

УДК 316.4

## ПРОФЕССИЯ, СООБЩЕСТВО И ПОВСЕДНЕВНОСТЬ В НАРРАТИВАХ МОЛОДЫХ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ

© 2018 г.

*К.А. Галкин*

Галкин Константин Александрович, аспирант Санкт-Петербургской школы  
социальных и гуманитарных наук Высшей школы экономики  
kagalkin@hse.ru

*Статья поступила в редакцию 22.03.2018**Статья принята к публикации 17.07.2018*

Современные исследования профессиональной идентичности в отношении медицинских профессий все чаще рассматривают данный феномен в контексте индивидуальных особенностей профессионального выбора и профессиональных практик. Однако существуют явные отличия в профессиональной сфере, условиях труда и профессиональных практиках, определяемые городским и сельским контекстами. Молодые врачи сталкиваются с различными проблемами в контексте интеграции в профессиональное сообщество. В исследовании на основании тематического анализа нарративов интервью с молодыми врачами Ленинградской области ( $n=20$ ) предпринята попытка ответить на вопросы: как сохранить свою профессиональную идентичность, сформированную в контексте учебы/работы в крупном городе? как сформировать свою особенную идентичность, исходя из перспективы интеграции в сельское сообщество? Результаты исследования уточняют и расширяют вопросы формирования профессиональной идентичности врачей в контексте локального сообщества и могут служить основой для дальнейших исследований, например, взаимовлияния локальной и профессиональной идентичности.

*Ключевые слова:* профессиональные практики в сельской местности, молодые врачи, сельские сообщества, профессиональная идентичность.

### Введение

Современные исследования социологии села проблематизируют сельские пространства как неоднородные, с расплывчатыми границами. Особенно это характерно для сел, приближенных к большим городам. Однако так или иначе важной составляющей любого села, поселка как сообщества по-прежнему выступает сельская община [1]. Основной отличительной чертой сельских сообществ выступают сильные связи и реципрокность [1].

В современных исследованиях профессий отмечается переход от индивидуализации профессиональной деятельности к социализации. Профессии становятся частью социального мира, важными аспектами труда выступает ориентир не только на профессиональные знания, но и на оказание помощи (профессиональной, социальной, психологической) людям [2]. Работа врача, безусловно, связана с социальным миром и социальной реальностью, однако с точки зрения классического функционалистского взгляда, обозначенного в работах Э. Фрейдсона, Т. Парсонса, А. Карр-Сондерса, П. Старра, профессии представлены как институциональные сущности, основной целью профессиональной деятельности с точки зрения функционализма выступает работа на благо общества и

профессиональная деятельность представлена с позиции альтруизма, коллективной ответственности, экспертности и особых профессиональных сообществ [3–6]. В медицине профессия врача определена, прежде всего, профессиональными ценностями, нормами и профессиональной этикой. Деятельность специалиста рассматривается как коллективное действие, лишённое каких-либо эмоциональных переживаний, ориентированное на результат – помощь и лечение пациента [7, 8]. Однако при таком рассмотрении сам профессионал, как человек со своим жизненным миром, выносятся за скобки. При этом, как отмечает Ч. Хьюз, особый символизм профессии, как и особая профессиональная культура, характерная для врачебной деятельности, играют весомую роль в контексте перехода от обывательской трактовки медицины и медицинских практик к трактовке профессиональной [9, 10]. Следовательно, повседневность профессионала становится важным связующим звеном между специалистом, его/ее профессиональной мотивацией и трудностями, которые возникают во время работы [11, 12]. Феноменологический подход позволяет рассмотреть повседневные практики и проанализировать возможные конфликты, возникающие в рамках профессиональной деятельности, с точки зрения самого индивида-профессионала.

Г. Беккер, исследуя профессионализм врачей, определяет профессиональную деятельность как особую культуру, для которой характерны свои символы, ценности и нормы. Обучение врача есть последовательная интеграция в профессиональную культуру [13]. В работах Т. Маршалла, посвященных новым концепциям профессионализма, говорится о социализации профессий и о том, что сегодня большинство профессий переходят от традиционного индивидуализма к социальной ориентированности [14]. Медицинские профессии, по мнению ученого, также становятся более социально ориентированными, более гуманистическими [15].

В исследованиях М. Меллоу отмечается, что сельская жизнь проблематизирует понятие профессионализма, обозначая тем самым конфликт профессиональных ценностей и локальных ценностей сообщества [16]. К примеру, врач, работая в сельской местности, вынужден абстрагироваться от взаимодействия с местным населением, чтобы сохранить этическую непредвзятость и следовать нормам профессиональной этики, но при этом сельское сообщество активно пытается вовлечь врача в аспекты местной жизни [17]. М. Меллоу размышляет, что часто представителю социомической профессии в сельском контексте приходится сталкиваться с дилеммой выбора. Она состоит в том, что, с одной стороны, специалисту данной профессии необходимо маркировать свой профессионализм и особенный социальный статус профессии врача. А с другой стороны, врач постепенно интегрируется в местное сообщество и его ценности, на основании которых, например, определяются «хорошие» или «плохие» пациенты. Сам контекст работы в сельской местности предполагает взаимодействие и достаточно близкие контакты с представителями сельской общины [18].

Изначально в России профессия врача играла особую роль. В дореволюционные времена сельский врач, земский доктор представлял собой специалиста, который способен спасти и прийти на помощь [19]. В советское время роль сельского врача была четко вписана в жизнь локального сообщества. Особой характеристикой врача в данном случае выступала деятельность по оказанию помощи людям.

Молодые врачи, которые еще не до конца интегрированы в профессиональную деятельность, сталкиваются с различными дилеммами и конфликтами, работая внутри сельской общины. Исходя из этого, формирование профессиональной идентичности молодого врача в сельской местности зависит от коммуникации и взаимодействий с местным сообществом.

В данной статье под профессиональной идентичностью понимается система символов профессии, ценностей и практик, на основании которых индивиды – молодые врачи определяют свой профессионализм. Теоретическое основание исследований – феноменологический подход, где профессиональная идентичность представлена как продукт жизненного мира индивида и повседневных практик. Основной исследовательский интерес сосредоточен вокруг изучения рефлексии индивида, молодого врача на селе, относительно повседневности и проблем, с которыми приходится сталкиваться врачам, работая в сельской местности. В исследовании применялся нарративный подход, который позволил изучить рефлексию молодого специалиста [20, 21].

К ключевым профессиональным ценностям медицинской профессии мы относим: готовность всегда прийти на помощь, профессиональные отношения с пациентами, этическую непредвзятость. К символам (маркерам) профессии относятся: практики чистоты и гигиены, патернализм, особые стили профессиональной коммуникации. При этом как символы, так и ценности профессии в статье рассматриваются не как четкие устоявшиеся конструкты, а как трансформирующиеся. Так, к примеру, ценности, которые были сформированы у врача во время обучения, могут изменяться в контексте работы в различных социальных пространствах.

### Методология

Исследование проводилось в двух агломерациях Ленинградской области, удаленность которых от крупного города составила более 100 км. Такой выбор обусловлен тем, что близкие к городу локации, как правило, имеют слабо сформированные сообщества, напоминающие по своей структуре и связям городские. На основе этих критериев выбор локаций исследования был сделан в пользу Лужского и Подпорожского районов Ленинградской области. Выборка исследования составила 20 молодых врачей ( $n=20$ ), живущих и работающих в селах и ПГТ Ленинградской области в течение 3 и более лет. Исходя из целей исследования, интервью брались как у врачей, которые родились и выросли в селе, так и у тех врачей, которые приехали в сельскую местность работать в поликлиниках и ФАП по программе «Земский доктор». «Земский доктор» – федеральная программа, по которой молодые врачи могут поехать работать в село и, проработав определенный срок, получить там жилье и прочее льготы. Программу регламентирует статья 12 ФЗ-326

«Об обязательном медицинском страховании в РФ». В исследовании мы разделяем молодых врачей на группы: с сельским или с городским бэкграундом, в зависимости от того, где родились и проживали информанты до поступления в медицинский вуз. Основные характеристики каждого респондента приведены вместе с избранной цитатой. Анализ нарративов интервью в исследовании был осуществлен с помощью нарративного подхода.

### Описание исследуемых локаций

Исследовательскими локациями выступают поселки городского типа (ПГТ) с достаточно развитой инфраструктурой. Лужский район Ленинградской области – это активно развивающийся сельскохозяйственный район. В Подпорожском районе присутствуют как развитые, так и достаточно депрессивные поселки. Основная деятельность людей, проживающих в исследуемых локациях, – сельское хозяйство, животноводство, фермерство. В каждом из поселков находятся: основное предприятие/предприятия (промышленное или предприятие сельского хозяйства), школа и библиотека, поликлиника или ФАП (фельдшерско-акушерский пункт), в зависимости от населения поселка. Как правило, пункт фельдшерской помощи в исследуемых локациях представлял собой отдельно стоящее здание, в котором велся прием пациентов в установленные часы. В большинстве исследуемых локаций штат ФАП состоял из врача общей практики, фельдшера, медицинской сестры и акушерки.

### Результаты

#### *Представление молодых врачей о статусе врача*

В нарративах социальный статус врача был определен молодыми врачами как низкий. Причиной тому социальная позиция, которую занимает врач в современном российском обществе. Молодой врач оценивает ситуацию следующим образом: «... ну вот даже если сравнивать с США, там, я не знаю, Канадой и другими странами западными, там какие самые важные профессии? Это полицейский, судья и врач. Но в России все наоборот. Врач абсолютно не защищен, и также там ятрогения, все это сваливается на врача, потому что у нас в стране врач почему-то только все обязан и больше ничего, ну и плюс еще бюрократия» (м., 28, врач общей практики). Социальный статус молодого врача оценивался информантами как еще более низкий. В частности, отмечалось, что ввиду

отсутствия опыта, знаний и навыков шансы на трудоустройство по специальности у молодого врача в России крайне малы. Один из информантов так описывает ситуацию: «Если ты молодой врач, то тебе практически невозможно устроиться, тебя не берут работать никуда, потому что нет опыта, нет хороших практических знаний, и так всегда» (ж., 27, врач общей практики). При этом статус сельского врача позиционируется молодыми врачами как более высокий, чем у начинающего специалиста в городе. Причина тому – сельское сообщество, которое, как правило, придает врачу особое социальное значение ввиду экспертности знаний и важности врачебной профессии в сельской местности: «В городе если работать, то ... поликлиника, там, пациенты, начальство и мало благодарности. Здесь же все наоборот. То есть здесь, когда ты работаешь, в селе, то понимаешь, как тебе благодарны свои люди, те, кому ты помог, и те, кого ты смог в какой-то степени спасти» (м., 30, врач общей практики).

Следует отметить что, несмотря на позиционирование социального статуса врача как низкого, информанты отмечали в нарративах важность медицинской профессии как общественно полезной и говорили о необходимости повышения ее статуса в России. Таким образом, низкому статусу врача, который отмечался в нарративах интервью у большинства молодых врачей, противостоит «особенная роль» медицинской профессии (социономический аспект) и желание работать по профессии. Итак, существует рассогласование составляющих статуса профессии – при высокой социальной значимости и востребованности профессии она недостаточно оплачивается, и отмечаются сложности с трудоустройством молодых специалистов.

#### *Профессионализм*

В нарративах интервью тема профессионализма рассматривалась молодыми врачами, прежде всего, на основании «особенных», экспертных знаний и практик, которыми обладает врач, работающий в сельской местности. В социальном пространстве села особенность профессиональных практик врача усиливается за счет отсутствия, как правило, других врачей и больниц поблизости. Под профессиональными практиками в статье понимаются профессиональные знания и умение их применить.

Следует отметить, что экспертность знаний – центральная тема определения медицинской профессии у большинства ученых [22–24]. Для сельских врачей обладание особыми знаниями, экспертностью обозначает особый статус медицинской профессии в данном социальном пространстве. К примеру, в городе у пациента есть

возможность выбрать врача и клинику, где проходить лечение, ввиду множества предложений на рынке медицинских услуг. В сельской местности, где концентрация медицинских учреждений радикально менее значительна, значение экспертности медицинских знаний усиливается. Профессионализм врача определен в нарративах интервью как спасительный и необходимый для сельского сообщества: *«Вы знаете, скажу честно, я здесь, наверное, сейчас стал чем-то вроде спасителя, не иначе. Стараюсь всем помочь и всегда прийти на помощь, если что-то нужно. Потому что, как здесь у нас говорят, если заболел в городе, то можно обратиться туда, туда и туда, но если заболел в селе, то вот она одна фельдшерская станция и ты должен как врач быстро и ответственно принимать решения»* (м., 27, врач общей практики).

Одним из важных аспектов работы врача в сельской местности является удаленность от профессионального сообщества. Так, к примеру, в привычных условиях крупного города врач, работая в больнице или поликлинике, может посоветоваться с другими коллегами (особенно это важно для молодого врача ввиду нехватки практических навыков после окончания медицинского вуза). Однако работая в сельской местности врач вынужден не только часто принимать судьбоносные решения при лечении и оказании помощи пациентам, но он ограничен в возможностях консультаций и коллегиального решения, что, безусловно, часто выступает проблемой для молодого врача. Один из информантов приводит такое описание собственного опыта: *«Я когда только закончила медицинский, приехала сюда и поняла, что я в принципе одна и только я здесь отвечаю за все, какие назначаю лекарства и терапию и так далее. Все это в моих руках. Да, конечно, очень помогает интернет-общение с моими друзьями в чате. Но здесь все по-другому. Ты можешь просидеть полнедели вообще без пациентов, а может случиться так, что тебе за считанные секунды нужно одеться и спасти жизнь»* (ж., 28, терапевт).

Таким образом, привычная для врачей коллегиальность, наиболее необходимая молодым специалистам как возможность получить совет, обсудить проблему, перетекает в виртуальные пространства коммуникации с однокурсниками и наставниками. *«Без совета, как я говорила, в нашей профессии тяжело, потому очень хорошо, что Анна Николаевна, мой давнишний друг и моя давняя знакомая, может помочь советом и обсудить со мной ту или иную проблему»* (м., 29, врач фельдшерской станции). При отсутствии такой возможности, в силу различных

причин (необходимости оперативного решения, проблем с доступностью узкопрофильных специалистов, отсутствия формализованной системы консультаций и необходимости полагаться на личные связи), молодому врачу приходится опираться исключительно на свой опыт, знания и навыки.

#### *Помощь и взаимопомощь*

В работе автор различает две категории: помощь как профессиональный долг и взаимопомощь как акт реципрокности и одна из повседневных практик сельской жизни. Но прежде следует обратиться к конфликту профессиональной и территориальной идентичности, который присутствует в повседневности молодых врачей. Данный конфликт обусловлен сочетанием ролей – профессионала или сельчанина [25].

Так как в исследовании присутствует разделение на врачей, имеющих сельский бэкграунд, и на врачей, которые родились и выросли в городе, то следует отметить, что у двух обозначенных групп присутствует разное позиционирование своей территориальной идентичности. Конструирование профессиональной идентичности молодых врачей с сельским бэкграундом обусловлено проблематикой разграничения роли врача-профессионала и сельского резидента. *«Это всегда сложно, когда ты здесь свой и возникает множество проблем, например, когда ты постоянно должен давать советы или же, например, когда ты знаешь с рождения дядю Ваню, а теперь он твой пациент и ты вроде так по-свойски должен ему объяснить, что нужных лекарств нет и неизвестно когда они будут»* (м., 26, терапевт). Взаимодействия с пациентом у врачей с сельским бэкграундом строились по принципу гуманистической модели: ориентир на долгую, продолжительную работу с пациентами, когда врач позиционирует свой профессионализм не только как экспертный, но и как помогающий. Для врачей с городским бэкграундом модель взаимодействия с пациентами – биомедицинская: ориентир на быструю постановку диагноза и лечение больного, минимум взаимодействий и коммуникации между врачом и пациентом [26–29]. Тем врачам, которые родились и выросли в городе, было сложнее интегрироваться в специфику работы на селе и понять, что в селе ввиду особых сильных связей присутствует реципрокность в общении и взаимодействии. Ценность взаимопомощи, которая в некотором роде предполагает взаимную помощь и готовность помочь «своему» не только в медицинском кабинете ФАП, но и, например, на почте, в магазине и в других местах случайных встреч, различно

воспринималась информантами с городским и сельским бэкграундом. Основной отличительной чертой взаимопомощи для врачей как с городским, так и с сельским бэкграундом выступает необходимость исполнения тьюторских, патерналистских функций – дать нужный совет или попытаться достать необходимые лекарства, в некоторых случаях, используя свои связи, договориться о плановой госпитализации сельского резидента. *«Поначалу, когда приехала сюда, было очень сложно понять, что ты как бы здесь должна, если что, всегда там что-то посоветовать пациенту, направить его или помочь ему; другой раз просто стоишь в магазине, да к примеру, и к тебе подходят и спрашивают – вот, например, у меня нога болит, подскажите, как мне быть, и так далее; и таких примеров крайне много, когда ты работаешь в селе»* (ж., 28, терапевт). Проблема патернализма сельских врачей хорошо определена и в работе О. Чеботаревой, посвященной патернализму в отечественной медицине [30].

Повседневные практики работы врачей обусловлены, в том числе, и тем, что необходимо хорошо знать проблемы пациента и его болезни, однако частота контактов с пациентами и ситуация постоянного общения в некотором роде «размывает» границу между врачом-профессионалом и соседом. В основном это оказывается неприемлемым для молодых специалистов, которые выросли в крупном городе, так как часто подобные контакты проходят в неформальной обстановке. Необходимость давать советы и выслушивать своих пациентов вне приема у многих молодых врачей является одной из причин неудовлетворенности работой в социальном пространстве села. В данном контексте показательны результаты исследования Л. Петровой [31], наглядно продемонстрировавшие оценку врачами таких отношений, как «навязанных». Врачи так описывают сложившуюся ситуацию: *«Это сложно, потому что в городе нет такой частотности контактов с одними и теми же людьми, а здесь – все-таки в селе возникает вопрос о том, что ты все время видишь своих пациентов и без конца должен давать советы, даже по тем вопросам, где ты не специалист вообще ни разу»* (ж., 25, врач общей практики); *«Сложно привыкнуть, что здесь все друг друга знают»* (м., 30, врач общей практики).

Тема помощи рассматривалась в нарративах молодых врачей, исходя из контекста профессионализма и восприятия медицинской профессии как профессии помогающей, и имеет четкую дифференциацию, исходя из наличия в биографии врача сельского или городского бэк-

граунда. Так, например, для врачей с сельским бэкграундом тема помощи, как долга профессионала, была вписана в контексты территориальной идентичности, укорененности в конкретном сельском сообществе. *«Потому что просто я здесь свой, я здесь всех прекрасно знаю и как бы, вы знаете, для меня это уже не просто пациенты, для меня, скорее, это одна большая семья»* (м., 27, терапевт); *«Если не я, то никто вот так не сможет просто прийти и помочь»* (м., 25, врач общей практики). Для врачей, которые приехали в село из крупного города, тема помощи позиционировалась в нарративах в большей степени как профессиональный долг. Следует отметить разграничение у таких врачей в нарративах категорий профессиональной помощи (долг врача) и реципрокной взаимопомощи (обязанность сельчанина). *«Да, в какой-то мере здесь, в селах, принято, наверное, даже оказывать помощь всегда и везде, но я лично привыкла действовать как врач, а именно оказывать помощь исключительно тогда, когда ты находишься у себя на рабочем месте, и никакой помощи за ее пределами; если нужна помощь, то пациент должен прийти и обратиться к врачу, вот моя принципиальная позиция»* (ж., 27, терапевт). Как правило, взаимопомощь и реципрокность позитивно оценивалась молодыми врачами с сельским бэкграундом, но была негативно оценена молодыми врачами, которые приехали работать в село из города. Врачи с городским бэкграундом понимали акт взаимопомощи как попытку получить «дополнительное» время консультаций у врача местными сельскими резидентами. Однако для врачей с сельским бэкграундом взаимопомощь оценивалась, как правило, как акт реципрокности и уважения в сельской местности, понимания значимости профессиональной роли сельского врача местными резидентами. При этом практики взаимопомощи в отличие от практик помощи экстраполировались на более широкие контексты повседневности, становясь неотъемлемой частью жизни в сельской местности. Итак, следует сказать о том, что для молодых врачей, имеющих сельский бэкграунд, характерны «смешение» ролей профессионала и сельского резидента и, как следствие, конфликт профессиональной и территориальной идентичности. Данный конфликт для врачей с сельским бэкграундом обозначен тем, что молодой врач позиционирует себя прежде всего как сельский резидент и потом уже специалист-профессионал. Для врачей, имеющих городской бэкграунд, конфликт профессиональной и территориальной идентичности выражен в том, что врач пытается транслировать городскую, пре-

имущественно биомедицинскую модель работы на повседневные практики профессиональной деятельности в селе и, как следствие, часто условия труда, обозначенные работой в достаточно закрытом локальном сообществе, и практики реципрокной помощи, существующие в селах, вызывают когнитивный диссонанс у врача, который родился и вырос в городе.

#### *Повседневные практики и «особая роль»*

Работа в сельской местности, медицинская практика молодых врачей, скорее, определена не как узкая деятельность по конкретной проблематике, как это часто бывает в отношении городских больниц и клиник, а как необходимость исполнения различных функций. Если для городских больниц и поликлиник характерно четкое разделение на врачей, специализирующихся на конкретных проблемах или группах проблем, то для сельских врачей, наоборот, характерна многозадачность, что в первую очередь обусловлено спецификой условий труда сельского врача. Безусловно, работа врача общей практики или терапевта предполагает многофункциональность специалиста, но в сельской местности работа такого специалиста обусловлена еще и тем фактом, что врачу нередко приходится совмещать несколько функций или, например, выполнять работу, несвойственную для врачебной специальности. *«Да, безусловно, все по-разному, конечно, бывает; то есть, например, иногда ты здесь можешь выступать и в качестве ветеринарного врача, у кого, например, когда животные болеют, а иногда даже что-то вроде психолога, то есть иногда ты должен помогать другим людям, все это здесь (в селе. – К.Г.) взаимосвязано, поэтому достаточно трудно работать в таких условиях»* (м., 23, врач общей практики). Особенно отчетливо проблема многозадачности проговаривалась в нарративах молодых врачей, исходя из необходимости лечения самых различных заболеваний, что для врачей, имеющих сельский бэкграунд, описывалось как «дело привычки», то есть сам контекст работы на селе и понимание работы на селе у сельских врачей ассоциировались с многозадачностью: *«Ну да, это сложно понять, но здесь, в селе, работа врача – она специфическая, если, например, я раньше, даже в детстве, наблюдала, как к фельдшеру несколько раз в день приходили разные пациенты, у кого-то болит живот, у кого-то рука, а ... кто порезался сильно, и ты должен работать со всеми этими пациентами, то есть разбираться во всем; это, конечно, дело привычки и навыка, но в начале ... здесь, в селе, мне было действительно тяжело»* (ж., 28, врач общей практи-

ки). Для врачей, которые выросли в городе, проблема многозадачности представлена как одна из серьезных трудностей работы на сельской территории. *«Я не могу уже терпеть, потому что это трудно и очень трудно работать здесь, в селе, и разбираться во всем; все-таки я считаю, что у врача должна быть специализация»* (ж., 26, врач общей практики). Молодые врачи, которые приехали в село из города, рассказывали в нарративах интервью, что многозадачность сельского специалиста – это хороший шанс применить полученные знания на практике, совершенствовать свою квалификацию и использовать новые компетенции в дальнейшем, к примеру при работе в мегаполисе в будущем. Здесь важным является именно навык работы с пациентами, которые страдают от различных недугов, а также достаточно быстрое оказание им медицинской помощи.

Итак, подводя итог, следует отметить, что особая роль врача в селе обусловлена в первую очередь проблемой многозадачности повседневных практик, которые во многом характеризуют работу врача на селе. Данная проблема часто выступает одним из факторов неудовлетворенности трудом, диктуя специалисту в сельской местности необходимость «быть экспертом во всем» и разбираться практически в любом заболевании и любой проблеме пациента.

#### *Сценарии выхода из конфликта профессиональной и территориальной идентичности*

В ходе беседы с информантом интервьюер задавал вопросы относительно возможных и действенных сценариев выхода из ролевого конфликта профессиональной и территориальной идентичности. В работе автор выделяет три сценария, для каждого из которых характерны особые практики включения/невключения в социальное пространство села и практики работы с пациентами.

*Сценарий полной интеграции.* Выход из конфликта осуществляется за счет полной интеграции или частичной интеграции в сельское сообщество. Роль врача как профессионала, как правило, при таком сценарии определена максимальным включением в жизнь, повседневность конкретного ПГТ или деревни. Врач максимально включается в сельское сообщество и уже не видит свой профессионализм в отрыве от его жизни. Ключевыми драйверами подобного сценария выступают: наличие сельского бэкграунда у врача, а также мотивация работать и быть полезным в конкретном селе.

*Сценарий частичной интеграции.* Данный сценарий обусловлен, как правило, тем, что врач разделяет контексты профессиональной

деятельности и соседского общения в селе. Однако врачи – представители данного сценария старались при этом дистанцировать свой профессионализм и отделять коммуникацию во время работы с пациентом (прием пациентов) и соседскую коммуникацию и общение, вне пространства амбулатории или ФАП. Драйверами подобного сценария выступают желание самого врача интегрироваться в процесс работы на селе, но при этом сохранить свой профессионализм как экспертный, разграничивая рабочее и нерабочее пространство. Подобный сценарий выбрали, как правило, врачи с городским бэкграундом, а также молодые врачи с сельским бэкграундом, которые старались сохранить свой профессионализм и понимали важность этической непредвзятости при работе с пациентами.

*Сценарий ухода.* Для данного сценария характерен эскапизм от сельского сообщества и работы на селе, здесь сама работа в сельской местности понимается молодым врачом как бесперспективная, и в данном случае врач старается уехать из сельской местности в город. Драйверами подобного сценария выступают условия труда в сельской местности, которые носят деструктивный характер и снижают мотивацию молодого врача к работе в селе. При этом для подобного сценария характерны как неудовлетворенность условиями труда врача в селе, так и проблема «потери» профессионализма при постоянных контактах с пациентами/сельскими резидентами и работе в сельской местности.

### **Заключение и дискуссия**

Основной целью данного исследования является анализ того, как происходит формирование профессиональной идентичности молодых врачей в контексте работы в сельском сообществе. Молодые врачи, представляющие собой особую группу, которая находится на стадии формирования своей профессиональной идентичности, сталкиваются с различными проблемами в контексте интеграции в профессиональное сообщество и построения своей профессиональной идентичности внутри подобных сообществ.

Так, одной из особенностей работы на селе выступает включение врача в практики сельского сообщества и понимание молодого врача в качестве специалиста, обладающего «особенными» знаниями, способностью и навыками оказать помощь и правильно лечить больных. Однако для молодого врача, интегрирующегося в сельское сообщество, имеет место конфликт ролей между жителем села и врачом-профессионалом, который определен процессами

интеграции в сельское сообщество. Также врачи, которые приехали из крупного города, сталкиваются с проблемой трансформации своей профессиональной идентичности в сельской местности, что вызвано процессами интеграции в сельское сообщество, принятия или непринятия ценностей локального сообщества. Анализ нарративов интервью показал наличие конфликта территориальной и профессиональной идентичности у молодых врачей. Конфликт по-разному выражен у врачей, которые приехали в село, и тех врачей, которые выросли в сельской местности и после окончания медицинского вуза вернулись работать в сельскую местность. Среди основных проблем работы в сельской местности для врачей, имеющих сельский бэкграунд, выступает проблема совмещения ролей сельского резидента и профессионала. Для большинства врачей, которые приехали в село из города, конфликт профессиональной и территориальной идентичности вызван проблемой привыкания к сельской повседневности, и прежде всего проблемой переноса территориальной идентичности городского врача на контексты повседневных практик села. Подводя итог, следует отметить, что молодые врачи как с сельским, так и с городским бэкграундом сталкиваются с проблемами интеграции в повседневность села; при этом очевидно, что основными проблемами является вопрос о том, как позиционировать свой профессионализм как включенный в сельскую повседневность, становиться «семейным» специалистом в конкретном селе, как профессионализм специалиста связан с жизнью конкретного села, – такая стратегия свойственна в основном для врачей, имеющих сельский бэкграунд. Профессионализм врача дистанцируется от сельского сообщества, и врач позиционирует себя прежде всего как эксперта, специалиста, который обладает особыми знаниями; для сохранения этической непредвзятости необходима биомедицинская модель работы с пациентом и попытка дистанцировать себя от традиционных практик взаимопомощи, присутствующих в сельской местности, – такая стратегия свойственна в основном для врачей, имеющих городской бэкграунд. Выделенные сценарии выхода из конфликта свидетельствуют о том, что существует как полная интеграция в сельское сообщество, так и частичная интеграция в него или выход из конфликта путем «бегства» из сельской местности. Эскапизм обусловлен в первую очередь тем, что молодые врачи считают работу на селе бесперспективной и сложной для интеграции в контексты повседневных практик сельской жизни.

## Список литературы

1. Козин И.Н. Не хлебом единым...: практики трудового поведения сельских жителей (случай села Парфеньев) // Лабиринт (Журнал социально-гуманитарных исследований). 2014. № 3. С. 40–48.
2. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? Princeton University Press, 2014. 226 p.
3. Parsons T. The social system. Free press, 1964. 575 p.
4. Carr-Saunders A.M., Wilson P.A. The professions. F. Cass, 1933. 536 p.
5. Freidson E. Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy. University of Chicago Press, 1994. 238 p.
6. Starr P. The social transformation of American medicine. Basic Books, 1982. 356 p.
7. Thiriaux B., Birault F., Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neurophenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship // Frontiers in Psychology. 2016. V. 7. P. 763.
8. Drinka T.J.K., Clark P.G. Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching. Greenwood Publishing Group, 2000. 224 p.
9. Хьюз Э.Ч. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем // Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7. № 3. С. 313–319.
10. Щепанская Т.Б. Сравнительная этнография профессий: повседневные практики и культурные коды: Россия, конец XX – начало XXI в. Nauka, 2010. С. 183.
11. Хэмфри М.Т. Новейшая история профессионализма в связи с социальной структурой и социальной политикой // Журнал исследований социальной политики. 2010. Т. 8. № 1. С. 105–124.
12. Evetts J. A new professionalism? Challenges and opportunities // Current Sociology. 2011. V. 59. № 4. P. 406–422.
13. Becker H.F. et al. Boys in white // Academic Medicine. 1962. V. 37. № 4. P. 406.
14. Marshall T.H. The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy // Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue Canadienne de Economiques et Science Politique. 1939. V. 5. № 3. P. 325–340.
15. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 25–35.
16. Mellow M. The work of rural professionals: doing the gemeinschaft gesellschaft gavotte // Rural Sociology. 2005. V. 70. № 1. P. 50–69.
17. Sureshkumar P. et al. Factors related to doctors' choice of rural pathway in general practice specialty training // Australian Journal of Rural Health. 2017. V. 25. № 3. P. 148–154.
18. Campbell C.D., Gordon M.C. Acknowledging the inevitable: Understanding multiple relationships in rural practice // Professional Psychology: Research and Practice. 2003. V. 34. № 4. P. 430.
19. Вяткина Н.Ю., Вахромеева А.Ю. Возрождение земской медицины: реалии и перспективы // Социология медицины. 2012. № 2. С. 38–40.
20. Рождественская Е.Ю. Биографический метод в социологии. Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, 2012. 386 с.
21. Riessman C.K. Narrative methods for the human sciences. Sage, 2008. 251 p.
22. Фуко М. Рождение клиники. Академический проект, 2010. 275 с.
23. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Социология профессий. История, методология и практика исследований // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 36–46.
24. Рубцова М.В., Мартыанов Д.С., Мартыанова Н.А. Профессиональные и экспертные сообщества как субъекты управления в контексте общества знания // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Социология. 2013. № 1. С. 69–73.
25. Miller R.S. Successful urban-to-rural professional role transition // Community Mental Health Journal. 1981. V. 17. № 2. P. 143–152.
26. Jordan B. Birth in fourth cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4 ed. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1992. 199 p.
27. Martin E. The woman in the body: A cultural analysis of reproduction: with a new introduction. Boston: Beacon Press, 2001. 276 p.
28. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. 2 ed. With a New Preface. Berkeley: University of California Press, 2004. 382 p.
29. Михель Д.В. Изучая культуру, здоровье и болезнь: медицинская антропология как область знания // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2013. Т. 2. № 1 (70). С. 205–217.
30. Чеботарева О.А. Патернализм в отечественной медицине: Автореф. дис. ... канд. социол. н. Волгоград: Волгоградский гос. мед. ун-т, 2006. 22 с.
31. Петрова Л.Е. Большой врач как коллизия профессионализма: социологический анализ // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2012. № 3. С. 148–153.

## PROFESSION, COMMUNITY AND EVERYDAY LIFE IN THE NARRATIVES OF YOUNG RURAL DOCTORS

K.A. Galkin

National Research University Higher School of Economics

In today's research of professional identity in relation to medical professions, this phenomenon is often considered in the context of individual features of professional choice and professional practices. However, there are obvious differences in the professional field, working conditions and professional practices that are determined by the urban and rural contexts. Young doctors have to face different problems in the context of integration into their professional community. In this study, based on the thematic analysis of interview narratives with young doctors from the Leningrad Region ( $n=20$ ), we attempted to answer the questions: «How can a young doctor preserve one's professional identity formed in the context of study-



ing/working in a large city? How to form one's own unique identity, based on the prospect of integration into the rural community?» The results of the research clarify and expand the issues of forming doctors' professional identity in the context of the local community, and can serve as a basis for further research, for example, focusing on the interaction of local and professional identities.

*Keywords:* professional practices in rural areas, young doctors, rural communities, professional identity.