

ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА: КУЛЬТУРА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Елена Здравомыслова, Анна Темкина Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога

Что может быть хуже визита к гинекологу?! Ну, разве только сам гинеколог. Лично я их боюсь до скрежета зубовного... Давайте взглянем на нас, женщин в кабинете гинеколога, **со стороны**. Нередко в ареале обитания гинекологов встречается так называемая **трепетная лань**. Она холодеет от страха задолго до самого визита... Следующим типичным представителем клиенток... являются **всезнайки**... При общении со всезнайкой ему (гинекологу) придется собрать не только силу воли, но и этику с деонтологией в стальной кулак... **Разбитная баба** — следующий типичный обитатель... Пришла за направлением на пятнадцатый аборт...

А что касается докторов акушеров-гинекологов — они бывают **профессионалы** и все остальные.

Т. Соломатина. Неприятный визит. Акушер-Ха!

Популярная писательница Т. Соломатина, в прошлом акушер-гинеколог, иронически приоткрывает завесу сакрального пространства палаты роддома и кабинета врача в женской консультации. Она рассказывает о том, что, как правило, стыдливо умалчивает публичный дискурс, что редко попадает в фокус социальных исследований. Ее дискурс скептический (вплоть до циничного), иронический и романтизированный одновременно. В социологических интервью, которые мы проводили с акушерами-гинекологами, доминирует профессиональный медицинский дискурс, предполагающий этику уважения к пациентам. Однако и в том, и в другом случае гинекологи говорят о сложных ситуациях, в которых им приходится работать, преодолевая сопротивление «среды» и отвечая требованиям пациентов. В этой статье мы анализируем экспертный взгляд акушера-гинеколога на проблемы медицинского взаимодействия.

Социальные исследования медицины утверждают, что доверительное сотрудничество врача и пациента является важнейшим условием обеспечения здоровья последнего. Одновременно при-

знается, что в авторитет профессионалов в современных обществах проблематизирован, доверительное отношение к медикам не возникает автоматически, а создается (или не создается) на институциональном и межличностном уровнях. Нас интересует, как формируется доверие в сфере репродуктивного здоровья в современном российском обществе с учетом особой сензитивности данной области к женскому интимному опыту. В предыдущих исследованиях мы обращались к миру пациенток. Как и работы других исследователей, наши данные показывают, что молодые образованные пациентки систематически проблематизируют взаимоотношения с врачами.¹ Озвучивая в своих рассказах жалобы и гневные претензии, они демонстрируют *кризис доверия* к медицинским учреждениям и врачам (Здравомыслова, Темкина 2009).²

Однако, обсуждая отношение пациентов к медицине, исследователи не всегда обращают внимание на то, что доверие — это реципрокное отношение. Эффективное медицинское взаимодействие

¹ Сходные результаты получены и другими исследователями; см., например: Brown, Rusinova 2003, 2010; Rivkin Fish 2005; Римашевская 2007; Григорьева, Чубарова 2001 и пр.

² В государственных медицинских учреждениях пациентов не устраивает дискомфортная бюрократизированная среда, нехватка профессионализма и недостаток заботы. В коммерческом секторе здравоохранения они подозревают, что им предоставляют гипердиагностику и избыточные предписания, обусловленные материальным интересом медиков. «Новые пациентки» вырабатывают различные стратегии совладания с кризисом доверия. Стратегия избегания контакта с медицинскими учреждениями — универсальный механизм минимизации рисков институционального взаимодействия (см. также: Шилова 2007 а, б; Аронсон 2006). Однако такая стратегия не всегда возможна в современном обществе, где репродуктивный опыт медикализирован. Взаимодействие с институтами акушерства и гинекологии предписано женщинам и поддерживается социальной политикой государства. Обращение к медикам включает мобилизацию экономических, социальных и информационных ресурсов, которыми располагают пациентки. Предусмотрительные пациентки проводят мониторинг репутации учреждений и специалистов, оценивают предыдущий опыт контактов с медициной (свой и окружающих) и его результаты; привлекают посредников, являющихся инсайдерами медицинского поля (см. также: Браун, Русинова 1993б; Brown, Rusinova 2003, 2010). Последовательно идущие к своим репродуктивным целям, женщины обращаются к разным врачам для сопоставления диагнозов и предписаний, проверяют медицинскую информацию через Интернет, сами себе назначают анализы и лечение, комбинируют платные и бесплатные услуги, выстраивают персонифицированные отношения с медицинскими работниками и пр.

предполагает сотрудничество двух субъектов. Не только пациент должен быть уверен в том, что медик сделает все возможное для обеспечения его здоровья, но и врач должен рассчитывать на сотрудничество получателя медицинских услуг, на то, что последний будет вести себя соответственно роли больного/пациента, то есть будет следовать назначениям врача и стремиться сообща с ним решать проблему собственного здоровья.

Тем не менее в реальных условиях врач не всегда может доверять больному. В данной статье мы анализируем взгляд современного акушера-гинеколога на доверие и проблемы взаимоотношений с клиентками учреждений репродуктивного здравоохранения. Наша задача — определить перспективу медиков в условиях проблематизированного сотрудничества, отказа пациента от пассивной роли, повышения его требовательности и информированности. Сегодня гинекологи не только сталкиваются с новыми, требовательными пациентками, но и адаптируются к новым правилам организации российского здравоохранения, которые отличаются от советских. Фрагментация, стратификация, бюрократизация и коммерциализация системы здравоохранения приобретают специфику в репродуктивной медицине. Мы исходим также из того, что медицинское взаимодействие в сфере гинекологии и родовспоможения обладает особенностями, связанными с символикой гендерного порядка. Этот контекст мы учитываем при интерпретации данных эмпирического исследования.

В первой части статьи анализируются особенности медицинского взаимодействия в сфере акушерства и гинекологии, определяющие контекст исследования. Затем мы рассматриваем самопозиционирование практикующих акушеров-гинекологов в системе здравоохранения. В третьей части анализируются представления акушеров-гинекологов о типах пациенток и видах медицинских взаимодействий. Обсуждение базируется на наших собственных данных и анализе вторичных источников. Эмпирические данные исследования³ составляют 14 фокусированных интервью с акушерами-гинекологами женских консультаций, посвященных их профессиональному опыту (4 интервью в Архангельске, 6 — в Казани, 4 — в Самаре), а также дневники включенного наблюдения на приеме в женской консультации (24 апреля 2009 — 23 июля 2009, Самара).

³ В статье используются данные проекта гендерной программы ЕУСПб «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного Фондом Форда (руководители Е. Здравомыслова, А. Темкина).

Теоретический и структурный контексты исследования

Мы исходим из трех теоретических оснований, сформулированных в ходе предшествующих исследований. Во-первых, медицинские взаимодействия многообразны и контекстуальны; их нельзя сводить к универсальной схеме, описывающей соотношение ролей врача и больного. Во-вторых, в современном обществе, несмотря на усиливающуюся медиализацию опыта, сотрудничество между врачом и пациентом проблематизировано. По словам Д. Меканика, врач взаимодействует со «скептическими потребителями» медицинских услуг, которые не только проблематизируют лечение, но и тщательно изучают счета за оказанные медицинские услуги. Пациент такого типа склонен не только сотрудничать ради излечения, но и проявлять подозрительность в отношении компетентности медика, эффективности и экономической целесообразности его предписаний (Mechanic 1996: 172–173). Доверие более не мыслится как безусловная вера в непреложный авторитет медицинского знания. Для достижения цели лечения его необходимо постоянно добиваться и подтверждать.

В-третьих, в российском контексте мировые тренды проблематизации доверия усугубляются структурными реформами, которые еще не завершены (Шишкин 2008; Ярская 2011). Изучая медицинские взаимодействия в области репродуктивного здравоохранения, мы исследуем структуры *in statu nascendi*. Реформы, как известно, вызывают кризис институционального доверия (Sztompka 1999) и являются контекстом формирования новых стратегий, отвечающих вызовам. В настоящее время сохраняются элементы системы здравоохранения, называемой исследователями по имени советского министра здравоохранения Семашко.⁴ Однако структурные реформы

⁴ Система Семашко — советская патерналистская система здравоохранения, которая предполагала политическую подконтрольность государственной медицины, участковый принцип поликлинического обслуживания населения, основанный на регистрации по месту проживания (паспортный режим), и определенный тип пациента — объекта государственного медицинского патернализма. Статус больного легитимизируется бюрократическими механизмами. В этой системе пациент — учетная единица государственного здравоохранения, на него устремлен медицинский надзирающий взгляд. Доверие к врачу вменяется пациенту. Такой авторитарно-патерналистский тип медицинского взаимодействия предполагает минимум выбора и либерального доверия. Система Семашко предполагает и свой вариант профессионализма врача. Такой врач — заложник и проводник медицинской бюрократии, в чем-то схожей с военной организацией: имеет место

существенно подорвали ее монополию. Создаются новые условия оказания медицинской помощи, возникают альтернативы для врачей и пациентов, но при этом дают о себе знать риски неотлаженных коммерческих механизмов в медицине. Ностальгический поворот в отношении советского прошлого делает привлекательными некоторые черты системы всеобщей диспансеризации населения (как идеальной политической модели социалистического здравоохранения с полным охватом населения медобслуживанием, способствующим блокированию эпидемий и контролю над заболеваемостью).

Либеральные реформы российского здравоохранения привели к ослаблению государственного контроля медицины, коммерциализации услуг и развитию страховой медицины. Запущенная в 2000-х годах государственная программа «Здоровье» способствовала улучшению условий обслуживания по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) (см.: Ярская 2011). В этом институциональном контексте пациент становится потребителем доверительных услуг. На его действия распространяется логика сервисной экономики, хотя правила потребительского поведения в сфере здравоохранения еще не сформированы. Пациент узнает о своих правах, о возможностях выбрать врача, возникают эффекты пациентской солидарности. При деполитизации обслуживания пациенту легко избежать учета и контроля со стороны медицинской бюрократии, применить альтернативные способы лечения. При этом он остается новичком в деле заботы о своем здоровье, а сомнения взыскательного потребителя уже пронизывают его представления о медицинских услугах. Доверительное сотрудничество происходит в общении с врачами и подкрепляется репутацией медиков и учреждений.⁵

жесткость внутрисистемной иерархии, политизация профессии, ограничения медицинской автономии. Врач (особенно в сфере репродуктивной медицины и педиатрии) является объектом и субъектом политического контроля. Это особенно явно выражается в медицинской идеологии, например, по вопросу абортов. Будучи агентом государственного влияния, врач контролирует социальную ситуацию больного (см.: Механик 2011).

⁵ Эмпирические исследования подтверждают изменения в установках и практиках российских пациентов: «Теперь пациент получил возможность выбирать врача, а это значит: оценивать его компетентность, профессионализм и способность к доверительным отношениям (см.: Шилова 2007а). В условиях либерализованной медицины доверительные отношения мыслятся как основанные на переговорах и партнерстве медика и пациента. «Пациенты сегодня проявляют готовность к таким (эгалитарным) отношениям, а врачи — в меньшей степени», что связано в первую очередь с платностью услуг и страховой медициной (Шилова 2007а).

В данной статье мы рассматриваем, как врач позиционирует себя в профессиональном мире и в отношениях с пациентом. Мы фокусируем внимание на репродуктивной медицине как контексте, особенности которого признаются действующими лицами и сказываются на их взаимодействии.

Гендерная сензитивность репродуктивной медицины

Вслед за Э. Фрейдсоном мы считаем, что доверительное сотрудничество в медицинском взаимодействии нужно изучать контекстуально (Freidson 1970). Согласно феминистскому подходу, сфера сексуального и репродуктивного здоровья обладает своей спецификой, связанной с символическим измерением гендерного порядка. Так называемые женские болезни — поле гинекологии и сексуально-репродуктивная сфера женского опыта — наделены смыслами, связанными с пониманием мужественности и женственности в той или иной культуре. С одной стороны, гинекология вторгается в сферу интимного опыта, наделенного специфическими культурными кодами, отсылающими к значению женской репродукции, к представлению о телесном «ниже», к культурным сценариям сексуальности, принятым в нашем обществе. С другой стороны, репродуктивная медицина находится под давлением политического и нравственного дискурса.

Прежде всего, мы исходим из того, что гинекология и акушерство гораздо **более политизированы**, чем многие другие отрасли медицины и здравоохранения. Наиболее ярко эта черта проявляется в отношении аборт — объекта законодательного ограничения, которое должен соблюдать врач. Государство требует от гинекологов реализации его политической воли, ориентированной на прирост населения. Поясним этот тезис данными нашего исследования.

Гинеколог с многолетним стажем рассказывает о том, как под влиянием ужесточившейся репродуктивной политики меняется поведение врача. Гинеколог осознает, что он является проводником государственной политики.

Она [женщина. — Е. З., А. Т.] могла прийти раньше и сказать: я хочу сделать аборт или прервать беременность раньше 22 недель, потому что у меня муж в тюрьме, я не могу воспитать [ребенка]. Мы делали. А потом ... стали делать только по медицинским показаниям вплоть

до 22 недель... Женщина приходит, а у нее 20 недель. А что, врач из-за вас должен садиться [в тюрьму]? (В. Г., 70 лет).

Во-вторых, мы утверждаем, что акушерство и гинекология, будучи экспертными властными институтами, участвуют в **конструировании женской идентичности и гендерного порядка**. Специалисты этой отрасли медицины рассматривают женское тело как механизм осуществления репродуктивной функции. Здоровье и гендерная идентичность оказываются взаимосвязанными, поскольку важнейшая цель гинекологии — обеспечить правильную беременность и здоровое материнство. Гинекология сопровождает и контролирует репродуктивные практики современной женщины, подталкивая ее к определенным действиям, ориентируясь на ценности здорового материнства. Медицина политически призвана удовлетворить приписываемое женщине желание родить ребенка. Таким образом, доверие к гинекологу — врачу, который становится соучастником экзистенциально важных решений женщины, видится иначе, чем проблема доверия, например, к стоматологу.

Репродуктивная медицина форматирует женский мир как мир женской телесности, связанной с репродуктивными органами. Экспертное знание поддерживает гендерные границы, контролирует вторжение «посторонних» и «свидетелей». В связи с феминизацией акушерства и гинекологии в России вплоть до настоящего времени пациентки придают значение полу врача и не всегда готовы идти на прием к гинекологу-мужчине (см. статью Марии Герасимовой в данном сборнике).

В-третьих, репродуктивная медицина *является морально ангажированной* несмотря на установки профессиональной нейтральности. Акушеры-гинекологи в большей степени, чем врачи других специальностей, выступают «моральными антрепренерами», им сложнее (если вообще возможно) поддерживать профессиональный аффективный нейтралитет. Больные сами ожидают от них моральных суждений.

Хотя врачи следуют законодательству об абортах, в непосредственном медицинском взаимодействии они ведут себя по-разному, ориентируясь на собственные ценности. Многие врачи говорят о том, что настойчиво отговаривают женщин делать аборт и предупреждают о рисках для здоровья. *«Как правило, я женщин, особенно молодых, первородящих, всегда уговаривал, чтобы они рожали: “Мы не знаем, сможете ли Вы забеременеть в следующий раз или не сможете”»* (В. Г., 70 лет). Встречаются гинекологи, которые по

моральным соображениям отказываются производить операции по прерыванию беременности: «*Мое личное отношение негативное... с моральной, и с этической, и с медицинской точки зрения*» (М. Н., 36 лет). Однако другие уверенно утверждают, что вмешательство в частную жизнь женщины недопустимо, а репродуктивное решение является личным выбором женщины: «*Гражданка имеет право вынашивать беременность, имеет право прерывать беременность! Решать это не нам! Но говорить о вредности и о последствиях мы сейчас юридически не имеем права!.. Это вмешивание в личную жизнь пациенток. Слово остается за пациенткой*» (Е. З., 52 года). Таким образом, мы убеждаемся в том, что в своей профессиональной деятельности гинеколог имеет возможность транслировать собственные установки в отношении репродуктивного выбора женщины.

Кроме того, врачи выступают авторами экспертных суждений в области здоровья населения в целом. Само здоровье, как характеристика качества жизни, морализуется. Ценность репродуктивного здоровья становится критерием оценки личности, основанием стигматизации практик, названных девиантными: ранних и множественных сексуальных связей, аборт, ранних беременностей, курения, употребления алкоголя как опасных для здоровья. Такие оценки совпадают с моральными и политическими предостережениями, хотя аргумент связан только с опасностями для здоровья.

Сексуальная и гендерная революции привели к либерализации сексуальной жизни, что изменило отношение пациентов к болезням телесного «низа». Однако репрессивные политики, гендерный двойной стандарт и морализаторство в отношении сексуальной жизни еще не изжиты и даже, напротив, получают новые стимулы в современном контексте. В случае болезней, являющихся предметом моральных суждений (ЗППП, ВИЧ, СПИД), пациенты опасаются приписывания вины, которая может быть (как они думают) озвучена врачом (Lupton 1994: 29–31). Организация медицинских учреждений в России способствует стигматизации и дискриминации уязвимых пациенток. Так, например, врачи отмечают, что «*рожают они [ВИЧ-инфицированные] в особых условиях, в нашем боксе в отделении, на первом этаже там бокс. А так, чисто только смотрим за ней, мы, может, больше внимания уделяем обследованию*» (Д. Е., 50 лет).

В-четвертых, гинекология вторгается в *наиболее интимную область женского телесного опыта*. Проблемы репродуктивного здоровья связаны с особенностями сексуальной жизни, с отношениями,

в которых женщины часто чувствуют себя уязвимыми и о которых затрудняются рассказывать. Медицинские осмотры и манипуляции с половыми органами — это процедуры, которые воспринимаются пациентками как неприятные, инвазивные и пугающие. Мануальная интервенция вовнутрь видимого телесного целого (ручное обследование органов), проникновение медицинских инструментов во влагалище — в тот сегмент тела, который обычно эксклюзивно доступен для сексуального партнера, — приводят к тому, что ситуация гинекологического осмотра воспринимается как чрезвычайная и травмирующая. Медицинские инструменты (зеркало, расширитель), которые использует гинеколог для осмотров и сбора анализов, воспринимаются как орудия вивисекции. Столь же угрожающей выглядит фигура врача, вооруженного этими инструментами, конкретные названия и функции которых женщины знают далеко не всегда. Подобие паники, особенно при первых осмотрах, вызывает у женщин другой предмет медицинского оборудования — гинекологическое кресло. Этот медицинский стул, предназначенный для осмотра половых органов женщины, располагает ее в позиции, которую она занимает в миссионерской позе сексуального акта. При осмотре женщина сгибает ноги в коленях, во влагалище погружаются руки врача в перчатках и металлические приборы, позволяющие делать осмотр и брать мазки. Словом, процедура гинекологического осмотра чрезвычайно сензитивна.

От «всемогущего» врача, который совершает профессиональные манипуляции с лежащим перед ним раскрытым телом женщины, ожидается признание и особое умение совладать с этой чувствительной ситуацией. И действительно, гинеколог максимально десексуализирует обследование поло-репродуктивной системы пациентки.⁶ Врач дает женщине ясные, однозначные инструкции, как подготовиться к осмотру: «разденьтесь за ширмой», «возьмите подкладную (салфетку, простыню)», «сядьте в кресло», «поставьте ноги на поручни», «раздвиньте ноги», «расслабьтесь», «ничего страшного, сейчас я введу зеркало для осмотра, беру мазки, будет неприятно, но не больно...». Такие инструкции призваны управлять действиями пациентки, они призывают к сотрудничеству, которое требует усилий. В ходе гинекологического обследования происходит объективация женского тела. Превратить свое тело в объект должна сама женщина, приложив физические и аффективные усилия, под

⁶ Этому эффекту способствует и феминизация данной профессии в нашем обществе.

руководством врача. Руководящие указания, повторяемые доктором ритуально, — это своего рода заклинания для того, чтобы превратить женщину в пациентку гинеколога. Следование им в процессе осмотра — залог сотрудничества между врачом и пациенткой во имя здоровья. Кроме того, диагностика в репродуктивной медицине требует проведения интервью о сексуальной жизни пациентки, о которой многим говорить трудно, а также выяснения ее репродуктивных планов, которые не всегда легко сформулировать.

В-пятых, отметим *экзистенциальное переживание репродуктивного опыта* и особенно опыта деторождения, сказывающееся во взаимодействии с врачом-гинекологом. Смысловые коннотации репродуктивной сферы определяют особые требования к гинекологическому взаимодействию, наделяя врачей особой символической властью. В процессе лечения у гинеколога, наблюдения во время беременности и родов женщины стремятся к обеспечению не только своего здоровья, но и здоровья будущего ребенка. Они надеются на признание врачами экзистенциального опыта деторождения. Врачи-гинекологи также подчеркивают свою особую ответственность за беременных пациенток: «А акушер-гинеколог отвечает за две жизни: за жизнь матери и ребенка» (Е. З., 52 года).⁷ Екатерина Бороздина пишет: «Для того чтобы поделиться со специалистом самыми сокровенными переживаниями и, более того, допустить его/ее вмешательство в подобные опыты, женщина должна доверять врачу не только как носителю универсального знания (представителю определенной институциональной позиции), но и как конкретному человеку. Значимым в этом смысле оказывается установление эмоционального, персонализированного контакта с врачом, возможность выбрать “своего” доктора» (см. статью в данном сборнике).

Итак, сензитивность медицинского взаимодействия в сфере акушерства и гинекологии предъявляет особые требования к доверительному сотрудничеству врача и пациентки. Доверие не является априорным. Оно оказывается производным от стиля и репутации конкретного акушера-гинеколога, учреждения, в котором он работает. Оно зависит от политического вмешательства в медицину, транслируемых ценностей и морали, гендерной идеологии, культурных сценариев сексуальности, переживания интимного репродуктивного и сексуального опыта.

⁷ В этнографических дневниках социологи показывают, как болезненно воспринимаются «неосторожные» слова врача, которые вызывают приступы слез у беременной женщины (Сенина 2009: 327; Дрига 209: 289).

Конструирование профессиональной позиции акушера-гинеколога: барьеры и возможности сотрудничества с пациентками

Анализируя рассказы гинекологов о своем профессиональном опыте, мы выделяем смысловые рамки, в которых они описывают медицинские взаимодействия с пациентками. Мы выявили, что практикующие врачи описывают свою профессиональную позицию как достаточно уязвимую. Медицинские взаимодействия происходят в контексте бюрократического формата репродуктивного здравоохранения. Как показывают наши данные, врачи критически относятся к системе здравоохранения, осознают несовершенство организации медицинских учреждений, систематическую нехватку ресурсов как препятствия для эффективного взаимодействия с пациентками. Они позиционируют себя в системе множественного давления и контроля со стороны администраций разного уровня, страховых компаний, самих пациентов. Проанализируем подробнее механизмы такого профессионального позиционирования, поскольку они составляют смысловой контекст взаимодействия с пациентками.

Критика системы: гинеколог — «заложник» российского здравоохранения

Описывая свой профессиональный опыт, врачи тематизируют результаты институциональных преобразований репродуктивного здравоохранения. В рассказах о работе гинекологов прослеживаются несколько лейтмотивов критики системы.

Первый из них — *критика неравенства между медицинской администрацией и практикующими специалистами*. Администрация медучреждений рассматривается как привилегированное сословие — своеобразный класс менеджеров от медицины, который узурпирует выгоды от реформы репродуктивного здравоохранения, часто за счет материального и профессионального благополучия рядового врача.

По мнению наших информантов, административная эксплуатация практикующих врачей проявляется в нескольких формах. Во-первых, гинекологи отмечают экономическое неравенство между администраторами и практикующими врачами, подозревая руководство медицинских учреждений в незаслуженном начислении себе

сверхвысоких зарплат. *«Себе они любимым, главврачи, могут платить по самому верху...»* (В. Г., 70 лет).

Во-вторых, наши информанты озвучивают *критическое отношение к избыточной бюрократизации* медицинского обслуживания, организованного так, что основная нагрузка бумажной работы приходится на практикующих докторов: *«Нашим ведущим специалистам... [запнулась] им важна документация. Им важны проверки. А мнение женщины, какой врач лучше, какой хуже, где, чего, куда, их абсолютно это не волнует»* (Н. А., 49 лет).

В то время как администрация улучшает свое экономическое положение, доктора изнемогают от бюрократической рутины, которую они воспринимают как избыточную работу и мелочный контроль, отвлекающие от главного — лечения пациентов. Врачи имеют представление о том, как можно сократить бюрократические издержки своей деятельности, перераспределив ее так, чтобы можно было больше времени посвятить пациентам. Одной из стратегий является делегирование бюрократических функций среднему медперсоналу, то есть медицинским сестрам и акушеркам. Однако в настоящее время в женских консультациях наблюдается нехватка медсестер и происходит перераспределение их рабочей нагрузки, когда одна медсестра обслуживает двух-трех врачей и работает на полторы или две ставки. При дефиците среднего медперсонала его функции неизбежно вменяются врачам. Вторая, более современная стратегия сокращения бюрократических издержек — компьютеризация отчетной бумажной работы, призванной контролировать качество медицинского обслуживания. Однако далеко не во всех женских консультациях проведена компьютеризация, что связано с недостатком финансирования или другими приоритетами распределения бюджетных выплат.

Избыточная бюрократическая нагрузка распространяется не только на практикующих врачей, но и на администраторов медицинских учреждений, что, как отмечают врачи, негативно сказывается на пациентах. Заведующий отделением рассказывает:

А сейчас мне говорят: еще мало того, что квартальные отчеты, еще и полугодовой отчет будьте добры составить, то есть, вместо того чтобы, там, идти к женщинам в патологию, гинекологию, отделение дневного стационара, в школу к школьникам, к студентам, мы сидим и занимаемся вот этим бумаготворчеством — считаем ежемесячно за квартал, потом за полугодие, потом опять за полугодие, потом за год. Это столько времени уходит (В. Г., 70 лет).

В-третьих, *объектом критики в глазах экспертов является страховая медицина*. Представители медицинских страховых компаний воспринимаются рядовыми врачами как представители высшего сословия медицинской профессии, обладающие властью над рядовым врачом и учреждением. Если администрация — это менеджеры здравоохранения, то страховые компании предстают как медицинские предприниматели, которые стремятся обогатиться за счет практикующих докторов. Врачи считают, что страховые компании руководствуются коммерческим интересом: они стремятся извлечь максимальную прибыль, в то время как реальное состояние больного и качество работы медицинских учреждений их не интересуют. Страховые компании способствуют снижению престижа профессии, их проверки — контроль врача и клиники в целом — способы обогащения, а не залог эффективного здравоохранения.

Для страховой компании важен отчет... Не результаты: сколько родов, сколько нормальных, сколько, там, мертворождения, сколько проблем, каких. Их это... не интересует. Им важно, чтобы в карточке был записан осмотр и больше ни-че-го. А если у человека большой прием, учитывая 12 минут на приеме, 30 человек пришло, если она не успела дописать карточки? <...> А страховые компании поставили больницы на колени! [Пауза.] То есть они закупили, там, допустим, десять комплектов лечения лекарств, а остальное... как хотите, так и выплывайте. Но им же мерседесы нужны! (Н. А., 49 лет)

В-четвертых, врачи критикуют *нормативы профессиональной нагрузки и оплаты труда*. На прием одной пациентки в женской консультации приходится 12–15 минут. Такой дефицит времени также сказывается на качестве медицинской помощи. В целом тема нехватки времени на качественное медицинское обслуживание является центральной в критике организации системы здравоохранения: *«Времени на это не хватает, поэтому, к сожалению, порой некогда глаза поднять на пациентку, в глаза ей посмотреть, написать ей какие-то препараты, поговорить про жизнь»* (Н. А., 49 лет).

Гинекологи считают недостаточными оценку и оплату своего труда, отмечают нехватку специалистов: *«Отрицательных моментов много... Зарплата у доктора. Пять с половиной тысяч рублей у доктора, который весь месяц принимает людей»* (Н. А., 49 лет).

В-пятых, врачи осознают, что они работают *в условиях социального неравенства* при обеспечении доступа к медицинскому

обслуживанию. По их мнению, расслоение пациентов нарушает основы профессиональной этики, согласно которой врачи должны одинаково относиться к пациентам независимо от их социального положения. Современная организация репродуктивной медицины приводит к тому, что обеспеченные пациенты получают гораздо лучшее обслуживание, чем бедные, несмотря на то что их зачастую обслуживают одни и те же профессионалы. Это происходит потому, что такие пациенты оплачивают время общения с медиком и комфорт обслуживания, использование дорогостоящей диагностической аппаратуры, лекарства. Таких расходов не может себе позволить значительное количество клиентов медицинских учреждений.

Женщина, например, приходит и начинает требовать: вот мне УЗИ подайте, и все. У нас УЗИ нет, очереди где-то на полтора месяца УЗИ, а ей подайте, и все. Ей говорят: вот идите к врачу своему запишитесь, или тоже платно, пожалуйста, мы вам даем талончик, идите на «платно». Вот, видите, такое разделение (В. Г., 70 лет).

Врачи отмечают неравенство, когда речь идет о доступе к препаратам:

Информант: Социальный статус очень влияет. Ну и более высокий статус дает больше доступности к информации о своем здоровье, о методах лечения...

Интервьюер: А выполнение ваших предписаний и статусность? Влияет это?

Информант: Да, конечно, влияет! Чем больше статус, тем больше доступность к лекарственным [препаратам] (Е. З., 52 года).

Врачи отмечают, что профессия акушера-гинеколога, несмотря на свою экзистенциальную значимость, становится все менее привлекательной: «Я скажу, у нас вот такое пренебрежение к рабочему люду, к простым врачам... стало передаваться от высокого начальства на места... И уже врачей не считают за...» (В. Г., 70 лет).

Наши информанты описывают свой опыт совладания с негативными последствиями профессиональной эксплуатации. Одной из таких стратегий является повышение нагрузок, вторичная занятость, другой — смена профессии. Врачи покидают рабочие места, не выдерживая интенсивности работы, и это ухудшает положение

пациентов. Еще одна радикальная стратегия — открытые коллективные действия солидарных медиков.

Однако, описывая свою профессиональную жизнь, гинекологи не только видят ее негативные стороны, но и признают улучшение медицинского обслуживания, связанное с реализацией национального проекта «Здоровье» и введением системы родовых сертификатов (см. также: Ярская 2011: 125–126; Бороздина 2010). По их словам, эти меры позволили снабдить женские консультации и роддома необходимыми средствами и современным оборудованием, а также доплачивать практикующим врачам некоторые, хотя и не очень большие, но при низких зарплатах ощутимые, суммы.

У нас есть сертификаты по национальному проекту, но сертификаты... из сертификатов там, положим, 30 или 20 процентов — на медицинское оборудование, положим, да. 50 процентов идет на оплату труда. Поэтому если они ведут беременную и всё прочее, то доплачивают (Г. Д., 46 лет).

Сопоставляя уровень обеспечения медицинских учреждений сегодня с тем, каким он был в 1990-х годах, они отмечают явное улучшение условий медобслуживания.

Если раньше беременной нужно тащить с собой сумки-баулы с капельницами, растворами... Сейчас всё есть в родильном доме основное, даже если какое-то экстренное очень дорогостоящее лекарство, да и то можно достать по заказу, привезут, если требуется пациентке, это всё, а так полностью обеспечение идет, препараты в том числе без проблем, оборудование, это вот все: топографы, дозаторы... Но в результате сертификатов немного денег освободилось. Видите, у нас в результате новая мебель, ремонт за счет еще платных услуг, деньги идут на оборудование (Д. Е., 50 лет).

В целом практикующие гинекологи подчеркивают свою несамостоятельность, уязвимость, институциональные ограничения для осуществления главной профессиональной цели — эффективного медицинского обслуживания. Есть много препятствий для того, «чтобы было беременным женщинам комфортно, и мы могли бы хорошо организовать свою работу» (В. Г., 70 лет). Доверительное отношение в медицинском взаимодействии, таким образом, осложняется тем, что врач в собственных глазах и в глазах пациентки является заложником (представителем) системы здравоохранения, далекой от совершенства.

Гинекологи и их пациентки: доверие — основа сотрудничества

Если первое измерение профессионального самопозиционирования — рефлексия по поводу места практикующего врача в системе здравоохранения, то вторая смысловая ось профессионального мира — взаимодействия с пациентками. Врачи постоянно говорят о том, что их *пациентки изменились*. Приведем фрагмент из интервью, показывающий осознание собственной уязвимости, вызванной изменениями позиции пациента во взаимоотношениях с врачом.

Интервьюер: *Что является наиболее сложным в вашей работе сейчас?*

Информант: *Сложно. Сложно, потому что расширили очень права пациента и гарантии, ущемили врача.*

Интервьюер: *В чем именно?*

Информант: *Что доступность для пациента, она... Вседоступность. Вседоступность для пациента, а врач очень ограничен в своих правах... прав у пациента значительно больше, врач абсолютно не защищен (Е. З., 52 года).*

Гинекологи осознают, что для современных пациенток характерен рост притязаний и информированности, отчетливо прослеживается тренд их превращения в клиенток сервиса особого рода. Врачи признают: для того чтобы медицинское обслуживание было эффективным, необходимо прежде всего установить *доверительные отношения* с пациентками. Они обозначают последние такими лексемами, как «контакт с пациенткой», «общий язык», «искренние и заинтересованные отношения». Врач и пациентка должны сотрудничать во имя общего дела — благополучного с точки зрения здоровья протекания беременности и успешного деторождения. Говорит гинеколог с большим стажем работы:

Главное, чтобы было взаимопонимание. Только тогда можно получить хорошие результаты. И по лечению, и по контрацепции, потому что в общем-то это общее дело врача и пациента...

Если у врача и у пациента при сборе анамнеза, при первом первичном разговоре создаются доверительные, добрые отношения... пациентка с удовольствием и рассказывает всякие заболевания, и советуется... <...> ...чтобы и доктор умел себя расположить к пациентке, чтобы проявил искреннюю заинтересованность в проблеме, желание помочь. Это личностные качества человека (Н. А., 49 лет).

В каждом случае люди индивидуальны, и если с первых минут нет контакта — такого правда не бывает, — если такой настрой, <...> когда сразу негатив идет, то уже видно... Таких бы не хотелось видеть. Со всеми можно найти диалог, вернее, вести диалог и найти общий язык (Д. Е., 50 лет).

Ну, без взаимопонимания это очень плохо. То есть здесь надо понимать. Надо понимать своего доктора (А. Б., 74 года).

Гинекологи признают особую чувствительность репродуктивной медицины и описывают усилия, которые они прикладывают для формирования доверительного сотрудничества с пациентками. Это особая психологическая и эмоционально-просветительская работа, значимость которой возрастает в современных условиях.

По манипуляциям очень многое приходится объяснять, потому что достаточно болезненное вмешательство и не только в условиях амбулаторного, но и в условиях стационара, т. е. если не разъяснить, чтобы человек понял, чтоб до него дошло, а то отсюда возникают конфликты. Зачем мне это сделали? (Д. Е., 50 лет)

Далеко не все врачи способны справляться с новой ситуацией. Врачам «по призванию» удается выстраивать доверительные отношения, а врачи, руководствующиеся инструментальным подходом к своему труду, пасуют перед такими вызовами:

Есть люди, которые с удовольствием и с радостью занимаются своей профессией, а есть люди, которые как бы ходят повинность исполнять. ...Пациенты это очень хорошо на себе чувствуют... К такому врачу как бы особого желания идти у пациента нет, и он и не пойдет (Н. А., 49 лет).

При взаимодействии с пациентками врачи оказываются в противоречивой ситуации. Они признают наличие кризиса доверия и его объективных причин, связанных как с устройством медицины, так и с разным профессиональным уровнем конкретных врачей, разной степенью заинтересованности, а также с врачебными ошибками. Вместе с тем они выражают убеждение в том, что демедикализация разрушительна для репродуктивного здоровья женщины. Медики отдают себе отчет в том, что у современной пациентки отсутствуют основания для «авторитарного доверия», построенного на безоговорочном подчинении пациента врачу: «Нельзя прямо,

вот, совсем безоговорочно тоже слепо... тоже доверять, то есть надо тоже смотреть, потому что, во-первых, врач — это не Бог, и тоже могут быть какие-то ошибки, то есть, соответственно, надо все продумывать» (К. Л., 33 года). Однако, как продолжает гинеколог, избыточные сомнения приводят к разрушению сотрудничества: *«С другой стороны, полностью сомневаться тоже как бы во враче... Если пациент сомневается во враче, там даже вот... терапия не так помогает»* (К. Л., 33 года).

Иными словами, врачи признают, что в современных условиях доверие нужно зарабатывать и поддерживать особыми способами и это является частью профессиональной работы медика. Доверие как основа сотрудничества формируется не столько в соответствии с разным характером заболевания или проблемы (см.: Friedson 1970), сколько в зависимости от того, с какими пациентками приходится взаимодействовать врачу.

Позиция врача как эксперта предполагает категоризацию пациенток, выстроенную на основании профессионального опыта. Акушеры-гинекологи выделяют типы пациенток, опираясь на несколько критериев. Они учитывают отношение женщин к собственному здоровью, отношение к профессионалу и отношение к медицинским назначениям. При этом каждому типу пациенток соответствует модель доверительного сотрудничества, реализуемая в медицинском взаимодействии. Рассмотрим подробнее эти типы, опираясь на собранные интервью.

Послушная пациентка и авторитарное доверительное сотрудничество

Послушная пациентка беспрекословно подчиняется врачу, не сомневается в его компетенции, не отказывается от обследований и анализов, не оспаривает назначений. Она признает свое невежество в сфере гинекологии. В основе взаимодействия находится безусловное доверие к врачу и признание его авторитета как профессионала.

Нам хочется послушных женщин, то есть, если она к нам пришла, это же не мы к ней пришли, не мы ей навязались. <...> Старшее поколение все равно все-таки к нам так и относится, врач для них это, ну, это врач в самом лучшем смысле этого слова, то есть они и с большим уважением, и с большей послушностью по крайней мере. Вот такое, ну, может показное немножечко, то есть все рекомендации выполнят, старшее поколение этим отличается (О. П., 48 лет).

Авторитарный тип медицинского взаимодействия постепенно уходит в прошлое, но врачи с ностальгией вспоминают о послушных пациентках, которые составляли большинство во времена советской патерналистско-авторитарной системы здравоохранения (системы Семашко).

Раньше как-то к врачу пациенты относились очень доверительно. Вот я вел прием, консультировал тяжелых больных, они могли все сказать. Они не требовали, как вот сейчас начинают требовать, что вы должны, и всё. Они приходили: вот у меня то-то, то-то. Говоришь им, что да, у вас заболевание, нужно лечь, нужно сделать то-то, нужно сделать это, значит, пролечиться. Все воспринимали на веру, да. А сейчас все по-другому (В. Г., 70 лет).

Такие пациентки не претендуют на сокращение дистанции с профессионалом за счет получения медицинской информации: *«Да, разъяснить, раньше этого никто не спрашивал. Доктор сказал надо — и надо»* (Д. Е., 50 лет).

Роды — это особая медицинская ситуация, и хотя мы здесь не делаем на ней фокус, именно в этом контексте врачи ждут подчинения. Приведем только один пример описания опасного непослушания.

Интервьюер: *А вот чего от пациентки ожидаете, как врач? Как она должна вести себя?*

Информант: *Пациентка должна быть послушная, а не так, как одна из первых пациенток, как пациентка в городе Г. Главного врача так толкнула ногой, что он чуть не вылетел через окно на третьем этаже родзала. <...> Больно было, я ее понимаю, но распускаться так нельзя* (В. Г., 70 лет).

Такому традиционному и уходящему в прошлое типу пациентки соответствует доверительное сотрудничество с врачом, основанное на подчинении и дистанции с экспертом; мы называем его авторитарным.

Новые пациентки и доверительное сотрудничество

С точки зрения врачей, сегодня изменились и пациентки, и характер медицинского взаимодействия. Женщины стали более требовательными, более образованными, они больше интересуются

медицинской информацией, ждут от врача разъяснений. А врач является заложником системы, а не просто профессионалом, обладающим высокой степенью автономии, вступающим в профессиональный контакт с пациентом. Обобщая свой профессиональный опыт, гинеколог рассказывает:

Очень много стали интересоваться, очень возрос уровень образованности, информированность, вот общая информированность возникла... Все практически пользуются. «Я тут в Интернете вычитала то-то и то-то», то есть и очень много стало, вот, вопросов задаваться. То есть информированность большая, уровень образованности возник. Если раньше все было так: «А ладно там». То теперь все-таки, как говорится, уровень качества жизни, он вырос... Если, допустим, идет на аборт, потом какие последствия, все как что нужно сделать, чтобы избежать потом. Кому по полочкам все разложить, это я согласен, да (Д. Е., 50 лет).

С точки зрения врача, пациентки стали обращать внимание на разные стороны медицинского обслуживания: стиль общения, степень профессионализма, эффективность лечения. При выборе врача они учитывают множество критериев:

Люди поняли, что ходить некуда, они стали искать хороших врачей. Они друг по другу стали делиться: «А куда ты ходишь? <...> А где тебе нравится?» Где принимают вежливо, где смотрят порядочно, так, как это положено. Назначили человеку лечение — ему помогло. Какое мнение может быть у пациента о таком докторе? Хорошее (Н. А., 49 лет).

Врачи знают, что многие пациентки готовы оплачивать медицинские услуги, если есть доверие к врачу и если они уверены в качестве медицинского обслуживания: «И он лучше пойдет в частную клинику, он лучше заплатит деньги, но пойдет к тому врачу... Если он хочет к нему идти, ему приятно, он думает, что ему можно доверять, он знает, что ему назначат все, как положено... По полной программе» (Н. А., 49 лет).

Признавая общий тренд роста многообразной требовательности новых пациенток к качеству медицинского обслуживания, гинеколог, как эксперт, выделяет несколько типов новых пациенток. Каждому типу соответствует конкретный модус доверительного сотрудничества.

Эгалитарное доверительное сотрудничество с «культурными» пациентками

«Культурная» пациентка дисциплинирована и информирована; она обладает надлежащим уровнем компетенции, ответственно относится к своему здоровью, заботится о нем под постоянным медицинским контролем. Она осуществляет регулярную профилактику половорепродуктивной системы, пользуется современной контрацепцией, планирует беременность, избегает аборт (см. также: Одинцова 2009). Врач уверен, что «культурная» пациентка не занимается самолечением, обращается за медпомощью к профессионалам, выполняет их предписания, хочет выздороветь, то есть соответствует нормативной роли больного в описании Парсонса. В условиях медицинской репродуктивного цикла женщины такая пациентка занимается профилактикой гинекологических заболеваний, следует практикам контрацепции, планирует деторождение. Рассказывая о правильном поведении пациентки, доктор описывает ее действия: «Ну, раз в год, естественно, осмотр, когда жалобы... Не терпеть, не сидеть, пройдет-пройдет, не спрашивать в аптеках препарат от головы там или еще от другого места. Чтоб пришла на прием, спросила и полечилась» (М. Н., 36 лет).

Доктор подчеркивает валеологическую ценностную ориентацию культурной пациентки:

Самое главное, чтобы человек хотел заниматься своим здоровьем... Каждому врачу представляется и желаемый пациент, который хочет быть здоровым... прислушивается к рекомендациям... четко выполняет все рекомендации... все назначения, ходит как бы дисциплинированно на все предложенные осмотры. Конечно, это в идеале, это прекрасно (Н. А., 49 лет).

С такими пациентками устанавливается эгалитарное доверительное сотрудничество, сходное с *взаимным участием* (Freidson 1970: 316–321). Взаимодействие предполагает индивидуальный подход и приложение эмоциональных усилий со стороны врача («отношение с душой»), необходимых для преодоления отчуждения. Выполнение назначений не является безусловным, а обеспечивается в процессе переговоров.

Каждая женщина, скажем так, индивидуальность... Надо найти к ней подход для того, чтобы она, ну, если не совсем подругу, ну, по крайней мере как старшую сестру тебя воспринимала, а не так, что

мало ли что этот доктор там мне наговорил. Вот в этом случае все будет нормально, если она выполнять будет наши рекомендации, и ты будешь к ней не только с профессиональной... <...> но и с душой относиться. Когда с душой, это же всегда лучше, всегда результаты... <...> Когда я сидела на участке... практически вторая мама была, особенно для беременных, когда они эти девять месяцев ходили... (О. П., 48 лет).

Осознание врачами значения доверия для достижения положительного результата лечения влияет на стиль взаимодействия. Модус взаимодействия врача и пациентки обретает новые эгалитарные качества, при котором становится важна самодисциплина и ответственность пациенток.

Взаимодействие с требовательными клиентками: вызов авторитету врача

Врачи выделяют особый тип пациенток, которые осознают себя прежде всего как клиентки, получающие особые сервисные услуги. Т. Соломатина называет их всезнайками. Они действуют в соответствии с логикой потребителей на рынке медицинских услуг и соответствующими притязаниями. Часто, по мнению медиков, они поражены вирусом подозрительности и исходят из презумпции недоверия к врачам. Зачастую такие пациентки контролируют свое здоровье у нескольких специалистов, что ставит врача в трудную ситуацию: *«Есть пациенты такой категории, которые ходят по многим врачам сразу, не слушаются ни одного, и получается в итоге непонятно что, потом не знаешь уже, как ей помочь» (К. Л., 33 года).*

Они имеют собственное представление о том, какие назначения они хотели бы получить, и требуют их у врача, который не соглашается с вмешательством в сферу своей компетенции:

Ну до того [пациентка] привередлива была, значит, врачи в гинекологии уже устали от нее. Она пришла, я, значит, посмотрел, что там назначено, она говорит: «Мне надо это»... «Это вы уж там как преподаватель говорите своим студентам, а уж как-нибудь в медицине, в акушерстве, тут я знаю, что назначить». Она обиделась, сказала мужу, что не хочет то, что я хочу (В. Г., 70 лет).

Требовательные и привередливые пациентки постоянно перепроверяют врачей, активно используя Интернет, а в случае

недовольства обслуживанием предъявляют жалобы и претензии. Врач комментирует столкновение компетенций:

В Интернете все так, как я ей сказала, она все это перепроверила, мне было неприятно, что меня перепроверяют. <...> ...то есть недоверие получается. После этого она еще письмо в Минздрав написала, почему это лекарство для беременных платное, а бесплатных нет... Начали проверять, зачем я ей назначала этот препарат, а надо ли это было вообще (Н. О., 38 лет).

Избыточные, по мнению врачей, знания и претензии пациенток позволяют тем оспаривать авторитет профессионалов и создают дополнительные барьеры для доверительного сотрудничества.

Для нас это только... лишние вопросы... ненужные. Интернет, как правило, наоборот, не облегчает нам сейчас положение, а только ухудшает. Они столько всего там читаются, и потом не знают с чего, с какой стороны подойти, и нам задают столько вопросов ненужных, и не воспринимают уже нашу информацию, которую мы им даем. Они ее уже не воспринимают, потому что они потом начинают уже с нами спорить: «А в Интернете написано вот так» (Н. О., 38 лет).

Кроме того, стиль взаимодействия требовательных пациенток врачи зачастую считают агрессивным и неуважительным.

Сейчас престиж профессии врача все равно стал несколько ниже, сейчас они себя воспринимают не только как пациенты, а как клиенты... «Клиент всегда прав», у них вот это вот есть... Раз они клиенты, то у них и иногда, особенно когда они первый раз приходят, — понятно, что потом можно это поломать это отношение, — а в первый раз могут к тебе в кабинет зайти именно с таким отношением, это и не нравится нам естественно, и не всегда хочется себя так воспринимать... Обслуживающий персонал, да. <...> Относятся к нам именно как к обслуживающему персоналу (О. П., 48 лет).

Врачи подчеркивают, что во многих случаях такие пациентки, как правило, материально обеспеченные, рассматривают врача как жестоящий обслуживающий персонал, «прислугу» и стараются сделать так, чтобы навязать такой стиль медицинскому взаимодействию.

Они [предприниматели] так себя ведут, и чувства уважения к другим [нет], и они думают, что с деньгами им все позволено, что они могут

все купить, в том числе и врача. А я, например, не куплюсь, и мне их деньги, даже тысяча долларов, не нужны... Я всегда говорил: вот вы к этому самому, к жене мэра или к кому-то относитесь по-другому, а к нам вот такие требования. Рожала бы сейчас жена президента, она была бы беременной или больной в гинекологии, но не женой президента. Для меня все пациенты одинаковы (В. Г., 70 лет).

Особенно чувствительны к такому иерархическому позиционированию врачи женских консультаций:

У меня одна даже пациентка, я помню, придя, сказала (Всю фразу эмоционально выделяет голосом.): «Я бы сроду к вам не пришла, вообще не пришла, я всегда наблюдалась в частной клинике, а вот у меня сейчас просто тяжелые обстоятельства, и я пришла, вот, к вам» (Б. В., 31 год).

Врачи подчеркивают, что в медицинском взаимодействии деструктивно именно сочетание клиентской ориентации пациентки с демонстративным неуважением. Дело не в том, что пациентки стали требовательными в отношении медицинского обслуживания. Проблема в том, что они постоянно демонстрируют свои требования, претендуют на медицинскую компетенцию, агрессивно и вызывающе ведут себя. Такие клиенты встречаются независимо от вида сервиса.

Таких пациенток практикующие врачи воспринимают как «неудобных» и агрессивных, их установки и действия затрудняют реализацию доверительного сотрудничества. Врачи считают, что недоверие, проявляемое пациентками в ходе медицинского взаимодействия, является психологическим и культурным барьером для эффективного взаимодействия:

Ну а психологически, когда негатив начинается сразу при заходе в кабинет, то, что «я никому не верю, была у ста человек, и вы тут то же самое будете говорить», — чисто психология, я чувствую, что тут мне... Если не возникает контакта между врачом и... «Хоть ты поназначай супер-пупер всяких препаратов, а психологически мне ничего не помогло» (Д. Е., 50 лет).

В целом тренд превращения пациента в активного агента медицинского взаимодействия, проблематизирующего отношения власти, меняет позицию врача. Медики с настороженностью относятся к этим тенденциям и видят в них угрозу своей позиции. Происходит развенчивание медицинской экспертизы, теперь авторитет медика

необходимо завоевывать и подтверждать. Сталкиваясь с таким вызовом, врачи действуют вариативно. С одной стороны, бывают случаи, когда они стремятся расстаться с клиентками, которые выражают агрессию и неуважение, не согласны с рекомендациями или настаивают на лечении, которое врач считает неуместным. Гинеколог рассказывает о конфликте с пациенткой:

Если вы считаете, что вам это [назначение врача] не нужно, то мы с вами просто расстаемся, и все. А так зачем? Ну, понимаете, мои рекомендации не выполняются... Зачем мне это надо? Это значит недоверие... Тогда зачем вы пришли?... У меня и свои принципы тоже есть. Если вы хотите мне указывать, то я... (Д. Е., 50 лет).

С другой стороны, врачи считают, что выстраивание доверия даже во взаимодействиях с «трудными» пациентками является профессиональным долгом медика: *«Ну, я считаю, что врачи у нас достаточно лояльные и он [врач] никогда не пойдет против пациента. Хоть пациент может обижаться бесконечно. Но врач не имеет права обижаться вне зависимости от ситуации. К ним придут, там оскорбляют, кричат...» (Е. З., 52 года).*

Медики рефлексивны в отношении этой новой для себя стороны профессиональной деятельности.

Информант: *Если мне пациент не доверяет, я считаю, что в этом я виновата, значит, я что-то не так сказала, что-то не смогла принести...*

Интервьюер: *А в чем проявляется это недоверие?*

Информант: *Пациент отказывается выполнять назначения, в лучшем случае она переходит на другой участок. Я считаю, что это в лучшем случае, потому что я считаю, что пациент все равно с врачами должен быть в контакте. Если контакта нет, ни пациенту, ни врачу от этого не хорошо (М. Н., 36 лет).*

Сотрудничество становится более сложным, проблематизированным с обеих сторон, однако врачи признают, что контакт устанавливать необходимо и они вынуждены это делать в ситуации переопределения медицинского взаимодействия в формате «клиент — поставщик услуг». В условиях, когда пациентка борется всеми доступными ей средствами за обеспечение своего здоровья, для профессионалов остается не вполне понятным, как совладать с ситуацией проблематизации своей власти, статуса и доверия.

Может быть человек очень грамотный, но ведет себя безобразно и сразу же вызывает негатив. Но бывают и асоциальные пациенты... вначале негатив. <...> Расположишь ее к себе, она себя по-другому начинает вести. Тут сложно разделить: хороший пациент, плохой. Сегодня он плохой пациент — завтра он приходит, улыбается (Е. З., 52 года).

Взаимодействие с «некультурными» пациентками: экономия усилий и принуждение

Наши данные показывают, что врачей не удовлетворяет взаимодействие с неинформированными пациентками, не заинтересованными в своем здоровье, даже если они являются послушными. Часто последние описываются как неисполнительные, «запущенные», невежественные, асоциальные. Этот тип напоминает разбитную бабу в описании Т. Соломатиной, которая приходит на пятнадцатый аборт. Как показывают наши данные, эти пациентки могут принадлежать как к низшим слоям, так и к среднему классу. «Некультурные» пациентки пренебрегают здоровьем и лечением, не используют контрацепцию и не планируют беременность, хотя рожать не собираются. *«Когда пациентка каждые три месяца у меня ходит на аборт, у меня есть такие пациентки, потому что нет в семье культуры... сексуального поведения, сохранения здоровья, себялюбия» (М. Н., 36 лет).* Такие женщины не выполняют предписаний врача, они, по словам гинеколога, являются неисполнительными и непонимающими. Гинеколог с многолетним стажем подробно описывает свою стратегию взаимодействия с ними, когда он должен выполнить свой профессиональный долг, но не в состоянии обеспечить контроль над соблюдением предписаний (такая же стратегия врача описана в статье Дарьи Красильниковой в этом сборнике). Информант называет таких клиентов *неисполнительными*:

[Пациентки,] которые будут ходить, но говорить: да, да, да, я всё сделаю — на самом деле ничего не делают, ну и, так сказать, пофигистки... которым сказали, вот надо, такие... неисполнительные, непонимающие. Неисполнительные, по-моему, бесполезно они что первый раз ходят, что второй, они уже знают, что хоть как ты там внушай, что... Поэтому я тут сильно и не въезжаю, объяснишь один раз, два раза, кому-то ...объяснишь, чем это грозит, там... Пугать я не пугаю никого, что толку пугать. Запугать можно человека, что он

вообще больше не придет. Ее запугаешь, она потом: «Мне там такого наговорили, лучше дома умру, чем к вам приду...» Надо объяснять (Д. Е., 50 лет).

Что же делать врачу в таком случае? Как добиться эффективного лечения? В ряде случаев врачи считают эффективным принуждение к лечению и профилактике. В частности, отказ от всеобщей диспансеризации осмысливается экспертами как утрата важнейшего организационного преимущества советской медицины. Гинеколог, большая часть карьеры которого приходится на советский период, утверждает: *«Если даже диспансеризацию населения [проводить], то и то готовиться [к ней нужно] в приказном порядке. Потому что нет [у граждан] ответственности за свою болезнь» (В. Г., 70 лет).* Более молодой врач с удовлетворением отмечает: *«Определенная программа [здравоохранения] принята. И даже люди, которые много лет не обращались, как бы им теперь вменили в обязательства, в обязанности, что они раз в год обязаны пойти к врачу» (Н. А., 49 лет).* Наши данные показывают, что гинекологи признают эффективность авторитарных дисциплинарных мер поддержания здоровья населения:

Интервьюер: *Как вы заставляете своих пациентов выполнять предписания?*

Информант: *У меня не забалуешь!*

Интервьюер: *Как это проявляется?*

Информант: *Очень просто. Я предупреждаю своих пациенток, что я врач очень жесткий. И если вы начинаете капризничать или не выполнять мои рекомендации — значит, не будем даже начинать лечение! (Е. З., 52 года).*

Таким образом, модель взаимодействия с «некультурными» пациентками, конструируемая гинекологом, предполагает формальное выполнение профессиональных обязанностей и дисциплинирование клиента медицинских услуг. В таких случаях врач считает бесполезной эмоциональную работу, направленную на завоевание доверия. Доктор полагает, что контролировать свое здоровье таких пациенток может заставить только государственное принуждение или жесткие меры воздействия.

Выводы

Медики считают, что эффективное медицинское взаимодействие невозможно без доверительного сотрудничества между врачом и пациенткой. В такой сензитивной области, как репродуктивное здоровье, оно является особенно важным, поскольку речь идет о деторождении, о женской идентичности, о сексуальной жизни. В нашей культуре эти сферы наделены особым смыслом и являются объектами моральных оценок и политического управления.

Мы анализируем профессиональную рефлексию акушеров-гинекологов. Описывая свой опыт взаимодействия с пациентками, акушеры-гинекологи проблематизируют профессиональную позицию практикующих врачей. Они рассматривают себя как заложников системы здравоохранения со всеми ее минусами и плюсами. Рядовые гинекологи описывают себя как уязвимое профессиональное «сословие» в мире медицины, которое испытывает на себе двойное давление — со стороны менеджеров и предпринимателей от медицины, интерпретируемое иногда в категориях эксплуатации. Несмотря на множественные источники давления вышестоящих инстанций, врачи все-таки выполняют свой профессиональный долг, отвечая на вызовы, связанные с кризисом доверия к медицинскому авторитету.

Врачи понимают, что в глазах пациенток они персонифицируют всю систему здравоохранения, что в современных условиях доверие к врачу со стороны клиентов медучреждения нужно зарабатывать, прикладывая немалые эмоциональные и когнитивные усилия, и даже завоевывать, преодолевая сопротивление недоверчивых клиентов медицинского сервиса. Доверительное сотрудничество выстраивается по-разному, в зависимости от категории пациенток, с которой врачи имеют дело. Взаимодействуя с послушными пациентками врач опирается на модель авторитарного доверительного сотрудничества. Он ожидает подчинения авторитету без претензий. Однако этот тип уходит в прошлое. Взаимодействие с новыми, «культурными», информированными пациентками предполагает (по крайней мере, в идеале) взаимное участие, доверительное сотрудничество, выстраивающееся на эгалитарных моделях взаимодействия, сходных с партнерством. Взаимодействия с требовательными и агрессивными пациентками мобилизуют усилия врача для поддержания его авторитета, оспариваемого женщинами. Взаимодействуя с «некультурными» пациентками, доктора исходят из презумпции профессионального отчуждения. В этом случае о сотрудничестве и доверии

речь не идет. Для поддержания здоровья таких пациентов, считают врачи, необходимо возвращение к системе Семашко, предполагающей массовую диспансеризацию и контроль.

Литература

- Аронсон П. (2006). Утрата институционального доверия в российском здравоохранении, *Журнал социологии и социальной антропологии*, № 2, с. 120–131.
- Браун Д., Русинова Н. (1993). Личные связи в системе здравоохранения и «карьера болезни», *Социс*, № 3, с. 30–36.
- Бороздина Е. (2010). Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации, *Гендерная страница: [Электронный ресурс]*. Режим доступа: <http://genderpage.ru/archives/200>. Дата обращения: 10.09.2011.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. (2001). *Гендерный подход в здравоохранении*. М.: Альфа-принт.
- Дрига Л. (2009). Беременность и медицина: заметки на полях, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 270–323.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2009). «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 179–210.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2009), ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Лариваара М. (2009). Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействие гинекологов и пациенток, в кн.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А., ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 313–345.
- Механик А. (2001). Пирамида Семашко, *Эксперт*, № 30–31, 1 авг. Режим доступа: <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko>.
- Одинцова Д. (2009). «Культурная пациентка» глазами гинеколога, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 234–253.
- Римашевская Н. Н. (2007), ред., *Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении*. М.: Агентство «Социальный проект».
- Сенина О. (2009). Сохранение беременности: опыт стационарного лечения, в кн.: Здравомыслова Е., Темкина А., ред., *Здоровье и доверие:*

- гендерный подход к репродуктивной медицине. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, с. 324–344.
- Соломатина Т. (2011). *Акушер-Ха!* М.: Яуза-Пресс.
- Шилова Л. С. (2007а). Отношения «врач — пациент» в условиях модернизации первичной помощи российского здравоохранения, в кн.: *Тезисы докладов III Всероссийской научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальные процессы в современной России: традиции и инновации»*. СПб.: СПбГУ.
- Шилова Л. С. (2007б). О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения, *Социс*, № 9, с. 102–109.
- Шишкин С. (2008), ред., *Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность*. М.: НИСП.
- Ярская В. Н. (2011), ред., *Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ*. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011.
- Brown J., Rusinova N. (2002). “Curing and Crippling”: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, N 583, Sept., p. 161–170.
- Brown J., Rusinova N. (2010). Holding up the social safety net: gender and health care in Urban Russia, in: Jappinen M., Kulmala M., Saarinen A. *Gazing at Welfare, Gender and Agency in Post-socialist countries*. Cambridge: Scholars Publishing, p. 60–77.
- Freidson E. (1970). *Profession of medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd and Mead.
- Lupton D. (1994). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.
- Mechanick D. (1996). Changing Medical organization and the erosion of trust, *The Milband Quaterly*, vol. 74, N 2, p. 171–189.
- Mechanick D., Meyer S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness, *Social Science & Medicine*, vol. 51, p. 657–668.
- Parsons T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practices, in: Parsons T. *The social system*. Glencoe: The Free Press, p. 428–479.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women’s Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Rusinova N. L., Brown J. (2003). Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine*, vol. 7, N 1, p. 51–71.
- Stump P. (1999). *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Н. А., ж., 49 лет, акушер-гинеколог женской консультации, по совместительству врач в частной клинике, стаж 26 лет.
- Н. В., ж., 42 года, акушер-гинеколог женской консультации, стаж 17 лет.
- А. Б., ж., 74 года, акушер-гинеколог, стаж 46 лет.
- Б. В., ж., 31 год, акушер-гинеколог, закончила аспирантуру, стаж 6 лет.
- В. Г., м., 70 лет, акушер-гинеколог, зав. отделением женской консультации, стаж 42 года.
- Г. Д., ж., 46 лет, детский акушер-гинеколог, стаж 19 лет.
- Д. Е., м., 50 лет, акушер-гинеколог, занимал должность главного врача, стаж в женской консультации 25 лет.
- Е. З., ж., 52 года, акушер-гинеколог, зам. главного врача, стаж 26 лет.
- З. И., ж., 40 лет, сексолог, канд. мед. наук, стаж в медицине 13 лет.
- И. К., ж., 42 года, акушер-гинеколог, стаж в женской консультации 17 лет.
- К. Л., ж., 33 года, акушер-гинеколог, стаж 6 лет, 3 года в женской консультации.
- Л. М., ж., 33 года, акушер-гинеколог, стаж 6,5 лет, 3,5 года в женской консультации.
- М. Н., ж., 36 лет, акушер-гинеколог, стаж 12 лет в гинекологии, 7 лет в женской консультации.
- Н. О., ж., 38 лет, акушер-гинеколог, стаж 12 лет в женской консультации.
- О. П., ж., 48 лет, акушер-гинеколог, стаж 24 года, в гинекологическом отделении муниципальной больницы, в женской консультации.