда нарушение в отдельном органе требует, как специальных знаний врача, так и целенаправленной активности самого пациента по восстановлению его функций.

В целом, результаты эмпирических исследований доказывают, что в современном российском селе воспроизводится авторитарный тип взаимодействия между медицинским персоналом и селянами-пациентами. Его основными характеристиками выступают болезнецентристская ориентация, как у пациентов, так и у медработников, которые стремятся во взаимодействии решить «текущую задачу» – снизить симптомы заболевания/вылечить пациента без дальнейшего указания на возможные пути и методы профилактики, связанные с изменениями в образе жизни и повседневной деятельности сельских жителей, а также без учета психологических, эмоциональных особенностей больного, его опыта взаимодействия с системой медицинской помощи.

Вместе с тем, материалы наших исследований показывают, что имеются предпосылки перехода от авторитарного типа взаимодействия к партнерским отношениям. Так, по мнению пациентов, на селе имеется небольшая часть медицинских работников, стремящихся наладить длительный контакт с пациентом (84%), демонстрирующих не только заинтересованность в выздоровлении, но и определяющих дальнейшие здоровьесберегающие модели поведения в повседневных практиках (82%). При этом сами пациенты выразили высокую степень готовности к партнерскому типу взаимодействия с такими специалистами (88%), для которых важен образ жизни больного, его установка на здоровьесбережение и потребность ее реализовать в своей жизни.

Сельские врачи также указывают, что способом преодоления недостатков авторитарного типа является возрождение советской модели здравоохранения, куда входят такие утерянные на сегодняшний день

компоненты как развернутая сеть медицинских учреждений, профилактическая работа с населением врачей, длительное время живущих на селе, большое число койко-мест в стационарах. О партнерском типе взаимодействия, в основе которого пациентоцентристская ориентация, пойдет речь в следующем параграфе диссертации.

2.2. Партнерский тип взаимодействия медицинских работников и пациентов

В партнерском типе взаимодействия реализуется пациентоцентристская ориентация, в основе которой не только лечение заболевания, но и профилактические мероприятия, вписанные в образ жизни пациента и направленные на восстановление/поддержание жизненных сил организма, укрепление здоровья. Кроме того, для медицинского работника становится важным анализ факторов возникновения того или иного заболевания с учетом имеющихся у индивида предрасположенностей к нему, включая и генетическую экспертизу наследственных заболеваний.

Эти исследования позволяют разработать рекомендации, направленные на становление здорового образа жизни больного на основе совокупности сведений об индивидуальных характеристиках его организма. В связи с чем, становится важным решение задачи с раннего детства включить личность в систему постоянной профилактики выявленных в процессе генетической экспертизы возможных болезней. Возникает система борьбы с болезнями опережающей их возникновение. Врач вместе с пациентом, еще в полном смысле этого слова таковым не являющимся, разрабатывает стратегию и тактику организации работы по подавлению самой возможности реализации предрасположенности организма к выявленным негативным изменениям.

Следует отметить, что использование такой системы оказания медицинской помощи даже в городе реализуется пока крайне редко, а в сельской местности практически не применяется. Однако именно на селе с помощью, собираемой в течение многих лет информации о конкретном его жителе на основе сведений о его родителях, прародителях (бабушек и дедушек), живущих в одном месте десятилетия, можно без специальных исследований выявить их предрасположенность к определенным болезням. Если известно, что представители данной семьи в прошлом часто страдали

определенными недугами, то вероятность их появления у детей, внуков возрастает.

Однако для этого требуется, во-первых, закрепление на селе медработников, как это было в недалеком прошлом; во-вторых, создание специального банка информации о болезнях 2-3 поколений конкретных семей, проживающих в данной местности и воспроизводящих многие десятилетия схожий образ жизни. В-третьих, наличие специалистов, способных заниматься вместе с пациентами проектированием и реализацией способов эффективной профилактики тех болезней, к которым они предрасположены.

При этом следует учитывать высокую устойчивость сельского образа жизни, его медленное изменение, вызванное трудностями создания условий, близких к имеющимся в городе. Отсутствие водо- и газоснабжения, работа на приусадебном участке усложняют быт сельского жителя, затрудняя реализацию рекомендаций по более бережному отношению к здоровью. Вместе с тем, наличие доверительного контакта между врачом и конкретным пациентом, в котором раскрываются особенности организации его жизни, совместный поиск способов восстановления организма, способствуют формированию установки на активное сохранение здоровья, самостоятельное отслеживание результатов реализации предписаний специалиста.

Врач в партнерском типе взаимодействия, прежде всего, действует с помощью убеждения, используя имеющиеся у него профессиональные знания для выработки у больной установки на активную борьбу с недугом под контролем и с помощью медработника. В определенном смысле партнерский тип взаимодействия выгоден для оптимизации современной системы медицинского обслуживания, поскольку он позволяет заменить стационарное лечение (когда существует жесткий контроль над пациентами) на амбулаторное за счет повышенного информирования населения об опасных заболеваниях, организации санитарно-гигиенического просвещения

и профилактических осмотров, оказание психологической и социальной помощи для тяжелых больных[124].

Зарубежные исследователи T. S. Szasz и M. H. Hollender[125] определили партнерский тип взаимодействия врача и пациента как «совместное участие» (mutual participation) по типу «взрослый-взрослый» (adult-adult). В данном типе исследователи определили роль врача как вспомогательного персонала (рекомендующего вести образ жизни с минимальной угрозой для здоровья) (physician helps patient to help himself), а активность пациента рассматривается как фактор не менее важный, чем позиция врача. Пациент выполняет роль равноправного участника, обладающего правом совещательного голоса как эксперта (participant in “partnership”/uses expert help). Данный тип взаимодействия часто используется при лечении большинства хронических заболеваний и при психоанализе (most chronic illnesses, psychoanalysis, etc.).

По мнению исследователей, партнерский тип взаимодействия содержит следующие основные элементы:

1) равные полномочия акторов во взаимодействии (equal power);

2) акторы взаимодействия должны быть зависимы друг от друга (be mutually interdependent, i.e. need each other);

3) акторы должны быть вовлечены в деятельность, которая в определенной степени приведет к удовлетворению всех участников взаимодействия (engage in activity that will be in some ways satisfying to both).

На первый взгляд, эта терминология раскрывает специфику взаимодействия медперсонала и пациента в условиях взаимной заинтересованности, но, мы полагаем, что следует применять несколько иной понятийный ряд. Слово равноправие (равные полномочия) не соответствует специфике взаимодействия врача и пациента в целом. Медицинский

---

[124]Пьянзова Т. В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации / Т. В. Пьянзова, Н. Н. Вежнина // Медицина на Кузбассе. – 2014. – № 3. – С. 5–10.

[125]Szasz T. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship / T. Szasz and M. Hollender // Archives of Internal Medicine. – 1956. – № 97 (5). – Pp. 585–592. – URL: http://www.conovers.org/ftp/The-Basic-Models-of-the%20Doctor-Patient-Relationship.pdf (Accessed 15.02.2017)

работник в силу полученного специального образования имеет определенное преимущество в определении, как самой болезни, так и способов ее лечения, что качественно отличает его от пациента.

Нужно говорить скорее о «равновластии», т.е. равном участии в поиске оптимальных способов совместной борьбы с ней и осуществлении профилактики возникновения различных недугов. Данный тип взаимодействия может использоваться для тех пациентов, которые желает активно укреплять свое здоровье, имеют опыт такого общения с медицинским персоналом (experiences).

Согласно некоторым исследователям в отечественном здравоохранении постепенно начинается переход к партнерскому (коллегиальному) типу взаимодействия[126]. Однако, на наш взгляд, необходимо менять не только поведение медработников, но и мышление пациентов, поскольку десятилетиями в отечественном здравоохранении был сформирован подход, согласно которому пациент снимал с себя ответственность за свое здоровье и перекладывал ее на плечи врачей.

По нашим данным, только каждый пятый сельский житель (21,2 %) считает, что сотрудничество/партнерство пациента и врача является фактором, повышающим эффективность лечения заболеваний. Роль этого фактора признается большинством опрошенных нами медработников, но отводимое по действующим нормативам время врача на прием пациента не позволяет сделать это. Партнерский тип взаимодействия предполагает аргументированную длительную беседу, результатом которой является постановка диагноза, медицинские назначения, а также конкретные рекомендации по ведению здорового образа жизни и снижению дальнейших рисков возникновения заболевания.

Для реализации партнерского типа взаимодействия также требуется определенный настрой как медицинского работника, так и самого пациента.

---

[126] Рябова Т. В. Психологические особенности врача, важные при сотрудничестве с пациентом / Т. В. Рябова // Практическая медицина. – 2015. – № 5 (90). – С. 51–55.

У врача должна возникнут установка на длительные отношения с пациентом, принимая во внимание его генетические особенности, образ жизни, привычки, степень готовности к реализации профилактических мер. Следовательно, взаимодействие больного с медработником определяется не абстрактными представлениями об идеальном типе отношений между ними, а опытом, который может иметь существенные различия (культура здоровьесбережения, система организации медицинского обслуживания, представления медработников и пациентов об эффективных способах, как профилактики, так и лечения болезни). Если специалист утверждает важность учета индивидуальных особенностей больного (приобретенные болезни, генетические предрасположенности), тогда и пациент будет ориентироваться на самостоятельное сохранение здоровья и воспроизводство практик здоровьесбережения. Когда такая установка отсутствует у врача, то и у пациента не формируется представление о ценности партнерского взаимодействия.

В современной российской медицинской практике переход от системы «врач-болезнь» (болезнецентристская ориентация) к системе «врач-больной» (пациентоцентристская ориентация) осуществляется очень медленно. В лучшем случае эта идея провозглашается, но, как медицинские работники, так и пациенты, не имеют о ней четких представлений. Кроме того, существует внутреннее противоречие между представлениями о желаемом характере общения с больными, полученными во время обучения в вузе, и реальными возможностями их реализации на практике. Поэтому только каждый пятый опрошенный пациент отметил, что медицинский персонал пытается наладить партнерские отношения с ним.

Партнерский тип взаимодействия обычно реализуется медперсоналом с теми пациентами, болезнь которых имеет хронический характер. Так, 29,8% опрошенных отметили, что врачи пытаются объяснить им 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 (мониторинг), поскольку полностью избавиться от заболевания невозможно и требуется постоянно поддерживать организм в состоянии усиления его жизненных сил с помощью лекарств.

Важной особенностью партнерского взаимодействия является сопровождение жизнедеятельности пациента с определенным заболеванием в течение всей жизни, поскольку игнорирование рекомендаций врача, в том числе несвоевременные обследования ведут к обострению заболевания.

Сложность реализации партнерского типа взаимодействия заключается так же в том, что врач после назначения лечения не контролирует влияние таких негативных факторов, как низкая организованность пациента, ведущая к нарушению режима приема лекарств, психологический климат на работе и в семьях, отрицательно влияющий на организм, его настрой на излечение.[127].

Никто не снимает ответственности с врача за реализацию тактики лечения, ведь пациент может не иметь времени и иных ресурсов для выполнения его требований. Медперсонал должен адаптировать терапию под образ жизни пациентов, не вызывая у него сильного дискомфорта. Для реализации такого подхода оптимальным вариантом выступает партнерский тип взаимодействия.

Однако только два опрошенных медработника из 16 ориентированы на постоянное проявление заинтересованности в таком взаимодействии с пациентом. На наш взгляд, причина заключается в специфике организации лечебной практики на селе: врач может ориентироваться на постоянный мониторинг состояния больного только в том случае, когда он нацелен на длительное проживание в том месте, где работает. Временный характер проживания ведет к тому, что указанная установка не возникает. Врач не видит смысла в побуждении пациента к постоянному взаимодействию с ним, поскольку не знает, сколько времени он проживет в данном сельском поселении.

---

[127]Nunes C. A. F. Готовность больного астмой к сотрудничеству с врачом / C. A. F. Nunes // Астма. – 2009. – Т. 10. – № 1. – С. 37–39.

Исследование показало, что характер сотрудничества медработников и пациентов в социальном взаимодействии по-разному оценивается пациентами и медперсоналом (табл. 3).

Таблица 3

Оценка населением и медперсоналом важности реализации партнерского типа взаимодействия с пациентом (по 5-балльной шкале)

№		Средние баллы		
		Все районы	Далматовский р-н	Камышловский р-н
1	Медицинский персонал	2,65	3,00	2,30
2	Пациенты	3,44	3,46	3,42

Пациенты в большей степени, чем медицинский персонал считают, что диалог врача и пациента позитивно влияет на процесс излечения. Гармония в диаде «врач-пациент» важна, поскольку позволяет пациенту снять психологическое напряжение, стресс, которые возникают во время заболевания (особенно, при тяжелых и хронических заболеваниях)[128].

В ходе общения с пациентом врач выясняет его привычный образ жизни, историю болезней родственников, а обратившийся за помощью осознает важность отказа от некоторых вредных привычек, перестройки труда, быта, отдыха. Также врач может получить определенные гарантии, что пациент будет выполнять понятные для него предписания и рекомендации[129].

Наше исследование показало, что у медперсонала существуют определенные стереотипы по поводу ориентации на данный тип взаимодействия. Городские жители, имея больше свободы в выборе

[128]Пьянзова Т. В. Вопросы взаимоотношений в диаде врач-пациент / Т. В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91. – № 1. – С. 3–7. – Режим доступа: http://tibl-journal.com/wp-content/uploads/journals/2014/1/3_7_63da64af.pdf (Дата посещения: 15.02.2017)

[129]Микиртичан Г. Л. Комплаетность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии / Г. Л. Микиртичан, Т. В. Каурова, О. К. Очкур // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11. – № 6. – С. 5–10.

медучреждения и специалистов, ищут тех, кто активно с ними общается по поводу факторов возникновения болезни и способов лечения. Поэтому сами врачи, работавшие в городе, в большей степени ориентируются на партнерский тип взаимодействия с пациентами.

У сельского медработника утвердилось устойчивое представление о том, что местное население при отсутствии выбора того, кому они доверят свое здоровье, уже свыклось с доминированием авторитарного типа общения с ними врачей/фельдшеров/медсестер. Поэтому медперсонал не проявляют какой-либо активности в переходе к партнерскому типу взаимодействия и воспроизводить привычные практики общения.

Именно по этой причине оценка виньетки, характеризующей врача как партнера по совместному поиску оптимального варианта реализации методов лечения, получила невысокий балл среди сельских специалистов: 4,73 балла из 10[130]. Среди опрошенных пациентов в нашем исследовании 15,1% пациентов отметили, что медперсонал выступает в качестве партнера по взаимодействию, и 8% сельчан определили свою роль на приеме у лечащего врача как соучастника/партнера (как при первичном, так и при повторном посещении).

Также на воспроизводство партнерского типа взаимодействия влияет самооценка здоровья, уровень образования, возраст и пол пациентов.

[130] Виньетка, иллюстрирующая действия врача-коллеги: *Вы с пациентом совместно обсуждаете заболевания пациента, вместе подбираете наилучший план лечения с учетом пожеланий, высказанных пациентом. Пациент и Вы разделяете между собой ответственность за состояние здоровья пациента. Между Вами и пациентом существует взаимное уважение и доверие.*

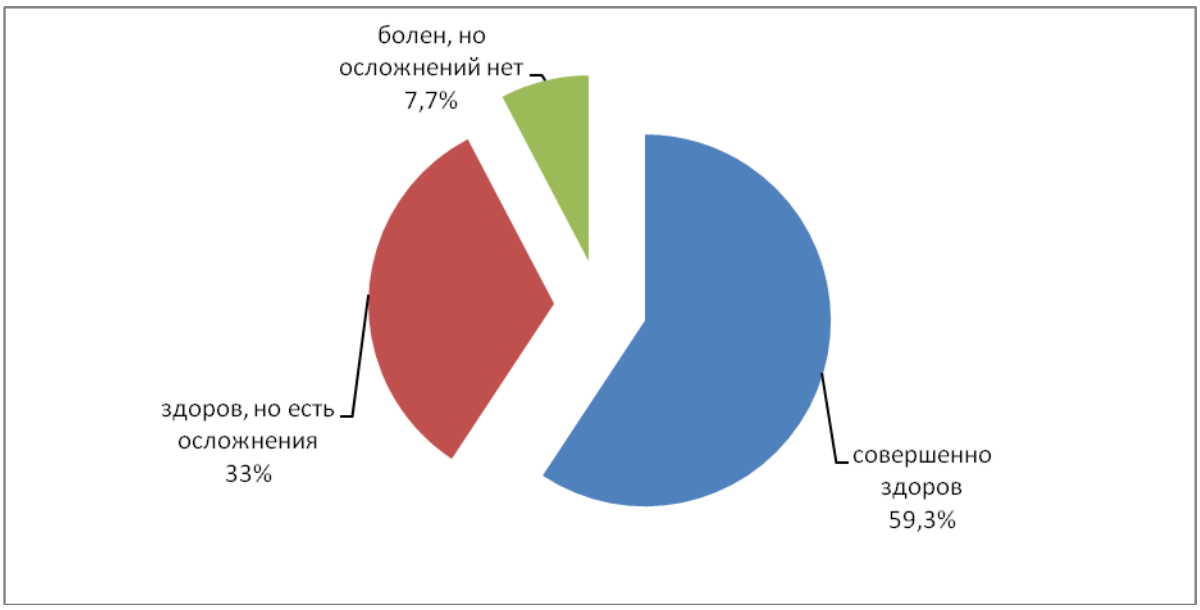

Рис. 6

Влияние самооценки здоровья пациентами на определение позиции медработника как партнера

Данные опроса показывают, что большая часть опрошенных сельских жителей ориентированы на партнерство при отсутствии видимых форм проявления болезней (рис. 6). (Здоровые люди нередко чувствуют угрозу своему организму, поскольку имеют опыт наблюдений о протекании определенных болезней у знакомых, соседей, друзей, родственников).

Сельский образ жизни позволяет общаться с врачом практически в любом месте, что качественно отличает поведение сельчан от городского населения, для которого крайне затруднены случайные встречи с врачом и взаимодействие с ним вне стен медучреждения. На селе социальная дистанция между жителями, имеющими разный статус, в нашем случае врача и пациента, более короткая, что способствует формированию и дальнейшему развития партнерского типа взаимодействия.

Сельчане могут найти своего врача или фельдшера фактически в любом месте: в больнице (на работе), дома, (даже ночью), во время работы в саду/огороде и т.д. Один из опрошенных пациентов уточняет: *«...я могу найти нашего врача практически везде...»* (мужчина, 59 лет). Длительное

проживание медработника на селе повышает готовность, как пациента, так и самого специалиста к партнерскому взаимодействию, в том числе и за пределами поликлиники и амбулатории.

В ходе исследования мы выявили зависимость оценки партнерской роли медработника от уровня образования пациентов. Оказалось, что чем выше уровень образования, тем выше ориентация на восприятие медперсонала в качестве партнера (рис. 7).

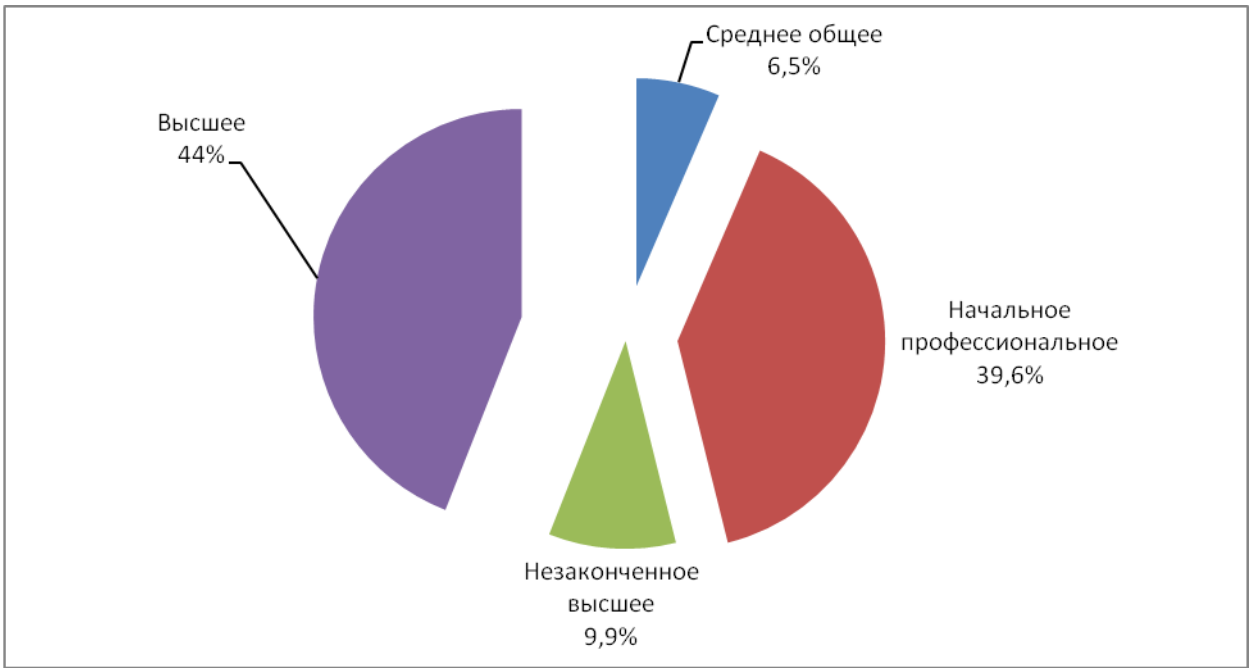

Рис. 7

Влияние уровня образования пациента на оценку позиции медработника как партнера

Образование дает возможность человеку шире и глубже воспринять информацию, которую он получает от специалиста, имеющего знания, позволяющие квалифицированно оказать требуемую помощь. Врачи могут в меньшей степени контролировать ход лечения людей с высоким уровнем образования, доверяя им выполнение большей части предписаний и рекомендаций.

При рассмотрении данного типа взаимодействия следует учитывать влияние фактора возраста. Старение человеческого организма – это

биологический процесс, в современной медицине даже разработан список заболеваний под общим названием «болезни старения»[131]. Соответственно, пожилые люди на приеме ориентированы на получение рекомендаций, обеспечивающих снижение симптомов хронических заболевания. Они в меньшей степени готовы к изменениям в своем образе жизни, им сложнее заниматься профилактикой болезней. Поэтому они в большей степени готовы к сохранению привычного для них авторитарного типа взаимодействия с врачами.

В отличие от них молодое поколение, отличающееся динамизмом и активностью, стремится к партнерству во взаимодействии с медицинскими работниками, получению рекомендаций, касающихся образа жизни и профилактики, самостоятельного восстановления своих жизненных сил. Кроме того, партнерство крайне необходимо для охраны здоровья подрастающего поколения: молодые папы и мамы, а также беременные женщины хотят знать больше о возможных заболеваниях детей и эффективных способах профилактики типичных для них болезней.

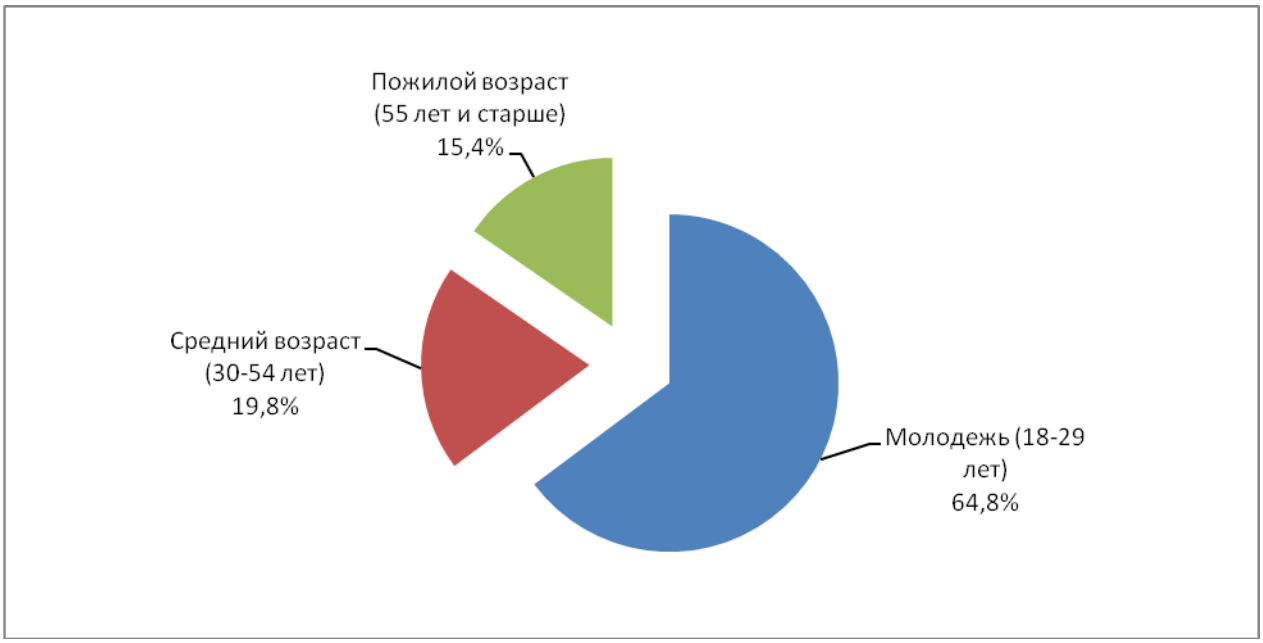

Рис. 8

Влияние возраста пациента на ориентацию на медработника как партнера

[131] Болезни старения. Информационная система «Медицина». [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://informed.ru/bolezni/bolezni-starenia (Дата посещения: 15.06.2017)

Помимо возраста на ориентацию на партнерский тип общения с медработниками оказывает влияние пол респондентов. Результаты опроса показали, что мужчины, больше, чем женщины, стремятся к партнерскому типу взаимодействия с медперсоналом (рис. 9). Это определяется их заинтересованностью в выяснении причин, возникающих у них болезней, поскольку их появления ведет к снижению статуса физически и психически сильного, способного эффективным трудом обеспечить семью, человека. При этом мужчины в меньшей степени заботятся о своем здоровье по сравнению с женщинами до тех пор, пока не проявятся симптомы какого-либо заболевания. Тогда у них возникает высокий уровень страха, побуждающего выяснять с врачом все возможные опасности и способы восстановления жизненных сил организма.

Кроме того, на наш взгляд, на позицию мужской общности влияют особенности социализации мальчиков. Они с детства привыкают, что об их здоровье беспокоится в первую очередь мать, а во взрослом состоянии − жена. Это ведет к тому, что именно женщины (а медработники чаще всего женщины) воспринимается как те люди, которые в большей степени заботятся о здоровье мужчины. Доверяясь им, они меньше занимаются самостоятельным поиском методов и средств борьбы с заболеванием. Поэтому мужчины стремятся получить от врачей широкую информацию, как о болезни, так и о последующей профилактике, чтобы исключить повторные обращения к специалисту.

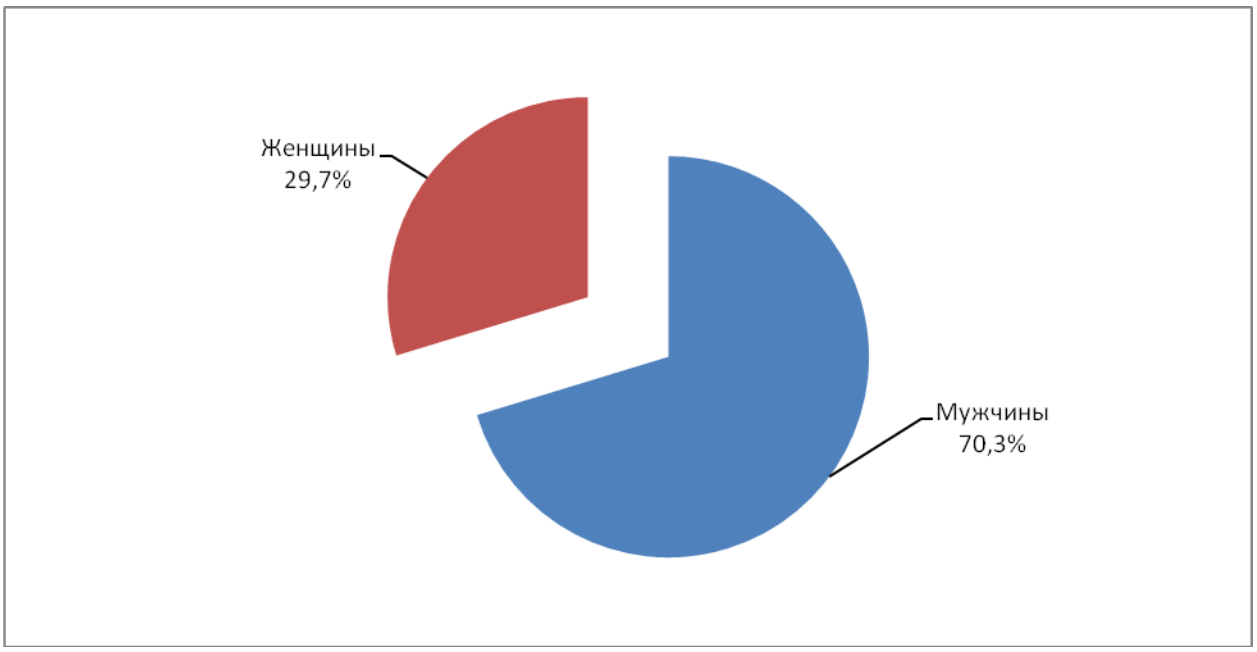

Рис. 9

Влияние пола пациента на ориентацию на медработника как партнера

Вопрос доверия в партнерском типе взаимодействия мы считаем одним из ключевых. Интервью с сельскими пациентами показали, что они испытывают высокое доверие к медработникам, живущим в сельских поселениях: *«раз я пришла к медику, то конечно доверяю ему»* (женщина, 65 лет).

Вместе с тем, ситуация с доверием к медперсоналу имеет противоречивый характер. С одной стороны, при отсутствии альтернативных медицинских учреждений и необходимости обращения к тем врачам, которые имеются в настоящее время, сельский житель *вынужден* доверять во время лечения (45%). С другой стороны, закрепление врача в статусе селянина повышают уровень доверия к нему пациентов, становится фактором, способствующим переходу от «вынужденного» к естественно формируемому доверительному отношению, которые закладывают базис партнерского типа взаимодействия. Пациент в большей степени верит специалисту, предлагающему не только лечение конкретной болезни, но и выявляющему скрытые причины ее появления, генетическую предрасположенность, образ жизни, другие факторы, вызвавшие сбои в

работе организма. Способствует повышению доверия и «сарафанное» радио, которое на селе, в отличие от города, действует быстро и эффективно.

Доверие к медработнику является важным условием возникновения уважительного отношения к нему. Оно проявляется при взаимодействии с авторитетными врачами, имеющими значительный опыт лечения и диагностики (85%), а также тем медработникам, при общении с которыми у пациента, а также у его знакомых и близких, был положительный результат (78%).

Материалы интервью с медицинскими работниками показали: почти все опрошенные считают, что пациенты испытывают к ним уважение. Однако лишь 15% респондентов-пациентов отметили наличие такого отношения к медперсоналу в процессе взаимодействия с ним. Чем вызвано такое расхождение во мнениях двух групп респондентов?

Во-первых, авторитарный тип взаимодействия подавляет реально присутствующее уважительное отношение к медицинским специалистам, а именно он доминирует в сельской системе медицинского обслуживания. Уважение строится на восприятии другого человека как равного, а менторский тон общения, определенное давление на пациента не позволяет ему относиться к врачу как равно заинтересованному в избавлении от недуга.

Во-вторых, снижение уважения к представителям медицинской общности связано с институциональными изменениями: коммерциализацией медицинской сферы, получением высшего медицинского образования частью врачей на платной основе. Считается, что такие специалисты имеют более низкую квалификацию, поскольку еще в школе не приобрели те навыки, которые необходимы как для успешного окончания этого учебного заведения, так и учебы в вузе.

Снижение уважения к врачам все чаще отмечается в повседневной жизни не только селян, но и горожан. По данным исследования 2012 года медицинские работники разных специальностей (n=57) трех регионов – г. Москвы, Калужской и Вологодской областей отмечают хамство и плохие

взаимоотношения между врачом и пациентом. Авторы исследования отмечают, что возможность выбора медицинского учреждения, а также неудовлетворенность качеством получаемых медицинских услуг провоцирует пациентов на подобное поведение. У них всегда имеется возможность поменять врача/поликлинику или обратиться к специалистам online[132].

Снижение доверия и уважительного отношения к представителям медицинской общности становятся барьерами реализации партнерского типа взаимодействия. Наряду с длительным проживанием медработника в сельском поселении и снижением дистанции между ним и пациентов, повысить доверие и уважение к нему в настоящее время можно с помощью современных информационных технологий. В первую очередь речь идет о презентации медучреждения в сети Интернет. Н. А. Лебедева-Несевря отмечает, что в наши дни происходит «тенденция возрастания общественной активности в информационное сфере, увеличение количества альтернативных СМИ, созданных, преимущественно, на базе социальных сетей»[133].

Сайты платных медицинских центров, сосредоточенных в крупных города, имеют красивую яркую графику, они дают достаточно полную информацию о тех специалистах, которые в них трудятся[134]. Сайты же медучреждений, расположенных в малых городах и селах, практически не насыщены необходимой для пациентов информацией. Это является еще одним показателем социального неравенства жителей села и крупного промышленного центра. Они лишены возможности получить удовлетворение от дизайна сайта, размещаемой в нем информации о структуре

---

[132] Чирикова А. Е., Шишкин С. В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Мир России. Социология. Этнология. – 2014. – Т. 23. – № 2. – С. 154–182 – Режим доступа: https://mirros.hse.ru/data/2014/04/22/1320031225/mir%20rossii%20%E2%84%962_%202014%20[Pages%20154%20-%20182].pdf (Дата посещения: 18.01.2017)

[133] Лебедева-Несевря Н. А. Риски-коммуникации как инструмент управления здоровьем населения / Н. А. Лебедева-Несевря // Анализ риска здоровья. – 2014. – № 2. – С. 84.

[134] См., например [Электронные ресурсы]: сайт клиники Династия (Екатеринбург). Режим доступа: http://www.dinastiy.ru/ (Дата посещения: 18.05.2017); Семейная клиника Ваш доктор (Екатеринбург). Режим доступа: http://ksmvd.ru/ (Дата посещения: 18.05.2017) и др.

медучреждения, специалистах, осуществляющих прием, отзывах пациентов об их работе и т.п.

Повышение доверия и уважения пациентов к медицинскому персоналу сельских поселений становятся важным условием формирования эмоционального настроя на активное взаимодействие врача и больного во время приема, а также при проведении лечебных процедур. Эмоциональная поддержка характеризует отношение между людьми, которое направлено на создание системы взаимопонимания и согласования: для врача важно, чтобы пациенты приняли лечение и предлагаемые способы профилактики, и больные в свою очередь стремятся избавиться от болезни и поддерживать организм в здоровом состоянии. По результатам анкетного опроса в г. Ростове-на-Дону (N=766) исследователя Н. А. Вялых, нашел сильную значимую связь доступности медицинской помощи и оценки качества медицинского обслуживания: «чем ниже оценка доступности и качества медицинской помощи, тем менее корректное к себе отношение испытывают горожане»[135].

Эмоциональная поддержка предстает как система позитивных ожиданий, надежд, укрепляющих чувственно-эмоциональное состояние человека, и, соответственно, человек, настроенный позитивно, выздоравливает быстрее. 52% пациентов в нашем исследовании указали, что стремятся от медицинского работника получить эмоциональную поддержку и только третья часть опрошенных получает ее в практиках взаимодействия со специалистами.

Действия медицинского персонала обусловлены, зачастую, не только отсутствием ориентации на длительное взаимодействие, требующее позитивного эмоционального воздействия, но и отчасти «эмоциональным выгоранием». «Врачи и другие работники медицинской сферы находятся в

[135] Вялых Н. А., Савченко Л. А. Феномен потребления медицинской помощи в дискурсе социологии повседновсти / Н. А. Вялых, Л. А. Савченко // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2015. – № 1-1 (51). – С. 31.

особой группе риска в отношении развития синдрома эмоционального выгорания»[136].

Продолжительное воздействие стрессовых ситуаций на профессиональном поприще ведет к постепенному эмоциональному и когнитивному истощению, физическому и эмоциональному утомлению, что снижает степень удовлетворенности от работы, а также ведет к утрате сострадания и сочувствия к пациенту. Пациент на приеме хочет получить от специалиста надежду на выздоровление, которую медработник не рассматривает как значимую при реализации своих профессиональных функций.

Вопрос об эмпатии как профессиональном качестве подняли в своей работе Н. В. Майсак и С. И. Маджаева[137], которые полагают, что специализация врача оказывает влияние на отношение к пациенту и взаимодействию с ним. Д. А. Марченко-Тябут утверждает: «Наиболее неблагоприятная картина складывается у врачей-терапевтов. Особенности работы, дефицит времени в условиях амбулаторного приема, необходимость постоянного тесного контакта с больными и их семьями, ожидание и развитие неблагоприятных исходов у хронических больных, ощущение собственного бессилия перед лицом болезни приводят к развитию выраженных нарушений, характерных для формирования личностной тревоги»[138]. Именно врачи-терапевты осуществляют прием больных в сельских поселениях, и именно они попадают в «зону риска», связанного с синдромом «эмоционального выгорания».

Наличие эмоциональной усталости также становится барьером реализации партнерского типа взаимодействия и может привести к ошибкам

---

[136] Силкина А. А., Саншокова М. К., Сергеева Е.С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом [Электронный ресурс] / А. А. Силкина, М. К. Саншокова, Е.С. Сергеева // Медицинские интернет-конференции. – Режим доступа: https://medconfer.com/node/4331 pdf (Дата посещения: 18.06.2017).

[137] Майсак Н. В., Маджаева С. И. Девиативный медицинских дискурс как неэффективный стиль взаимодействия врача и пациента / Н. В. Майсак, С. И. Маджаева // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С. 133–137.

[138] Марченко-Тябут Д. А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // Медицина. – 2005. – № 2. – С. 80.

при диагностике заболевания и последующих назначениях. К сожалению, объективные статистические данные о врачебных ошибках в России и мире в целом отсутствуют (такие данные в России даже не собираются). Главным основанием того, почему сбор этих данных затруднен, является проблематичность самого определения «врачебной ошибки», поскольку отсутствует общепринятое определение данного понятия.

Необходимо отметить, что врачебные ошибки необязательно влекут за собой уголовное судопроизводство: пациент с тяжелым заболеванием может умереть в любом медицинском учреждении, поэтому его смерть во время лечения не является ошибкой врача и тем более преступлением. Конечно, если обратное не докажет экспертиза.

В современной науке чаще всего считают, что врачебная ошибка – «следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности заключается в исключении умышленных преступных действий – небрежности и халатности, а также невежества»[139].

По результатам нашего исследования каждый пятый опрошенный пациент испытывает страх врачебной ошибки. Он затрудняет воспроизводство и развитие партнерства во взаимодействии и становится преградой на пути реализации длительных устойчивых, основанных на доверии и уважении, отношениях.

Повышение ответственности медработника перед пациентом возможно, как отмечают западные исследователи[140], при заключении специального договора (контракта), который формализует отношения между пациентом и врачом. Однако его заключение не входит в привычную схему взаимодействия сельского жителя с медицинским специалистом. Только каждый десятый пациент и каждый девятый медработник отметили

---

[139] Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия. – М., 1928. – Т. 5. – С. 697–700.

[140] См., например: Beisecker A. E. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? / A. E. Beisecker // Health Communication. – 1990. – № 2:2. – Pp. 105–122; Thomasma D. C. Models of the Doctor-Patient Relationship and Ethics Committee : Part Two / D. C. Thomasma // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 1994. – № 3. – Pp. 10–26.

позитивное действие контракта на характер взаимодействия между ними.

Для сельской глубинки построение договорных отношений противоречит устойчивым традициям общения с врачами и укладу жизни, построенной на доверии, что и отличает ее от города. В нем жизнедеятельность горожан характеризуется в наше время постоянным оформлением возникающих на производстве, в сфере ЖКХ, ремонта, приобретения машины, мебели документов, регулирующих отношения между физическими и юридическими лицами.

Только 15,7% сельских пациентов на приеме у сельского врача чувствуют себя «заказчиками медицинских услуг». Это, в основном молодежь, которая руководствуется иными ценностям, чем их родители, выросшие при социализме. Духовные ценности семьи, дружбы и здоровья занимают у них не такие высокие места как в советском прошлом. Сегодня выше для молодежи ценности собственности, денег и достатка[141]. Молодые люди хотят видеть себя лицами, заключающими настоящие деловые контракты, вступая во взаимодействие с врачами. Те должны выполнить свои обязательства, а пациенты – свои.

Несмотря на низкую степень привлекательности договора, его заключение содержит в себе определенные положительные моменты, такие как: формирование ответственности за решения, дисциплинированность, юридическая безопасность (действие договора между пациентом и врачом). Пациенты и врачи могут опираться на установленные нормы договора (контракта) и действовать по выработанной программе, хотя и здесь могут возникнуть проблемы с неверной интерпретацией рекомендаций и замечаний медицинских работников. Сельские жители в целом не готовы к принятию договорных отношений в системе медицинского обслуживания[142].

---

[141] Молодежь Новой России: образ жизни и ценностные приоритеты. – М.: Институт социологии РАН, 2007. – С. 106–119. – Режим доступа: http://www.isras.ru/analytical_report_Youth_7_1.html (Дата посещения: 26.02.2017)

[142] Следует заметить, что в Пермском крае проводился подобный эксперимент, но результаты были негативные по критерию восприятия договорных отношений между врачами и пациентами. См.: Крашенникова Ю. А. Опыт и перспективы стимулирования государством развития частных врачебных практик в сельской местности (некоторые итоги Пермского эксперимента) / Ю. А. Крашенникова, Е. Л.

Вместе с тем, последнее десятилетие в сфере оказания медицинской помощи действует нормативный документ − информированное добровольное согласие[143], подписываемый пациентом, в котором указывается, что он не возражает против медицинского вмешательства и позволяет врачам совершать определенные действия в соответствие с установленными стандартами медицинского обслуживания[144]. Информированное добровольное согласие является юридическим документом, который сможет послужить защитой как пациентам, заставив медицинский персонал выполнять стандарты оказания медицинской помощи и добросовестно проводить процедуры, так и врачам от потенциальных исков со стороны пациентов, недовольных медицинскими услугами.

Мы полагаем, что этот документ может выступать одним из показателей реализации партнерского типа взаимодействия. Это связано с тем фактом, что медицинскому персоналу в соответствии с документом необходимо представить пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его здоровья, и дать рекомендации, с которым пациент либо соглашается, либо отказывается. Учитывая тот факт, что медицинские работники неохотно делятся с пациентами информацией по его заболеванию, информированное добровольное согласие становится инструментом возможного давления со стороны пациента на медицинского работника.

Получив его, пациент может оказывать определенное влияние на процесс оказания медицинской помощи. По мнению A. E. Beisecker, большинство пациентов желают управлять медицинскими работниками и

Зуева, Е. В. Шуралева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2012. – № 4. – С. 120–135. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/opyt-i-perspektivy-stimulirovaniya-gosudarstvom-razvitiya-chastnyh-vrachebnyh-praktik-v-selskoy-mestnosti-nekotorye-itogi-permskogo (Дата посещения: 22.02.2017)

[143] Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу от 01.01.2017). – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/0b1cadf39ebeb0f1fed2ef0b8ebab5973197d7f1/ (Дата посещения: 18.01.2017)

[144] Информированное согласие (informed consent) особенно продвигается в западной медицинской практике и научной литературе. См.: Faden R. R., Beauchamp T. L. A History and Theory of Informed Consent / R. R. Faden, T. L. Beauchamp. – New York: Oxford University Press, 1986. – URL: https://books.google.ru/books/about/A_History_and_Theory_of_Informed_Consent.html?id=jgi7OWxDT9cC&redir_esc=y (Accessed 18.01.2017)

влиять на принятие ими решений. В то же время врачу как профессионалу невозможно представить, что он будет общаться с пациентом на равных[145]. Мы считаем, что равенство в партнерском типе взаимодействия следует понимать, как право получения пациентом от медработника всей информации, которая позволит ему согласиться с мнением специалиста. D. T. Kenny[146] пишет, что пациенты лучше исполняют предписания врача, если во время приема им была изложена вся информация ясно и четко[147].

Врач в процессе партнерского взаимодействия пытается возвысить пациента до собственного уровня, раскрывая механизм заболевания и его возможные последствия, включая и те, к которым может привести даже частичное невыполнение требований. Таким образом, врач обеспечивает более полное принятие больным курса лечения.

В ходе исследования мы выяснили, что сельским пациентам не удается в полной мере установить партнерские отношения с медперсоналом; причиной становится их неуверенность в выполнение взятых на себя обязательств по лечению и профилактике (89%). Пациенты полагают, что инфраструктура села (75%), а именно отсутствие в ней объектов, направленных на поддержание физического здоровья (оздоровительных центров), становятся препятствиями реализации здоровьесберегающих практик. *«Я, может быть, и занялась каким-нибудь видом спорта для поддержания своего здоровья, но где ж на селе этим заниматься, и с кем...»* (женщина, 43 года). Кроме того, поддержание физической формы требует от сельчанина времени, которое он, как правило, в весенне-летне-осенний период проводит на приусадебном участке (58%). *«А когда заниматься? Нужно картошку выращивать, да с хозяйством управляться*» (мужчина, 51 год).

---

[145] Beisecker A. E. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? / A. E. Beisecker // Health Communication. – 1990. – Vol. 2. – № 2. – Pp. 105–122. doi: 10-1207/s15327027hc0202_4

[146] Kenny D. T. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation / D. T. Kenny // Psychology & Health. – Vol. 10. – № 5. – Pp. 427–437. doi: 10.1080/08870449508401961

[147] D.T. Kenny замечает, что пациенты редко высказывают собственные недовольства прямо на приеме в лицо лечащему врачу (пациенты чаще жалуются близким, знакомым или другим лицам). См.: Kenny D. T. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation / D. T. Kenny // Psychology & Health. – Vol. 10. – № 5. – Pp. 427–437. doi: 10.1080/08870449508401961

Вместе с тем, медперсонал убежден, что большая часть селян готовы к взаимодействию на принципах партнерства, поскольку поддержание здорового образа жизни, в первую очередь, зависит непосредственно от желания самого пациента, его дисциплинированности и ответственности. *«Если пациент захочет, он сможет заняться собой и своим здоровьем...»* (врач, стаж работы 43 года)

Опрошенные нами специалисты, с одной стороны, говорят о возможностях реализации партнерского типа взаимодействия, а, с другой стороны, весьма пренебрежительно отзываются о необходимости насыщения информацией пациентов и их обучении стандартам и нормам здорового образа жизни. Как отмечает врач-терапевт: «*как сказано, так и надо делать*» (врач-терапевт, женщина, 67 лет). В скрытой форме среди врачей бытует мнение о пациентах как о взрослых, ведущих себя в состоянии болезни как дети, которых надо наставлять, а не учить.

Противоречивость в оценках медицинских работников партнерского типа взаимодействия объясняется их низкой готовностью решать сложные этические проблемы, а также выполнять определенные профессиональные обязанности. Зарубежные исследователи C. C. Macpherson и R. M. Veatch выявили, что опрошенные студенты медицинских вузов не готовы однозначно решать сложные нравственные вопросы, связанные с уровнем информированности о реальном состоянии больного, особенно с тяжелой патологией. Например, выясняется, что болезнь прогрессирует и требуется резкий переход к иному образу жизни с большим перечнем ограничений. Большинство опрошенных (86% от рожденных на территории США, и 52% от рожденных в иных странах) высказались, что скажут об этом больному, поскольку утаивание является нарушением права пациента быть информированным[148].

[148] Macpherson C. C., Veatch R. M. Medical Student Attitudes about Bioethics / C. C. Macpherson, R. M. Veatch // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2010. – № 19. – Pp. 493–494. doi: 10.1017/S0963180110000381

Постановка вопроса в таком ракурсе актуализирует проблему гуманного отношения врача к пациенту. Что принять в данном случает за критерий гуманизма: полное информирование пациента о заболевании либо сокрытие информации для сохранения эмоциональной и психологической стабильности/комфорта пациента? Решение данного вопроса − неоднозначно.

Мы полагаем, что в партнерском типе взаимодействия важен настрой пациента на принятие лечения и последующее здоровьесберегающее поведение. Так, по исследованиям Л. Е. Петровой и коллег[149], опрошенные врачи г. Екатеринбурга используют в своей практике методы убеждения, когда наступает опасность отказа пациента от прохождения терапии. Зачастую дополнительная информация становится стимулом для включения стандартов и принципов здорового образа жизни в повседневные практики жителей села.

Умение убедить пациента в необходимости, как лечения, так и дальнейшей профилактики свидетельствует о высокой степени профессионализма медицинского работника. Материалы исследования свидетельствуют, что каждый десятый опрошенный считает, что медицинский работник является высококвалифицированным специалистом, предоставляющим ему медицинские услуги высокого качества. Следует отметить, что это − не экспертная оценка специалиста, а субъективные представления селян, не имеющих профессиональных знаний и компетенций. При этом, авторитет врача-терапевта выше, чем у фельдшера, однако численность фельдшеров превосходит число врачей.

Современные представления сельских жителей о профессионализме медицинского персонала связаны и с участием самого пациента в обсуждении диагностики и лечения. Так, по результатам опроса сельских пациентов 35,8% респондентов ожидают, что специалист будет обсуждать с ними стратегию и тактику медицинского воздействия. Однако ни один из

[149] Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее (исторический и медико-социологический анализ) [Текст] / К. В. Кузьмин, Е. В. Семенова, Л. Е. Петрова, А. Г. Закроева; ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. – Екатеринбург: Издательство УГМУ. – 2016. – С. 134–147.

опрошенных нами пациентов не указал на дальнейшую совместную выработку с врачом мер, связанных с действенной профилактикой болезней.

Следовательно, несмотря на готовность сельского населения к партнерскому типу взаимодействия пациентоцентристская ориентация во взаимодействии с медицинским персоналом пока еще не актуализирована в полной мере.

В целом, материалы проведенного нами социологического исследования позволяют прийти к следующим выводам. Наиболее распространенным типом взаимодействия между врачом и пациентом в системе медицинского обслуживания на селе является авторитарный. Российское село характеризуется консервативными ориентациями во взаимодействии врача и пациента, поиск защиты и опеки в сфере здоровья сельчанин ищет, прежде всего, у медицинского работника.

Большая часть опрошенных пациентов видят в медицинском работнике отца/наставника, что соответствует авторитарному типу взаимодействия (рис. 10).

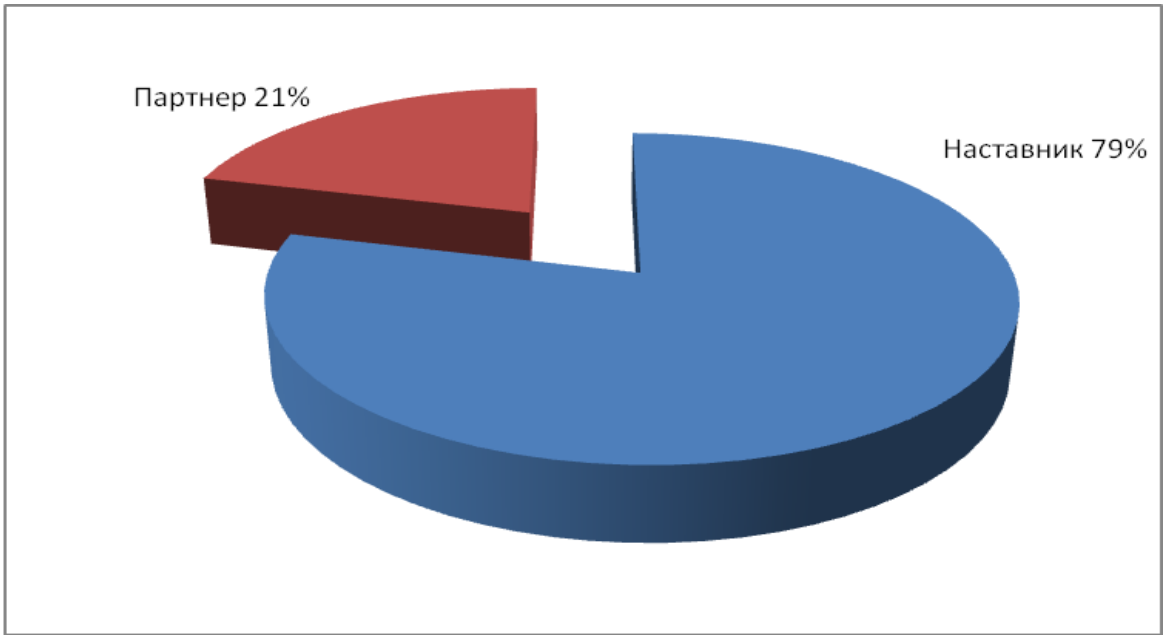

Рис. 10

Роль медицинского работника в системе медицинского обслуживания на селе

Сами же пациенты ощущают себя исполнителями воли медработника, что соответствует авторитарному типу взаимодействия с ними (рис. 11).

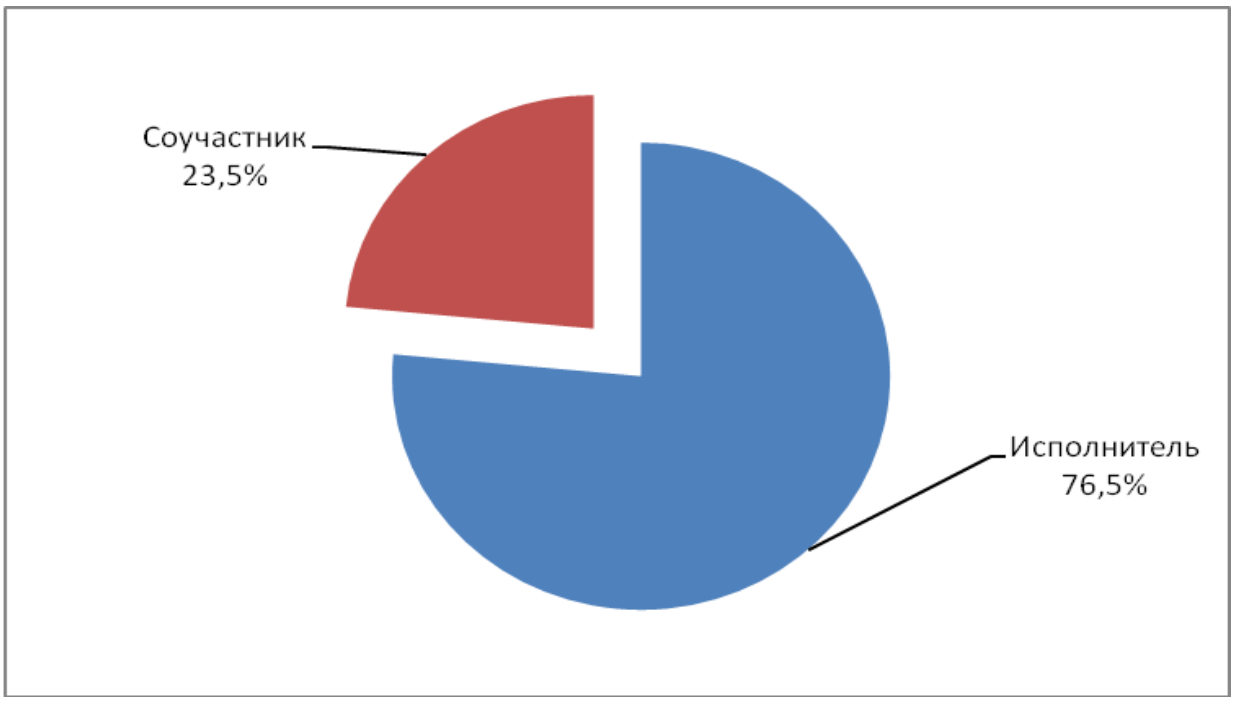

Рис. 11

Позиция пациента в системе медицинского обслуживания на селе

Что касается медицинского персонала, то результаты исследования показали, что врачи, фельдшеры и медицинские сестры, работающие в системе медицинского обслуживания на селе, оценивают взаимодействие с пациентами, прежде всего, с позиций авторитарного типа.

Воспроизводство авторитарного типа взаимодействия медицинских работников и пациентов влияет на оценку их удовлетворенности системой оказания медицинской помощи: 84,9% пациентов-сельчан остаются неудовлетворенными современной сельской системой оказания медицинских услуг, а половина опрошенных нами медицинских работников не удовлетворена взаимодействием с пациентами.

Результаты интервью с сельскими пациентами убедительно продемонстрировали, что представители старшего поколения (55 лет и старше) сравнивают современное здравоохранение с той системой, которая

функционировала в Советском Союзе: зачастую нынешнее здравоохранение многоукладного типа (сочетание бюджетной системы со страхованием и наличием коммерческого сектора медицины) проигрывает советскому здравоохранению бюджетного типа.

Главная проблема – это коммерциализация государственного сектора российского здравоохранения. «*В государственных больницах становится больше платного, что должно быть бесплатным...*» (мужчина, 65 лет). Поскольку, несмотря на негативное мнение больных (не только в сельской местности), коммерциализация не противоречит российскому законодательству, то в скором будущем в России будет усилен коммерческий сектор, включая и государственные медучреждения.

Мы полагаем, что причины неудовлетворенности как пациентов, так и медицинских работников системой медицинского обслуживания на селе имеют и институциональные основания функционирования системы здравоохранения в целом. Речь идет о следующем.

Во-первых, рыночные отношения привели к перестройке всей системы медицинского обслуживания, которая стала базироваться на бюджетно-страховых принципах. Получение медицинских услуг стало возможным только при условии наличия полиса обязательного медицинского страхования, тогда как в советской системе здравоохранения медицинское обслуживание независимо от видов и форм медицинских услуг оказывалось бесплатно для пациента. Если городской житель оперативно отреагировал на новый формат медицинских услуг, то сельские жители в силу своей консервативности и воспроизводства традиций и обычаев, с трудом принимают новую систему, в которой высокотехнологичные виды медицинского обслуживания становятся, зачастую, недоступными.

Во-вторых, медицинские работники в нашем исследовании − это, в основном, представители среднего и старшего поколений, успевшие начать профессиональную деятельность в системе государственного бюджетного медицинского обслуживания. Наблюдаются трудности в адаптации к новым

отношениям с пациентами, которые диктует страховая медицина и рыночные отношения, в которых пациент трансформируется в клиента − заказчика медицинских услуг. Информационная асимметрия, экспертное знание − факторы, которые традиционно побуждают медработников к авторитарному типу взаимодействия.

Мы полагаем, что современная российская система медицинского обслуживания тормозит переход от авторитарного к партнерскому типу взаимодействия, несмотря на провозглашение новых стандартов, и норм здорового образа жизни. Медицинский работник остается наставником для пациента и практически не участвует в формировании и воспроизводстве у него здоровьесберегающих практик. Материалы исследования показали, что ни пациенты, ни опрошенный нами медперсонал сельских поселений не готовы к принятию пациентоцентристской ориентации во взаимодействии, руководствуясь авторитарными принципами оказания медицинской помощи.

Заключение

Теоретический анализ сущности и содержания взаимодействия медицинских работников и пациентов, факторов, его определяющих с позиций социологического подхода, а также результаты эмпирико-социологического исследования позволили нам прийти к следующим выводам.

Базовым условием эффективного функционирования сельского здравоохранения является воспроизводство системы взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, под которым в диссертации понимается процесс непосредственного воздействия медицинских работников и пациентов друг на друга, в основе которого лежат нормативные действия, в том числе закрепленные в традициях образа жизни в селах, реализуемые в условиях усиливающегося неравенства доступа к медицинской помощи.

Институционализация системы медицинского обслуживания на селе проходила в несколько этапов.

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 − сер. XIX вв.) возникают предпосылки формирования системы медицинского обслуживания на селе: появляются светские люди (врачеватели), а также монахи, которым дозволялось заниматься излечением больных людей. Однако доступ к медицинской помощи сельского жителя был ограничен, получить медицинские услуги могли лишь либо состоятельные крестьяне, либо участники войн. Врачеватель в процессе взаимодействия с пациентами был ориентирован на излечение и использование для этого достижений медицины как науки.

Третий этап − это время создания организационных форм медицинского обслуживания сельского населения, становления и развития земской медицины. Главная инновация земской медицины − это медицинское обслуживание как форма социальной помощи (службы) населению 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 стали внедрять принципы равного доступа к медицинской помощи, как для горожан, так и для сельчан, начинаются процессы «массовизации» медицинской профессии, формируется система профилактики. Отсюда важным становится ориентация во взаимодействии медперсонала и пациентов не только излечение, но и на превентивные мероприятия, закрепляющие здоровый образ жизни.

Современный этап развития системы медицинского обслуживания на селе связан с внедрением принципов рыночных отношений: территории, не обладающие значительными трудовыми ресурсами или иными потенциалами развития в экономических аспектах, стали лишаться медицинских учреждений, молодые специалисты стремились закрепиться в крупных городах, что ограничивало доступность сельчан к медицинским услугам.

Таким образом, в современной системе медицинского обслуживания сельского населения закрепилось социальное неравенство, которое проявилось в следующих моментах.

Во-первых, развитие и успешное функционирование негосударственных медицинских учреждений осуществляется в городах, а пациенту-селянину нужно преодолеть значительное расстояние для получения медицинских услуг в негосударственном секторе.

Во-вторых, в настоящее время наблюдается утверждение и развитие ведомственных учреждений здравоохранения различных типов и видов, в

которых объектом медицинского обслуживания выступают работники строго определенных 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 за помощью к ним в близлежащие города.

В-четвертых, выпускники медицинских вузов стремятся остаться и закрепиться после окончания обучения в городе, поэтому сельское население довольствуется теми медицинскими работниками, которые по тем или иным причинам приезжают на работу в село.

В-пятых, востребованность практик самолечения у сельского жителя значительно выше, чем у городского: он занимается самолечением по необходимости даже при высокой готовности к взаимодействию с официальной медициной, поскольку доступность в получении медицинских услуг оказывается очень низкой.

В-шестых, здоровьесберегающая инфраструктура сельских поселений развита крайне слабо, соответственно, у селян формируется иная по сравнению с городом культура здоровьесбережения.

Особенности современной ситуации в системе медицинского обслуживания на селе позволили определить в работе факторы, определяющие специфику взаимодействия медицинского персонала и пациентов, среди которых: политика государства (макрофакторы), региональная инфраструктура, в том числе и кадровое обеспечение системы медицинского обслуживания (мезофакторы), а также доверие к медперсоналу и ориентации во взаимодействии на лечение болезни, либо на лечение самого пациента и поддержание его здорового образа жизни (микрофакторы).

В работе утверждается, что современная политика государства в сфере медицинского обслуживания на селе усиливает социальное неравенство в доступе к медицинским услугам и формирует болезнеценстристскую ориентацию в системе взаимодействия врача и пациента. Речь идет о том, что

пациент занимает пассивную позицию и выступает исключительно объектом медицинского воздействия, предписаний и рекомендаций со стороны медицинского работника, который также ориентирован только на излечение болезни, без установления особенностей образа жизни пациента, его восприятия заболевания, рода деятельности, быта и т.п., которое затрудняет становление культуры здоровьесбережения и поддержания здорового образа жизни.

Данный тип взаимодействия определен в работе как авторитарный. Опираясь на результаты эмпирического исследования, в работе утверждается, что 79% сельских пациентов полагает, что врач реализует в процессе взаимодействия роль наставника, а сам пациент ощущает себя исполнителем его рекомендаций (76,5%).

Пациентоцентристская ориентация во взаимодействии формирует партнерский тип. Его реализация опирается на представления о том, что причиной множества заболеваний является неправильный образ жизни, негативные эмоциональные реакции на разные повседневные ситуации. Медицинскому персоналу нужно учитывать влияние тех факторов, которые влияют на состояние здоровья человека, обратившегося за помощью.

Медработник, собирая информацию, как о заболевании, так и о факторах образа жизни пациента, предлагает ему не только тактику лечения болезни, но и стратегию по сохранению и воспроизводству жизненных сил для активной жизнедеятельности и минимизации жизненных потерь при возможных заболеваниях в будущем. Полученные эмпирические данные свидетельствуют, что только 21% сельчан видят во враче партнера и себя воспринимают как соучастника взаимодействия 23,5% опрошенных.

Во всех типах взаимодействия выражен принцип информационной асимметрии, которая актуализирует вопрос доверия пациента к медицинскому персоналу. Результаты анализа показали, что доверие возрастает в условиях длительных отношений с медработником. Если медицинский работник ориентирован на длительное проживание на селе, то

доверие к нему со стороны сельчан будет выше, поскольку он будет активно включен в сельский образ жизни, будет видеть его особенности и ориентировать население на поддержание и сохранение здоровья. При этом доверие к медработнику в условиях села перестанет быть вынужденным, и будет способствовать воспроизводству партнерского типа взаимодействия.

В работе утверждается, что существует зависимость между выбором типа взаимодействия и социально-демографическими характеристиками пациентов. Так, мужчины, молодые селяне и пациенты, имеющие высшее образование чаще ориентированы на партнерский тип взаимодействия. Пожилое и старое население, женщины и люди со средним общим и средним профессиональным образованием отдают предпочтения авторитарному типу отношений с медицинским персоналом.

Основными барьерами перехода от авторитарного к партнерскому типу взаимодействия являются снижение уровня доверия и уважения к медперсоналу со стороны пациента, отсутствие инфраструктуры для поддержания и развития здоровья на селе, воспроизводства здоровьесберегающих практик в образе жизни сельчанина, а также политика государства в сфере медицинского обслуживания, которая нацелена, с одной стороны, на повышение доступности сельского жителя к получению медицинских услуг, а, с другой стороны, не определяет и не задает траектории для формирования длительных отношений с медицинским персоналом жителей сельских поселений.

На основе вышеизложенных выводов можно предложить следующие рекомендации, направленные на переход от авторитарного типа взаимодействия к партнерскому на уровне конкретных медицинских учреждений и администраций сельских поселений:

1) проведение мероприятий, формирующих здоровьесберегающую культуру для разных возрастных групп сельского населения (лектории, игры, практики и пр.);

2) для привлечения и удержания молодых специалистов на селе необходимо создать условия (бытовые, транспортные и пр.), позволяющие повышать качество жизни, характерное для городской среды обитания;

3) создание и поддержание сайтов медицинских учреждений с обязательным наличием обратной связи в виде вопросов и комментариев пациентов о работе медицинских работников;

4) при обращении пациента к медицинскому работнику важно формирование социального облика пациента: особенностей образа жизни и пр., которые позволят специалисту разработать конкретные рекомендации по поддержанию здорового образа жизни и исключению рецидивов.

В ходе теоретического и эмпирического исследований, мы вышли на идею о том, что система здравоохранения в России не позволяет произвести переход от авторитарного к партнерскому типу взаимодействия, несмотря на громогласное провозглашение стандартов, и норм здорового образа жизни.

Медработник остается наставником для пациента и фактически не участвует в формировании и воспроизводстве здоровьесберегающих практик поведения пациентов. Данные нашего исследования показали, что пациенты и опрошенный нами медперсонал сельских поселений не принимают пациентоцентристской ориентации во взаимодействии, руководствуясь авторитарными принципами в системе медицинского обслуживания.

Перспективным направлением дальнейших исследований является проведение мониторинга общественного мнения о проблемах отечественного здравоохранения среди разных социальных групп населения российских сел. Данные исследования будут ценными, поскольку позволят выявить изменения в функционировании системы медицинского обслуживания и выработать более надежные программы реструктуризации российского здравоохранения. Также получаемые из мониторинга данные можно сравнивать с результатами опросов со стороны Министерства здравоохранения РФ.

Кроме того, мы считаем, что актуальной становится задача анализа мнений, оценок и суждений сельских жителей об инновационных проектах, внедряемых на селе с целью обеспечения доступности сельского населения к медицинской помощи. Более углубленного исследования требуют и вопросы социального неравенства в системе медицинской помощи на селе, а также мотивации выбора сельского медицинского учреждения медицинскими специалистами, работающими в них.

Литература

1. Агапова, Е. Г. Модели взаимодействия врача с пациентами пенсионного возраста / Е. Г. Агапова // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 10–1. – С. 70–71.

2. Амиров, Н. Б. Преимущества совместной работы клинических кафедр в ведомственной медицине МВД на примере медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан / Н. Б. Амиров, М. В. Потапова, Л. Ф. Сабиров, Л. Р. Гинятуллина // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10. – С. 257–260.

3. Антонова, Н. Л. Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: дис. … д-ра социол. наук: 22.00.04 / Антонова Наталья Леонидовна. – Екатеринбург, 2012. – 285 с.

4. Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) [Текст] / Н. Л. Антонова // Spero. Социальная политика: Экспертиза. Рекомендации. Обзоры. – 2007. – № 7. – С. 191–198.

5. Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема [Текст] / Н. Л. Антонова // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. – 2007. – № 3 (51). – С.168–179.

6. Антонова, Н. Л. Мошенничество в системе обязательного медицинского обслуживания / Н. Л. Антонова // XIX Уральские социологические чтения : Региональные особенности разработки и реализации социальной политики : сборник материалов Всерос. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 14-16 марта 2013 г.). – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2013. – С.15–18

7. Артюхов, И. П. Человеческий капитал и здоровье: постановка проблемы / И. П. Архипов // Сибирское медицинское образование. – 2008. – № 1. – С. 5–17.

8. Архангельский, Ю. Е. Из истории развития культдвижения «Шефство города над селом» / Ю. Е. Архангельский // Культурная жизнь Юга России. – 2010. – № 1. – С. 28–29.

9. Бавыкин, М. В. Опыт взаимодействия государственного бюджетного учреждения здравоохранения Челябинская областная клиническая больница с сельским муниципальным здравоохранением Челябинской области / М. В. Бавыкин, В. Г. Кукленко, С. П. Ремизова // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2011. – № 3 (14). –С. 5–7. – Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_28903252_83944528.pdf (Дата посещения: 12.05.2017)

10. Баклушина, Е. К. Реализация права несовершеннолетних пациентов на информацию о профессиональной деятельности фельдшеров / Е. К. Баклушина, И. А. Еремцева // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96. – № 6. – С. 1035–1038. doi: 10.17750/KMJ2015-1035

11. Бек, У. Общество риска: на пути к другому модерну / Пер. с нем. В. Седельника, Н. Федоровой. – М.: Прогресс-Традиция, 2000 г. – 383 с.

12. Белкина Т. Горожане образованнее сельчан / Т. Белкина // Демоскоп. – 2009. – С. 363–369. – Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2009/0363/tema05.php (Дата посещения: 05.05.2017)

13. Бирюков, В. В. Капитал здоровья как составляющая человеческого капитала нации / В. В. Бирюков // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2012. – № 1–2. – С. 52–58.

14. Блумер, Г. Общество как символическая интеракция / Г. Блумер // Современная зарубежная социальная психология. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – С. 173–179.

15. Богатырев, А. А. Социальное взаимодействие врача и пациента с приобретенной беспомощностью [Текст] : дис. …. канд. социол. наук: 14.02.05 / Богатырев Александр Анатольевич. – Волгоград, 2015. – 147 с.

16. Богатырев, А. А. Поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью: сравнительный анализ различных групп пациентов [Текст] / А. А. Богатырев // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 12–10. – С. 2245–2250.

17. Бойко, В. В. Медицинский сервис в стоматологии (Часть II) / В. В. Бойко, Е. А. Зыкина // Институт стоматологии. – 2010. – Т. 1. – № 46. – С. 14–17. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_14342916_14443642.pdf (Дата посещения: 19.01.2017)

18. Боровиков М. Рынок фитнес-услуг в России: рост вопреки кризису [Электронный ресурс] / М. Боровиков // РБК. Исследования рынков. – Режим доступа: http://www.buybrand.ru/market-reviews/11989/ (Дата посещения: 12.05.2017)

19. Буксайт.ру. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.booksite.ru/fulltext/1/001/008/106/997.htm (Дата посещения: 12.05.2017)

20. Булгаков, М. Морфий. Записки юного врача / М. Булгаков. – М.: Эксмо, 2016. – 192 с.

21. Бурсов, А. И. Телекоммуникационные технологии в медицине / А. И. Бурсов, В. П. Еричев // Национальный журнал глаукома. – 2011. – № 4. – С. 65–70.

22. Бурыкин, И. М. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи [Электронный ресурс] / И. М. Бурыкин, Г. Н. Алеева, Р. Х. Хафизьянова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – Режим доступа: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8463 (Дата обращения: 09.03.2016).

23. Введение в биоэтику [Текст] / Под ред. Юдина Б. Г., Тищенко П. Д. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.

24. Вебер, М. Основные социологические понятия [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Weber/osn_soc.php (Дата посещения: 15.01.2016)

25. Зиммель, Г. Большой город и духовная жизнь / Г. Зиммель // Логос. –2002. – №3 (34), – 2002. – С.1–12. – Режим доступа: http://www.ruthenia.ru/logos/number/34/02.pdf (Дата посещения: 15.01.2013)

26. Верзилин, Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации / Д. Н. Верзилин. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2004. – 175 с.

27. Виленский, А. Высокотехнологичные медицинские изделия: сегментация рынка и перспектива развития / А. Виленский, А. Хрусталёва, А. Деханова // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. –2012. – № 6. – С. 8–17. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_17798002_12632272.pdf (Дата посещения: 21.01.2017)

28. Винокуров, Л. И. Трансформация колхозов в совхозы в Якутии в 1960-х гг.: социальные и экономические последствия / Л. И. Винокуров // Научный диалог. – 2016. – № 11 (59). – С. 193–202.

29. Владимирский, А. В. Телемедицина: монография / А. В. Владимирский. – Донецк: Цифровая типография, 2011. – 437 с.

30. Вялых, Н. А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения: дис. … канд. социол. наук: 22.00.04 / Вялых Никита Андреевич. – Ростов-на-Дону, 2012. – 188 с.

31. Вялых, Н. А. Социальные детерминанты современной медицинской активности населения (на примере г. Ростова-на-Дону) / Н. А. Вялых // Гуманитарий Юга России. – 2015. – № 2. – С. 46–56. – Режим

доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_23860478_13593575.pdf (Дата посещения: 03.05.2017)

32. Вялых, Н. А. Феномен потребления медицинской помощи в дискурсе социологии повседновсти / Н. А. Вялых, Л. А. Савченко // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2015. – № 1-1 (51). – С. 29–33.

33. Габидуллина, Г. Р. Особенности городского и сельского образа жизни / Г. Р. Габидуллина // Вестник Уфимского государственного авиационного технического университета. – 2006. – № 5 (8). – С. 150–151.

34. Глухих, С. И. Повышение квалификации врачей-косметологов как обязательное условие продолжения деятельности / С. И. Глухих // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2011. – № 3. – С. 46–51. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_16216433_14712808.pdf (Дата посещения: 02.03.2017)

35. Горбунов, А. Е. Соотношение понятий «медицинские услуги» и «медицинская помощь» в контексте российского законодательства / А. Е. Горбунов // Научный поиск. – 2016. – № 2.1. – С.43–44.

36. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 507 с.

37. Грановская, Р. М. Элементы практической психологии / Р. М. Грановская. – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1984. – 293 с.

38. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия. – М., 1928. – Т.5. – С. 697–700.

39. Денисов, А. А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности (на примере эмпирического исследования эмоционального выгорания у стоматологов) / А. А. Денисов, Н. В. Терёхина // Развитие личности. – 2015. – № 4. – С. 98–112. – Режим доступа:

https://elibrary.ru/download/elibrary_25324391_57426278.pdf (Дата посещения: 19.01.2017)

40. Дмитриева, Е. В. Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья / Е. В. Дмитриева // Социологические исследования». – 2003. – № 11 – С. 51–56.

41. Дмитриева, Е. В. Доверие к врачу как условие установления социально-психологического отношения и общения между врачом и пациентом / Е.В. Дмитриева // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2010. – Т.5. – № 3. – С. 55–64. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_20954931_98211648.pdf (Дата посещения: 18.01.2017)

42. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2014 г. с. 39 [Электронный ресурс] / официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoy-vlasti-sub-ektov-rossiyskoy-federatsii-za-2014-god (Дата посещения: 07.11.2016)

43. Дьяченко, В. Г. Система взаимоотношений «врач-пациент» / В. Г. Дьяченко, С. В. Дьяченко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 106–111. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_23920019_35845010.pdf (Дата посещения: 23.12.2016)

44. Дюркгейм, Э. О разделении общественного труда. Метод социологии / пер. с франц. и послесловие Л.Б. Гофмана. – М.: Наука, 1991. – 576 с.

45. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социологический этюд / пер. с фр. с сокр. А.И. Ильинского; под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.

46. Ефименко, С. А. Социология пациента : дис. …. д-ра социол. наук: 14.00.52 / Ефименко Светлана Алексеевна. – М., 2007. – 527 с.

47. Жукова, М. В. Анализ развития рынка платных медицинских услуг и ДМС в России [Электронный ресурс] / М. В. Жукова // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2012. – № 1-1. – С. 414–423. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-razvitiya-rynka-platnyh-meditsinskih-uslug-i-dms-v-rossii (Дата посещения: 27.05.2017)

48. Журавлева, И. В. Как уменьшить неравенство в здоровье? / И. В. Журавлева // Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость. [Электронный ресурс] Материалы V Всероссийского социологического конгресса (Екатеринбург, 19-21 октября 2016 года) / отв. Ред. В.А. Мансуров. – М.: Российское общество социологов, 2016. – С. 4670–4692. – Режим доступа: http://www.isras.ru/files/File/publ/Kongress_2016/Zhuravleva.pdf (Дата обращения: 25.02.2016)

49. Зборовский, Г. Е. Теория социальной общности : монография / Г. Е. Зборовский. – Екатеринбург: Гуманитарный ун-т, 2009. – 300 с.

50. Зборовский, Г. Е. Учительство как социально-профессиональная общность / В. П. Засыпкин, Г. Е. Зборовский, Е. А. Шуклина // Социологические исследования. – 2015. – № 5. – С. 113–122.

51. Здравоохранение в России. 2015 : Стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 174 с. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf (Дата посещения: 04.03.2015)

52. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики [Текст] / А.П.Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, – 2008. – 848 с.

53. Зимина, Т. М. Лаборатории на чипе для телемедицины / Т. М. Зимина // Биотехносфера. – 2012. – № 1 (19). – С. 29–40.

54. Зиммель, Г. Большие города и духовная жизнь [Электронный ресурс] / Г. Зиммель // Логос. – 2002. –3 (34). – С. 1–12. – Режим доступа: http://www.ruthenia.ru/logos/number/34/02.pdf (Дата посещения: 07.11.2016)

55. Зиммель, Г. Общение. Пример чистой, или формальной социологии // Г. Зиммель. Избранное. Т. 2. Созерцание жизни. – М.: Юристъ, 1996. – С. 486–500.

56. Знанецкий, Ф. Исходные данные социологии. Из. кн.: Американская социологическая мысль. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – 496 с.

57. Иванова, А. Е. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России /А. Е. Иванова, Н. Б. Павлов, А. Ю. Михайлов// Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. – 2011. – № 3. – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/30/lang,ru/

58. Изменение численности Курганской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: kurganstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/kurganstat/resources/2bffae8041143442af12ef367ccd0f13/%D0%A2%D0%BE%D0%BC+1+%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%B3.+%D0%BE%D0%B1%D0%BB.%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%BB..docx

59. Изуткин, А. М., Петленко, В. П., Царегородцев, Г. И. Социология медицины. [Текст] – Киев: Здоровье. – 1981. – 184 с.

60. Ильин, В. Я. Вопросы оказания скорой медицинской помощи. [Электронный ресурс] Материалы Научно-практической конференции. – М.: Большая Советская Энциклопедия, 1970. – Режим доступа: http://slovari.yandex.ru/ (Дата обращения: 02.10.2012)

61. Ильинский, И. В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве / И. В. Ильинский. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та экономики и финансов, 1996. –163 с.

62. Инвестиции в человеческий капитал России: состояние, проблемы, перспективы / под ред. И. В. Ильинского. – СПб.: СПГУТД, 2003. – 216 с.

63. Исследование «Развитие Интернета в регионах России». Компания Яндекс. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_internet_regions_2016 (Дата посещения: 07.11.2016)

64. Ишкинеев, Ф. И. История и перспективы развития Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ / Ф. И. Ишкинеев // Вестник современной клинической медицины. – 2008. – № 1. – С. 8–9.

65. Как провести обучение медицинских работников в условиях меняющегося законодательства [Электронный ресурс] // Кадровое дело. – 2014. – № 7. – С. 58–64. – Режим доступа: http://www.vipmed.ru/sites/default/files/users/manager/07_058-65_DO_shag_0.pdf (Дата посещения: 02.03.2017)

66. Калининская, А. А. Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинского помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) / А. А. Калининская, А. К. Дзугаев, В. М. Воробьёв // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 6 (22). – С. 1–9.

67. Карымшакова, Т. Г. Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи в речевом взаимодействии врача и пациента / Т. Г. Карымшакова // Язык, перевод и межкультурная коммуникация : материалы научно-практического семинара «Пути и стратегии подготовки специалистов в области межкультурной коммуникации». – Улан-Удэ : изд-во Бурятского гос. ун-та. 2015. – С. 79–85. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_24820976_29198281.pdf (Дата посещения: 24.12.2016)

68. Кику, П. Ф. Социально-гигиенические аспекты популяционного здоровья населения Приморского края / П. Ф. Кику, М. В. Ярыгина, Б. И. Гельцер, Т. В. Горборукова // Экология человека. – 2014. – № 8. – С. 38–43.

69. Кику, П. Ф. Эколого-гигиенические проблемы здоровья населения Приморского края / П. Ф. Кику, М. В. Ярыгина // Успехи наук о жизни. – 2014. – Т. 8. – № 1. – С. 29–43.

70. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.01.2001 N 195-ФЗ.

71. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее (исторический и медико-социологический анализ) [Текст] / К. В. Кузьмин, Е. В. Семенова, Л. Е. Петрова, А. Г. Закроева; ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. – Екатеринбург: Издательство УГМУ. – 2016. – 304 с.

72. Конституция РФ от 12.12.1993 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (Дата посещения: 13.02.2017)

73. Крашенникова, Ю. А. Опыт и перспективы стимулирования государством развития частных врачебных практик в сельской местности (некоторые итоги Пермского эксперимента) / Ю. А. Крашенникова, Е. Л. Зуева, Е. В. Шуралева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2012. – № 4. – С. 120–135. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/opyt-i-perspektivy-stimulirovaniya-gosudarstvom-razvitiya-chastnyh-vrachebnyh-praktik-v-selskoy-mestnosti-nekotorye-itogi-permskogo (Дата посещения: 22.02.2017)

74. Крючкова, Н. Ю. Пути повышения эффективности системы последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием / Н. Ю. Крючкова // Омский научный вестник. – 2013. – № 2 (124). – С. 17–19. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_20678602_77766091.pdf (дата посещения: 29.01.2017)

75. Куликов, В. Лечитесь смирно. Предлагается ввести уголовное наказание за нападение на медиков / В. Куликов // Российская газета. – 2017. – № 7203 (37). – Режим доступа: https://rg.ru/2017/02/19/za-napadeniia-na-medikov-predlozhili-vvesti-ugolovnoe-nakazanie.html (Дата посещения: 12.05.2017)

76. Курылева, Н. В. Специфика представлений врачей о качествах, обеспечивающих эффективное взаимодействие с пациентом: автореф. дис. … канд. псих. наук: 19.00.05 / Курылева Наталья Владимировна. – Кострома, 2012. – 26 с.

77. Лебедев, Д. Ю. Образ жизни бедных сельских семей и заболеваемости их детей / Д. Ю. Лебедев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 1 (17). – С. 1–12.

78. Лебедева-Несевря Н. А. Риски-коммуникации как инструмент управления здоровьем населения / Н. А. Лебедева-Несевря // Анализ риска здоровья. – 2014. – № 2. – С. 83–89.

79. Лесняк, О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики [Текст] / О. М. Лесняк. – Екатеринбург: УГМА, 2004. – 42 с.

80. Лисицын, Ю. П. История медицины : учебник [Текст] / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.

81. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 517 с.

82. Луман, Н. Власть / пер. с нем. А. Ю. Антоновского. – М.: Праксис, 2001. – 256 с.

83. Луман, Н. Социальные системы. Очерк общей теории / Н. Луман. – СПб: Наука, 2007. – 604 с. – Режим доступа: http://yanko.lib.ru/books/sociology/luman-soc+sist_ocherk-2007-1984-a.htm (Дата посещения: 04.02.2016)

84. Майсак, Н. В. Девиативный медицинских дискурс как неэффективный стиль взаимодействия врача и пациента / Н. В. Майсак, С. И.

Маджаева // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С.133–137. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_15539291_40948159.pdf (Дата посещения 24.12.2016)

85. Мазур, Л. Н. Урбанизация российской деревни во второй половине XIX-XX вв.: к постановке проблемы / Л. Н. Мазур // Уральский исторический вестник. – 2008. – №2 (19). – С. 15–24.

86. Малиновский, А. А. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология / А. А. Малиновский. – М.: Эдиториал, УРСС, 2000. – 446 с.

87. Манифест Коммунистической партии / Маркс К., Энгельс Ф. // Сочинения. Том 4. – М.: госуд. изд-во полит. лит-ры, 1955. – С. 419– 459.

88. Мансуров, В. А. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе / Мансуров В. А., Юрченко О. В. // Социологические исследования. –2005. – № 1. – С. 66–77.

89. Марченко-Тябут Д. А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей / Д. А. Марченко-Тябут // Медицина. – 2005. – № 2. – С. 79–82.

90. Масионис, Дж. Социология / Дж. Масионис. 9-е изд. – М.: Питер, 2004. – 752 с.

91. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: Профессионал, 2009. – 432 с.

92. Медицинская база данных «Адрес-мед». [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.address-med.ru/type.htm (Дата посещения: 12.05.2017)

93. Медицинская палата Свердловской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://медпалатаco.рф/novosti-publikacii/programma-zemskij-doktor-privlekla-v-sela-bolee-15-tys-molodyh-specialistov/ (Дата посещения: 12.05.2017)

94. Меренков, А. В. Социология стереотипов / А. В. Меренков. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2001. – 290 с.

95. Мид, Дж. От жеста к символу. Интернализованные другие и самость // Американская социологическая мысль / Тексты под ред. В.И. Добренькова. – М.: Изд-во Международного ун-та Бизнеса и Управления, 1994. – С. 213–225.

96. Микиртичан, Г. Л. Комплаетность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии / Г. Л. Микиртичан, Каурова Т. В., О. К. Очкур // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11. – № 6. – С. 5–10. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_18388291_71913125.pdf (Дата посещения: 14.02.2017)

97. Миллер, М. А. Влияние уровня здоровья населения на увеличение человеческого капитала / М. А. Миллер // Креативная экономика. – 2008. – № 7 (19). – С. 60–64.

98. Миронова, О. С. Медиакарьера резонансных тем в информационном поле: опыт анализа проблем здравоохранения / О. С. Миронова // Вопросы теории и практики журналистики. – 2016. – Т5. – №3. – С. 409–422. doi: 10.17150/2308-6203.2016.5(3).409-422

99. Мирский, М. Б. Очерки истории и медицины в России XVI-XVIII вв. / М. Б. Мирский. – Владикавказ: Госкомиздат РСО-А. – 172 с.

100. Михальченко, Д. В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента : автореф. дис. … д-ра медиц. наук: 14.02.05 и 14.01.14 / Михальченко Дмитрий Валерьевич. – Волгоград, 2012. – 48 с.

101. Набережная, И. Б. Социологический опрос пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь / И. Б. Набережная, Д. А. Захаров, Ж. Б. Набережная, Э. Н. Сурхаева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. – №3. – С. 56–59.

102. Назарова, И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2014. – № 9. – С.139–145. – Режим доступа: https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/135826392 (Дата посещения: 23.12.2016)

103. Назарчук, А. Г. Эксперименты над селом / А. Г. Назарчук //Отечественные записки. – 2012. – № 6 (51). – С. 231–236.

104. Намруева, Л. В. Изменения в образе жизни сельского населения (на примере Республики Калмыкия) / Л. В. Намруева // Primo Aspectu. – 2016. – № 4 (16). – С. 21–26.

105. Народный рейтинг врачей г. Екатеринбурга. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://prodoctorov.ru/ekaterinburg/vrach/

106. Неврология: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1040 с.

107. Нелинейная модель российского высшего образования в макрорегионе: теоретическая концепция и практические возможности : монография / Г. Е. Зборовский, П. А. Амбарова, В. С. Каташинских, А. К. Клюев, А. А. Кузьминчук, С. В. Кульпин, М. В. Певная, Н. В. Шаброва, Е. А. Шуклина / под ред. Г. Е. Зборовского. – Екатеринбург: Гуманитарный ун-т, 2016. – 366 с. – Режим доступа: http://elar.urfu.ru/handle/10995/43856 (Дата посещения: 28.01.2017)

108. Николаюк, Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области / Е. А. Николаюк // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 43. – № 3. – С. 1–15. – Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_23823591_87840554.pdf (Дата посещения: 03.05.2017)

109. Новости. Заявление В. Скворцовой, что Федеральная программа "Земский доктор" привела на село более 20 тыс. молодых специалистов – врачей. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://tass.ru/opinions/interviews/3944526 (Дата посещения: 12.05.2017)

110. Новости. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] – Режим доступа:

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/ (Дата посещения: 12.05.2017)

111. Новости. Поселок Серебрянка – Деревня Мертвых / Центр свободной журналистики. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://freepressa.ru/news/2015/10/17/poselok-serebryanka-derevnya-myortvyh/ (Дата посещения: 15.04.2017)

112. Номенклатура медицинских услуг. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rg.ru/pril/57/98/48/23010_%28pril.%29.pdf (Дата посещения: 29.02.2016)

113. Нэпп, М. Невербальное общение [Текст] / М. Нэпп, Д. Холл. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.

114. Оболенская, А. Г. Психолого-экономические аспекты современной потребительской экономии жителей мегаполиса / А. Г. Оболенская, О. В. Кружкова // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 8-9. – С. 586–590. – Режим доступа: https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=38945 (Дата посещения: 03.05.2017)

115. Официальный сайт Министерства здравоохранения Свердловской области. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://minzdrav.midural.ru/article/show/id/1157 (Дата посещения: 12.05.2017)

116. Павленко, Е. В. Киберпространство медицины: интернет как враг и союзник врача и пациента / Е. В. Павленко // Социология медицины. – 2013. – № 1 (22). – С. 42–46.

117. Павленко, Е. В., Петрова Л. Е. О готовности врачей к использованию новейших информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении / Е. В. Павленко, Л. Е. Петрова // Социологические исследования. – 2016. – № 4 (384). – С. 103–110.

118. Паперная, Г. Платные медицинские услуги [Электронный ресурс] / Г. Паперная // РБК+. – 2016. – №9. – С. 94–103. – Режим доступа: file:///C:/Users/1/Downloads/rbcplus_None_1.pdf (Дата посещения: 27.05.2017)

119. Парето, В. Компендиум по общей социологии = Compendio di sociologia generale / Пер. А. А. Зотова. – 2-е изд. – М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2008. – 511 с.

120. Парсонс, Т. О социальных системах / Т. Парсонс. – М.: Академический Проект, 2002. – 832 с.

121. Парсонс, Т. Современная система обществ / Т. Парсонс. – М.: Аспект-Пресс, 1998. – 270 с.

122. Пациорковский, В. В. Социология расселения как специальная социологическая теория / В. В. Пациорковский // Социологические исследования. – 2010. – С. 25–34. – Ссылка на «Sorokin P.A., Zimmerman C.C. Principles of Rural-Urban Sociology. N.Y.: Henry Holt and Company, 1929».

123. Переболели ангиной? Проверьте сердце / АиФ. Здоровье. – 2006. – №48. – Режим доступа: http://www.aif.ru/archive/1676075 (Дата посещения: 12.05.2017)

124. Полянская, Е. В. Понятие «медицинская услуга» и основные подходы к её классификации / Е. В. Полянская // Молодой ученый. – 2010. – № 1–2. Т. 1. – С. 244–247.

125. Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи. Приложение №2 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://rulaws.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-22.01.2016-N-33n/ (Дата посещения: 20.04.2017)

126. Правовая консультационная служба. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://zakonprost.ru/content/base/part/472399 (Дата обращения: 23.10.2012)

127. Приказ № 237 от 26.08.1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по принципу врача общей практики (семейного врача)»

128. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 февраля 2016 г. N 132н "О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения" [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.garant.ru/71360614/#friends#ixzz4eEHKc2qm (Дата посещения: 14.04.2017)

129. Приказ Минздрава России от 02.05.2015 N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентов врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» (зарегистрирован в Минюсте России 24.08.2015 N 38847). [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_290.pdf (дата посещения: 28.01.2017)

130. Проект федерального закона. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://rosakademia.ru/npa/proekt_federalnogo_zakona_N_821534-6.pdf; Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/02/29/2810-minzdravom-rossii-razmescheno-uvedomlenie-o-nachale-razrabotki-proekta-federalnogo-zakona-o-vnesenii-izmeneniy-v-otdelnye-zakonodatelnye-akty-rossiyskoy-federatsii-po-voprosam-primeneniya-informatsionno-telekommunikatsionnyh-tehnologiy-v-sfere-ohrany-zdorovya-grazhdan-i-sozdaniya-natsionalnyh-nauchno-prakticheskih-meditsinskih-tsentrov (Дата посещения:10.11.2016)

131. Прокопьева М. И. Роль санитарной авиации в оказании экстренной помощи в условиях Крайнего Севера / М. И. Прокопьева // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 59–60. – Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_20589086_67526833.pdf (Дата посещения: 15.04.2017)

132. Пронин, И. А. Соотношение понятий «помощь» и «услуга» в медицине: анализ гражданского законодательства / И. А. Пронин // Юридическая наука: история и современность. – 2012. – №1. – С. 57–60.

133. Путило, И. В. Публичные услуги в области здравоохранения / И. В. Путило // Публичные услуги и право : научно-практическое пособие / под. ред. Ю. А. Тихомирова. – М.: 2007. – С. 186–272.

134. Пьянзова, Т. В. Вопросы взаимоотношений в диаде врач-пациент / Т. В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91. – № 1. – С. 3–7. – Режим доступа: http://tibl-journal.com/wp-content/uploads/journals/2014/1/3_7_63da64af.pdf (Дата посещения: 15.02.2017)

135. Пьянзова, Т.В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации / Т.В. Пьянзова, Н.Н. Вежнина // Медицина на Кузбассе. – 2014. – № 3. – С. 5–10. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_22121074_77071206.pdf (Дата посещения: 15.02.2017)

136. Раменская, А. А. Медицинская услуга: понятие и содержание / А. А. Раменская // Татищевские чтения: Актуальные проблемы науки и практики. Материалы XII Международной научно-практической конференции : в 2-ч частях. – Волгоград: Волжский ун-т им. В. Н. Татищева. – 2015. – С. 248–251.

137. Раздел 7.1. Морально-нравственные ценности молодежи. Молодежь Новой России: образ жизни и ценностные приоритеты. – М.: Институт социологии РАН, 2007. – С. 106–119. – Режим доступа: http://www.isras.ru/analytical_report_Youth_7_1.html (Дата посещения: 26.02.2017)

138. Рапопорт, А. Математические аспекты абстрактного анализа систем / А. Рапопорт // Исследования по общей теории систем. – М.: Прогресс, 1969. – 520 с.

139. Расторгуева, Т. И. Значение невербальной коммуникации для процессов взаимодействия врача и пациента / Т. И. Расторгуева, Т. Н.

Проклова, О. Б. Карпова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – №1–2. – С. 127–132. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_27368039_26862313.pdf (Дата посещения: 24.12.2016)

140. Решетников, А. В. Эволюция и проблемы современной медицины / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 5. – С. 64–66.

141. Решетников, А. В. Место социологии медицины в системе научного знания. [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.isras.ru/abstract_bank/1210658895.pdf (Дата обращения: 20.11.2015)

142. Рожкова, Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности / Е. В. Рожкова // Современные исследования социальных проблем. – 2011. – № 3. – С. 39–55.

143. Рожкова, Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности [Электронный ресурс] / Е. В. Рожкова // Современные исследования социальных проблем. – 2011. – № 3. – Режим доступа: https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAAahUKEwjgvMSitcTIAhXBkSwKHftSCvQ&url=http%3A%2F%2Fcyberleninka.ru%2Farticle%2Fn%2Fmeditsinskie-uslugi-ponyatie-i-osobennosti.pdf&usg=AFQjCNE7vb0v49WlsVs2L7FOclMbKRiu6A&bvm=bv.105039540,d.bGg&cad=rjt Дата посещения [21.09.2015]

144. Российский статистический ежегодник. 2015: Стат.сб. / Росстат. – М.,2015. – 728 с.

145. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 1999. – 720 с.

146. Руководство по первичной медико-санитарной помощи / Под ред. А. А. Баранова, И. Н. Денисова, А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1541 с.

147. Рябова, Т. В. Психологические особенности врача, важные при сотрудничестве с пациентом / Т. В. Рябова // Практическая медицина. – 2015.

– № 5 (90). – С. 51–55. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_25079553_39484231.pdf (Дата посещения: 14.02.2017)

148. Рязанова, Е. А., Лебедева-Несевря, Н. А. Рисковое поведение работников в сфере здоровья как фактор потерь трудового потенциала промышленного предприятия / Е. А. Рязанова, Н. А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе. Институциональные изменения в России и мире: материалы Международной научно-практической интернет-конференции. – Пермь: Пермский гос. национал. исследовательский ун-т., 2015. – С. 13–16.

149. Садовский, В. И. Системный подход в современной науке / В. И. Садовский. – М.: Прогресс, Традиция, 2004. – 561 с.

150. Сайт Свердловской областной клинической больницы №1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.okb1.mplik.ru/ (Дата посещения: 15.05.2017)

151. Сайт Свердловской областной больницы №2. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.obl2.ru/ (Дата посещения:15.05.2017)

152. Сайт Свердловской областной детской клинической больницы №1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://odkb.ru/ (Дата посещения: 15.05.2017)

153. Сайт Далматовкой ЦРБ (Курганская область). [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://dcrb.ru/ (Дата посещения: 15.05.2017)

154. Сведения о заработной плате работников организаций по категориям персонала и профессиональным группам работников за октябрь 2015 г. (опубликовано 04.04.2016 г.) [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_costs/ (Дата посещения: 02.03.2017)

155. Сетров, М. И. Принципы организации социальных систем / М.И. Сетров. – Киев-Одесса: Выща школа, 1988. – 247 с.

156. Силуянова, И. В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач – пациент / И. В. Силуянова // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 14–18.

157. Смелзер, Н. Социология [Текст] / Н. Смелзер. – М.: Феникс, 1994. – 688 с.

158. Солодухина Д. П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями : автореф. дис. … д-ра социол. наук: 14.02.05 / Солодухина Дина Павловна. – Волгоград, 2015. – 23 с.

159. Сорокин, П. А. Система социологии [Текст] / П. А. Сорокин. – М.: Астрель, 2008. –1008 с.

160. Сорокин, П. А. Человек. Цивилизация. Общество [Текст] / П. А. Сорокин. – М.: Полиздат, 1992. – 543 с.

161. Сорокин, П. А. Социальная и культурная динамика // Пер. с англ., вст. статья и комментарии В. В. Сапова. – М.: Астрель, 2006. – 1176 с.

162. Сорокина, Т. С. История медицины: учебник / Т. С. Сорокина. – М.: Академия, 2008. – 209 с.

163. Стандарты оказания медицинской помощи. Официальный сайт Минздрава РФ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983 (Дата посещения: 15.04.2017)

164. Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу от 01.01.2017). [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/0b1cadf39ebeb0f1fed2ef0b8ebab5973197d7f1/ (Дата посещения: 18.01.2017)

165. Статья 79. Пункт 8. Обязанности медицинских организаций. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)

[Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/256d3c9ccb172b31210f5f1728fd5a3f538a3cce/ (Дата посещения: 02.03.2017)

166. Столяр, В. Ю. Социально-философский и междисциплинарный дискурс о доверии [Электронный ресурс] / В. Ю. Столяр // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – № 77. – С. 176–182. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-filosofskiy-i-mezhdistsiplinarnyy-diskurs-o-doverii (Дата посещения: 12.05.2017)

167. Судьин, С. А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С. А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского: Серия Социальные науки. – 2006. – № 1 (5). – С. 366–371.

168. Сучкова, Т. Е. Административная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей / Т. Е. Сучкова // Медицинское право. – 2011. – № 4. – С. 48–56.

169. Татарова, Г. Г. Методология анализа данных в социологии / Г. Г. Татарова. – М.: NOTA BENE, 1999. – 244 с.

170. ТАСС. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://tass.ru/opinions/interviews/3944526 (Дата посещения: 12.05.2017)

171. Телемедицина. Вчера, Сегодня, Завтра // Электроника: Наука, технология, бизнес. – 2000. – № 2. – С. 62–65.

172. Тищенко, Е.М. Общественное здоровье и здравоохранение / Е.М. Тищенко, Г.М. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 156 с.

173. Улумбекова, Г.Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 г./ Г. Э. Улумбекова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2010. – №1. – С. 11–24.

174. Улумбекова, Г. Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г. Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – С. 33–38.

175. Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2014 год. С.28 [Электронный ресурс] / официальный сайт Министерства здравоохранения РФ, Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения». – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info (Дата посещения: 07.11.2016)

176. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г № 323-ФЗ.

177. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

178. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (Дата обращения: 04.07.2016)

179. Филатова, Ю. В. Контексты ценностного отношения женщины к здоровью / Ю. В. Филатова // Педагогика и психология образования. – 2011. – № 3. – С. 99–104. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_16949842_46394631.pdf (Дата посещения: 19.01.2017)

180. Фролова, С. В. Тенденции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации / С. В. Фролова, М. С. Фролова // Вестник Тамбовского государственного технического университета. – 2005. – № 2 (11). – С. 328–340.

181. Фролова, И. И. Медицинские работники со средне-специальным образованием как социально-профессиональная группа (на материалах

города Набережные челны): автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / Фролова Ирина Ивановна. – Казань, 2005. – 24 с.

182. Хоманс, Дж. Социальное поведение как обмен / Дж. Хоманс // Современная зарубежная социальная психология. – М.: изд-во Московского ун-та, 1984. – С. 82–91.

183. Целкович, Л. С., Балтер, Р. Б. Морально-этические принципы врача акушера-гинеколога: проблемная лекция / Л. С. Целкович, Р. Б. Балтер. – Самара: ГОУВПО «СамГМУ», 2007. – С. 7–18. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_26032529_67154672.pdf (Дата посещения: 28.01.2017)

184. Чеботарева, О. А. Патернализм в отечественной медицине : автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52 / Чеботарева Ольга Александровна. – Волгоград, 2006. – 22 с.

185. Чернышкова, Е. В. Конструирование социального отношения к здоровью в позднем возрасте: ретроспективный анализ / Е. В. Чернышкова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – № 10 (66). – С. 181–186. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_11724449_19647042.pdf (Дата посещения: 28.01.2017)

186. Чижова, В. М. Гигиеническая культура родительского поведения / В. М. Чижова, А. А. Богатырев // Проблемы управления здравоохранением. – 2012. – № 1. – С. 73–76.

187. Чижова, В. М. Материнское санологическое поведение как предмет исследования в социологии медицины / В. М. Чижова, А. И. Артюхина, И. В. Садыков // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2015. – № 2. – С. 92–98.

188. Чижова, В. М. Отношение пациентов с артериальной гипертензией к приему лекарств / В. М. Чижова, И. С. Гаврилова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 2-1 (44). – С. 85–86.

189. Чижова, В. М. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью / В. М. Чижова, А. А. Богатырев // Социология медицины. – 2015. – № 1. – С. 49–53.

190. Чирикова, А. Е. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Мир России. Социология. Этнология. – 2014. – Т.23. – № 2. – С. 154–182. – Режим доступа: https://mirros.hse.ru/data/2014/04/22/1320031225/mir%20rossii%20%E2%84%962_%202014%20[Pages%20154%20-%20182].pdf (Дата посещения: 18.01.2017)

191. Численность населения по муниципальным образованиям. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce (Дата посещения: 10.06.2016)

192. Численность постоянного населения РФ по муниципальным образованиям. [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.gks.ru/free_doc/doc_2016/bul_dr/mun_obr2016.rar (Дата посещения: 10.06.2016)

193. Шабанова, А. С. Модели терапевтического взаимодействия врача и пациента [Электронный ресурс] / А. С. Шабанова, Л. В. Боговин, В. П. Колосов // Бюллетень патологии и физиологии дыхания. – 2016. – № 60. – С. 105–110. doi: 10.12737/20129

194. Шамшиев, А. А. Интегрированная оценка уровня здоровья городского и сельского населения в зависимости от ресурсов / А. А. Шамшиев // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2012. – № 3 (19). – С. 4–5. – Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_26223276_78454110.pdf (Дата посещения: 12.05.2017)

195. Шарова, Е. А. Региональные особенности смертности от болезней системы кровообращения в России / Е. А. Шарова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2004. – 320 с.

196. Широкалова, Г. С. Специалисты для села и село для специалистов / Г. С. Широкалова, О. Н. Дерябина // Социологические исследования. – 2010. – № 9. – С. 26–38.

197. Шишкин, С. В. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. – М.: Независимый институт социальной политики, 2007. – 52 с.

198. Шишкин, С. В. Экономика социальной сферы / С. В. Шишкин. – М.: Теис, 2003. – 364 с.

199. Шорохова, И. И. Роль Тюменской санитарной авиации в организации медицинской помощи населению (1950-1960-е гг.) / И. И. Шорохова // Нефть и газ Западной Сибири: материалы Всероссийской научно-технической конференции. – Тюмень: Тюменский индустриальный университет, 2009. – С. 34–36. – Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_22695136_43473641.pdf (Дата посещения: 15.04.2017)

200. Штомпка, П. Доверие – основа общества / П. Штомпка: пер с пол. Н.В. Морозовой. – М.: Логос, 2012. – 440 с.

201. Щербакова, Е. Число сельских населенных пунктов и поселков городского типа продолжает снижаться / Е. Щербакова // Демоскоп. – 2011. – С. 475–476. – Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2011/0475/barom03.php (Дата посещения: 15.04.2017)

202. Щербакова, М. В. Использование метода «виньеток» в социологических исследованиях / М. В. Щербакова // Материалы [Электронный диск] V Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость». – Екатеринбург: УрФУ, 2016. – С. 10201–10205.

203. Щербакова, М. В. Метод виньеток в эмпирико-социологических исследованиях социальных общностей / М. В. Щербакова // Материалы Международной научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе». – Пермь, 2016. – С. 167–169.

204. Это Кавказ! [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://etokavkaz.ru/sobytie/zemskii-doktor-est-zemskikh-doktorov-net (Дата посещения: 12.05.2017)

205. Эфендиев, А. Г. Современное российское село: на переломе эпох и реформ. Опыт институционального анализа / А. Г. Эфендиев, И. А. Болотина // Мир России. – 2002. – № 4. – С. 83–125.

206. Юрова, И. Ю. Здоровьесбережение сельского населения: медико-социологический анализ (на материалах Саратовской области) [Текст] : дис. … канд. социол. наук: 14.02.05 / Юрова Инна Юрьевна. – Саратов, 2016. – 185 с.

207. Юрова, И. Ю. Условия и теории здоровьесбережения сельского населения / И. Ю. Юрова // Стратегия устойчивого развития регионов России. – 2014. – № 23. – С. 84–91.

208. Ядов, В. А. Социологическое исследование: методология, программа, методы / В. А. Ядов. – Самара: Самарский ун-т, 1995. – 254 с.

209. Ягудин, Р. Х. Земская медицина в Российской империи и в казанской губернии: становление, развитие, достижения (к 150-летию земской медицины) / Р. Х. Ягудин, Л. И. Рыбкин // Экономические науки. – 2014. – № 11 (120). – С. 29–40. – Режим доступа: http://ecsn.ru/files/pdf/201411/201411_29.pdf (Дата посещения: 12.05.2017)

210. Ягупова, В. Т. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг [Текст] / В. Т. Ягупова, Ю. М. Федотова, Е. А. Филюк, Л. Н. Денисенко // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11–3. – С. 22–26.

211. Beisecker, A. E. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? / A. E. Beisecker // Health Communication. – 1990. – Vol. 2 – № 2. – Pp. 105–122. doi: 10-1207/s15327027hc0202_4

212. Emanuel, E. J., Four models of the physician-patient relationship / E. J. Emanuel, L. L. Emanuel // Journal of the American Medical Association. –1992. – Vol. 267. – № 16. – Pp. 5–13. – URL: http://www.antoniocasella.eu/salute/Emanuel_1992.pdf (Accessed: 17.01.2017)

213. Faden, R. R., Beauchamp, T. L. A History and Theory of Informed Consent / R. R. Faden, T. L. Beauchamp. – New York: Oxford University Press, 1986. – 408 p. –URL: https://books.google.ru/books/about/A_History_and_Theory_of_Informed_Consent.html?id=jgi7OWxDT9cC&redir_esc=y (Accessed 18.01.2017)

214. Freidson, E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge / E. Freidson. – Chicago and London, 1988. – 440 p. – URL: http://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/P/bo3634980.html (Accessed 06.04.2016)

215. Glaser, B. G., Strauss, A. L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research / B. G. Glaser, A. L. Strauss. – New Brunswick: Adline Transaction, 1967. – 284 p. – URL: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf (Accessed 04.03.2017)

216. Healy, J., McKee, M. Hospitals in a changing Europe / J. Healy, M. McKee. – Buckingham: Open University Press, 2002. – 314 p.

217. Kenny, D. T. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation / D. T. Kenny // Psychology & Health. – 1995. – Vol. 10. – № 5. – Pp. 427–437. doi: 10.1080/08870449508401961

218. Macpherson, C. C., Veatch, R. M. Medical Student Attitudes about Bioethics / C. C. Macpherson, R. M. Veatch // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2010. – № 19. – Pp. 493–494. doi: 10.1017/S0963180110000381

219. Marx, K. Capital: A Critique of Political Economy. Volume 1. Translated by S. Moore, E. Aveling; edited by F. Engels. – Moscow: Progress Publishers, 1996. – 549 p. – URL: https://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/ (Accessed 11.11.2016)

220. Mechanic, D. The English National Health Service: some comparison with the United States / D. Mechanic // Journal of Health and Social Behavior. – 1971. – Vol. 12. – № 1. – Pp. 18–29.

221. Mead, G. H. Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist / G. H. Mead. (Edited by Charles W. Morris). – Chicago: University of Chicago, 1934. – 174 p.

222. Nunes, C. A. F. Готовность больного астмой к сотрудничеству с врачом / C. A. F. Nunes // Астма. – 2009. – № 1. – С. 37–39. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_13287509_70638711.pdf (Дата посещения: 14.02.2017)

223. Numann, P. J. Our greatest failure / P. J. Numann // Archives of Surgery. – 1988. – № 155. – Pp. 212–214.

224. Parsons, T. The Social System / T. Parsons. – London: Routledge, 1951. – 404 p. – URL: http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf (Accessed 11.10.2016)

225. Sheer, V. S., Cline, R. J. Testing a model of perceived information adequacy and uncertainty reduction in physician-patient interactions / V. S. Sheer, R. J. Cline // Journal of Applied Communication Research. – 1995. – № 23. – Pp. 44–49. doi: 10.1080/00909889509365413

226. Sorokin, Pitirim A. Social and Cultural Dynamics / Pititrim A. Sorokin. – Vol. 1. – New York: American Book Company, 1937. – 153 p.

227. Szasz, T. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship / T. Szasz, M. Hollender // Archives of Internal Medicine. – 1956. – № 97 (5). – Pp. 585–592. – URL:

http://www.conovers.org/ftp/The-Basic-Models-of-the%20Doctor-Patient-Relationship.pdf (Accessed 15.02.2017)

228. Taylor K. Chapter 3 (part 2): Modernizing the Old. The Creation of a ‘Traditional’ Chinese Medicine, 1953-6 // Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963. A medicine of revolution. – London: Routledge Curzon, 2005. – URL: http://web.archive.org/web/20091016100137/http://www.acucentre.com.au/Classics/HistPersp/KTaylor/KTaylor%203.2.pdf (Accessed 20.04.2017)

229. The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education, edited by R. K. Merton, G. G. Reader and P. L. Kendall. – Columbia University: Bureau of Applied Social Research, 1957. – 360 p.

230. Thomasma, D. C. Models of the Doctor-Patient Relationship and Ethics Committee: Part Two / D. C. Thomasma // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 1994. – № 3. – Pp. 10–26. – URL: http:dx.doi.org/10.1017/S0963180100004679 (Accessed 26.11.2016)

231. Veatch, R. M. The Patient-Physician Relation, The Patient as Partner. Part 2. / R. M. Veatch. – Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1991. – Chapter 1. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. – Pp.11–14. – URL: http://free-pdf.net/ebook.php?id=EONtDblUOuAC (Accessed 11.11.2016)

232. Weber, M. Economy and Society / M. Weber. – Berkeley: University of California, 1978. – 1643 p.