

Министерство образования и науки РФ
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт социального образования
Факультет социологии
Кафедра социологии и политологии

**Социальные проблемы профессиональной группы врачей в
современном российском обществе**

Выпускная квалификационная работа

Нормоконтроль пройден
«__»_____ 2016 г.
Нормоконтролер_____

Выполнила
студентка группы
№ БС-41 очного отделения
Исиляева Вера Олеговна

Допущена к защите
«__»_____ 2016 г.
Зав. кафедрой _____

Научный руководитель
кандидат социологических наук,
доцент кафедры социологии и
политологии
Петрова Лариса Евгеньевна

Екатеринбург
2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВРАЧЕЙ.....	7
1.1 Сообщество врачей как профессиональная группа.....	7
1.2 Проблемы врачей как представителей социально-профессиональной группы.....	13
1.3 Отношения в системе «врач – пациент».....	20
ГЛАВА 2. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ К ИЗМЕНЕНИЮ УРОВНЯ ОБЫДЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ (НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИК Г. ЕКАТЕРИНБУРГА).....	28
2.1 Книга жалоб и предложений как идентификатор проблем пациентов.....	32
2.2 Взаимосвязь доверия и уровня обыденной медицинской культуры.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	60
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	63
Приложение 1. Программа исследования.....	69
Приложение 2. Стенограмма интервью.....	75

ВВЕДЕНИЕ

Современное российское общество отличается гибкой и динамичной социально-профессиональной структурой. С давних времён одним из пунктов социального статуса человека являлась именно профессия, квалификация, тот уровень знаний и навыков, которыми он обладает. Поэтому образование, труд и профессия являются важным показателем социализации человека, его адаптации к жизни. Ключевая фигура в социологии профессий, Т. Парсонс писал в статье для «Энциклопедии социальных наук»: «Профессиональная группа («profession») становится единственным наиболее значимым компонентом в структуре современных обществ [2]. Изучение профессиональных групп в России – непростое занятие для социолога. Мир профессий изменчив и многообразен; их символические границы, охраняемые традициями, постепенно стираются или заново перечерчиваются. Одни профессии канули в лету, другие лишь укрепляют свой статус, третьи оказались сдвинуты с лидирующих позиций. Контуров многих профессий в течение длительного периода и под воздействием различных факторов оказались размыты, иногда понятия о той или иной профессии идентифицируют по-разному.

Социология профессий с момента зарождения акцентировала свое внимание на изучении профессиональных групп, занимающих привилегированное положение в обществе. Юристы, нотариусы, врачи, преподаватели вузов стали объектом его исследования, поскольку именно этим профессиональным группам исторически удалось сформироваться в качестве относительно независимых социальных институтов.

В современном мире уровень общественного разделения труда довольно высок и предполагает включение каждого человека в профессиональную сферу.

В России, как и в других развитых индустриальных странах, медицина относится к числу высококвалифицированных занятий. Врачи проходят длительное обучение в специализированных университетах

и включены в социальный слой интеллигенции – профессионалов интеллектуального труда. В то же время российские врачи были и по–прежнему остаются группой, подчиненной контролю государства, рыночному воздействию они подверглись лишь в незначительной мере.

В рамках социологии медицины данная тема очень актуальна, так как основными действующими субъектами в системе здравоохранения являются врач и пациент. Множество количественных исследований направлено на мониторинг населения, а большее их количество так или иначе когда-либо были или будут пациентами. Врачи же, неся на себе огромный груз ответственности, зачастую упускаются исследователями и качественно не изучаются. В литературе крайне мало исследований группы врачей, выполненных качественными методами, где можно услышать «голос врача», выявить его точку зрения, описать ситуацию из его перспективы. Поэтому, по нашему мнению, нужно углубиться в проблемы, возникающие на пути такой важной профессиональной группы, как врачебное сообщество и понять, как трансформационные процессы, нормативные изменения и прочие закономерности и инновации влияют на самочувствие врача и на его отношения с пациентами.

Объект исследования – профессиональная группа врачей в современном обществе.

Предмет исследования – социально – профессиональные проблемы врачебного сообщества.

Цель исследования заключается в выявлении особенностей восприятия врачами проблем в профессиональной группе на примере повышения уровня обыденной медицинской культуры.

В соответствие с целью данной работы были выделены следующие **задачи:**

- ✓ рассмотреть особенности профессиональной группы врачей.

- ✓ выявить существующие социально-профессиональные проблемы врача.
- ✓ представить обзор исследований социальных отношений в системе «врач-пациент».
- ✓ охарактеризовать отношение врачей к изменению уровню обыденной медицинской культуры пациентов на основе самостоятельно проведенного эмпирического исследования с использованием качественных методов.

Разработками данной проблематики занимались многие ученые, не только в сфере социологии медицины, но в смежных сферах социологического знания. Методологической основой исследования в дипломной работе явились научные труды отечественных и зарубежных специалистов в области социологии, таких как Т. Парсонса, М. Фуко, Заболотной Г.М., Мансурова В.А., Решетникова А.В., Присяжнюк Д.И. и др.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и двух приложений.

В первой главе анализируется сообщество врачей, как особой профессиональной группы, отличной от прочих профессий. Как в постоянно трансформирующемся обществе меняется медицинский труд, и какие отсюда вытекают последствия и проблемы у квалифицированных специалистов в области здравоохранения.

Во второй главе описывается отношение врачей к изменению уровня обыденной медицинской культуры пациентов, выявляется вообще сама суть этих изменений, а так же по различным критериям предпринимается попытка выявить наличие факторов, мешающих или помогающих взаимодействию врача и пациента в современном обществе. Анализируются результаты исследования по предполагаемой гипотезе, что доверие к системе здравоохранения и к врачам напрямую зависит от уровня обыденной

медицинской культуры пациентов. К работе прилагается программа исследования.

Эмпирической базой работы является исследование по теме «Отношение врачей к изменению уровня обыденной медицинской культуры пациентов на примере поликлиник г. Екатеринбурга», выполненное методом полуструктурированного интервью.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ВРАЧЕЙ

1.1. Сообщество врачей как профессиональная группа

Ни для кого не секрет, что в социологии уже давно замечен тот факт, что разнообразные профессии обладают различным уровнем социального статуса и престижа в обществе. Учеными разных направлений разработалось и разрабатывается огромное количество шкал с различными категориями для определения уровня престижности той или иной профессии.

Стоит упомянуть, что социальная группа — любая относительно устойчивая совокупность людей, находящихся во взаимодействии и объединенных общими интересами и целями. В каждой социальной группе воплощаются некоторые специфические взаимосвязи индивидов между собой и обществом в целом в рамках определенного исторического контекста [9]. Как, например, социально-профессиональную группу объединяет наличие сходных знаний и навыков, определенного рода профессиональная культура, ценности и нормы, а так же чувство идентичности и ощущение похожести судеб [23].

Вообще, социально-профессиональное деление — традиционный отправной пункт для большинства не только западных, но и российских стратификационных исследований. Однако не всегда подобное деление является достаточным. Научный работник, например, может означать разные должности, начиная от младшего научного сотрудника вплоть до доктора наук всероссийского научного центра.

В западных исследованиях в свое время повышенное внимание уделялось профессиональным группам интеллектуалов, и развитие в подобном направлении начал известный французский социолог Эмиль Дюркгейм в 1893 году в своей работе «О разделении общественного труда». Профессиональные группы были выделены как очень важные для общества,

дающие положительный образец поведения и способствующие солидарности в обществе [14].

Немаловажным исследованием, показывающим влияние профессии на жизнь человека, занимался известный социолог П. Сорокин. Он писал о том, что в процессе отбора в различные профессиональные структуры происходит как бы фильтрация людей по их уровню пригодности или непригодности к той или иной деятельности, что впоследствии приводит к профессиональной деформации личности. "Если профессиональная деятельность превращает человека по своему образу и подобию, - пишет ученый, - то, очевидно, что члены одной и той же профессии будут неизбежно подобными между собой во многих отношениях: и по физической структуре, и по внешности, и особенно - по психическому складу. В них неизбежно будут во многом подобными: идеология, убеждение, вкусы, симпатии и антипатии, способ и уровень жизни, интересы и стремления, словом - все поведение. И наоборот, члены совершенно разных профессий будут резко отличаться между собой во всех этих отношениях. Они никогда адекватно не смогут понять друг друга, они будут жителями разных планет, говорящие на разных языках. Отсюда и дальнейшие последствия: неизбежность профессионального расслоения населения и неизбежность борьбы резко различных между собой профессиональных групп" [46; с. 348].

Можно сказать, что как представители конкретной профессии люди характеризуются определенным социально и профессионально-типичным составом сознания, личности. Квалифицированные кадры, специалисты, технические служащие - это всегда контактные социальные группы. Итак, здесь мы имеем и все соответствующие социально-психологические феномены (ценности, санкции, лидерство, групповые нормы, референтные группы и т.д.).

В статье А.Р. Бессуднова описывается множество исследований, как советского, так и современного российского общества, выявляющих шкалы престижа профессии [5]. И, как нами было замечено, во множестве шкал первые места по уровню уважения и престижа занимают именно профессии российской интеллигенции, то есть врачи, учителя и научные работники. Последнее исследование, указанное в статье, в 2003 году проведено Левада-центром. А за эти годы, как нам известно, общество трансформировалось, и сместился так же и спектр уважаемых и почитаемых профессий. Об этом гласит так же множество современных исследований, посвященных статусу профессиональных групп в обществе.

Профессия врача древнейшая в мире среди других профессий и, пожалуй, самая престижная: она занимает почетное место среди уважаемых видов труда. В то же время она самая трудоемкая и дорогостоящая в системе подготовки специалистов, требует значительных затрат разного рода.

Если говорить об обучении будущих специалистов, то один из факторов поступления в медицинское учреждение – выход из семьи, где уже есть медицинские работники, преемственность поколений. Конечно, можно быть нацеленным стать высококлассным специалистом, но другое дело освоить весь тот объем и массив дисциплин, предлагаемых медицинскими ВУЗами. В первый год обучения множество студентов понимают, что не в силах справиться с изучением дисциплин и разочаровываются в выбранной профессии [3].

Вообще, первичная профессиональная роль врача, очевидно, связана с медициной. Однако имеются и вторичные роли, которые в данном случае связаны с характером деятельности. Например, в фармацевтической практике имеются предпосылки для возникновения конфликта трех ролей у одного и того же лица – профессионала, менеджера и друга (партнера) пациента. Врач-эксперт также совмещает как минимум две профессиональные роли: врача и консультанта-экспортера медицинских компетенций.

Принадлежность к определенной профессиональной группе может быть для человека, как превалирующей сферой его жизни, так и косвенной ее частью. В таком ракурсе, не стоит забывать о том, что для врача профессия, зачастую ставится на первое место, что напрямую может влиять на различные сферы его жизни и личности – семейную, психологическую, социальную. Но особенность социологического подхода к рассмотрению феномена профессионализма врача не в том, чтобы выяснить каким должен быть профессионал, эта задача остаётся в проблемном поле учения о проблемах морали и нравственности и медицинской этики. Задача социолога в данном случае состоит в выяснении того, какие представления о профессионализме врача свойственны той или иной социокультурной ситуации.

Еще со времен Гиппократов, подход к рассмотрению портрета врача основывался на определенном наборе личностных качеств специалиста. На этой основе в течение многих веков создавалась этика и морально-нравственная база профессии, происходило оформление и институционализация профессиональной культуры медицинских работников. Профессиональная культура предполагает знание общих вопросов, закономерностей развития и течения болезней, особенностей больных и образа врача в современной медицине. Без четкого понимания этих составляющих медицинской науки и практики страдает качество клинической работы и организации врачебной работы [26].

Специфика сообщества врачей как профессиональной группы отражается в высокой степени ответственности перед обществом и самим собой. Вероятность совершить ошибку должна быть ничтожно мала, так как напрямую связана с оказанием услуг, способствующих процветанию и росту населения. Груз обязанностей ложится на плечи врача, в том числе и со стороны государства. Государственная политика должна способствовать демографическому росту населения, его долгожительству и низкой

смертности. На этом строится и образ страны, как комфортной и пригодной для проживания и долгой жизни. Так или иначе, подобные обязанности перекладываются на профессии умственного труда – ученых, врачей экспертов и технологических новаторов.

Так же, одной из парадоксальных аспектов деятельности медика заключается в двойственности его отношения к пациентам, в образовательных медицинских учреждениях врача учат быть спокойным и хладнокровным, должна присутствовать определенная степень цинизма. Но, каким-то образом, такое отношение должно коррелировать и с моральным обликом и качествами врача, принятыми в обществе – гуманизмом, заботой и сопереживанием больному.

Многие исследователи, в рамках социологии здоровья и не только, занимаются изучением социально-профессиональной группы врачей. Например, Решетников А.В., в своих работах, исследует ценностные ориентации медицинских работников, их удовлетворенность своей работой, а так же изучает влияние социокультурных изменений на образцы поведения врачей. Автор так же пишет и о важности изучения социологии медицины не только социологами, но и медицинскими работниками, особенно находящимися на руководящих должностях. Изучение этой сферы социологического знания поможет им лучше ориентироваться во взаимоотношениях субъектов здравоохранения и понимать закономерности современного общества во взаимосвязи с медициной [39].

Присяжнюк Д.И. пишет о деятельности медицинских ассоциаций и их государственном регулировании. Автор задается вопросом о том, готовы ли отечественные медицинские ассоциации заниматься профессиональным саморегулированием и пишет, что: «в настоящее время у отечественных медицинских работников нет единого этического кодекса, и каждая

медицинская ассоциация формулирует свой свод норм, согласно которому персонал обязуется организовывать врачебную практику» [36; с. 160].

В современном мире, мире мультикультурализма, глобализации и массовой компьютеризации, изменению подлежат все сферы общественного бытия. С возникновением новых феноменов и движений, появляется и много новых комплексных проблем, решение которых либо придет со временем, либо приведет к революционным сдвигам институтов и норм. То же происходит и со сферой здравоохранения и, в частности с профессиональной группой врачей. О проблемах, преследующих эту группу исторически и проблемах, появившихся не так давно, мы и поговорим в следующем параграфе.

1.2. Проблемы врачей как представителей социально-профессиональной группы

В процессе развития любого общества возникает множество проблем общесоциального, группового и индивидуального характера. Они пересекаются, взаимопроникают, вызывая к жизни другие, подчас более сложные, проблемы, что чаще всего нарушает привычные жизненные устои, сложившиеся жизненные стандарты и правила поведения, приводит к новым формам социального взаимодействия и порождает потребность в их целенаправленном разрешении.

Социальные проблемы – большое поле для исследований в различных научных сферах. Одним из первых внес вклад в изучение социальных проблем социолог Э. Дюркгейм, который говорил о том, что социальная интеграция/дезинтеграция это результат общественного разделения труда [14]. Также, ученый с различных сторон рассматривал такую важную и насущную проблему, как самоубийство, его глубинные причины и последствия.

В отличие от профессиональных проблем, социальные имеют достаточно широкий спектр направлений, так как связаны, зачастую, со всеми сферами человеческой жизни. Мы уже упоминали о том, что, по нашему мнению, социальные проблемы врача очень часто связаны именно с его профессиональной деятельностью или же профессия каким бы то ни было образом влияет на личность доктора, что в итоге и приводит к таким проблемам. Поэтому в данной работе мы сосредоточимся скорее на социально профессиональных проблемах медицинских работников.

Можно подойти к рассмотрению интересующей нас темы со стороны конфликтно-ценностной школы. Конфликтность присуща любой сфере жизни общества. Многие авторы, культурологи, психологи, философы и социологи, схожи во мнении, что конфликт – неотъемлемая часть любых

взаимоотношений в любой системе, которая приводит к разнообразным негативным, а иногда и позитивным результатам.

Профессиональный слой докторов не исключение из общего правила возникновения конфликтности. Имеется множество векторов возникновения столкновений и недопонимания в области их деятельности. Так, оценочные суждения любого врача основываются на его социальном и профессиональном опыте и непосредственно связаны с соответствующими ролями. Например, как профессионал, и в какой-то степени менеджер, врач не может обсуждать действующие стандарты оказания медицинской помощи, но должен, применяясь к особенностям индивидуальной ситуации, дать пациенту полную информацию о заболевании и методах его лечения. Функции менеджера со стороны врача могут проявляться в ситуации, требующей от врача управления, как подчиненным медицинским персоналом, так и пациентами. Рассмотрение этих «управленческих» функций врача может легко выявить возможности для конфликта между начальником и подчиненным. Стандартный способ выхода из подобных конфликтных ситуаций – соблюдение всеми потенциальными участниками конфликта должностной иерархии [21].

Возможны так же конфликтные ситуации, возникающие между коллегами, но, как показывают исследования, в том числе и проведенное нами в рамках этой работы, присутствует ярко выраженная солидарность в коллективе врачей, выражающаяся во взаимопонимании и поддержке на основе этико-культурных норм и ценностей. Как пишет Чирикова А. Е. в своем исследовании взаимодействия врачей друг с другом: «Наблюдения последних лет и материалы интервью позволяют утверждать, что процессы интеграции в медицинском сообществе оказываются сильнее процессов автономизации. Более того, медики убеждены – при внешней агрессии выживать профессиональному сообществу легче вместе, а не порознь» [53; с. 118].

Рассмотрим интересующий нас вопрос со стороны социально-психологического подхода. Чрезмерные нагрузки врача, ненормированный рабочий день, постоянное напряжение из-за возможных профессиональных ошибок в связи с нехваткой времени, необходимость значительных усилий для повышения квалификации, создают условия для развития синдрома эмоционального выгорания. Этот синдром включает ощущение бессмысленности своего труда; хроническую усталость со всеми вытекающими симптомами; раздражение по отношению к коллегам; нетерпимость к больным; чувство неуверенности [40].

Как показывает опыт различных исследований, этому синдрому подвластны многие профессиональные группы, но чаще всего именно социально-направленные, то есть работающие в системе «человек-человек» - преподаватели, субъекты правоохранительных органов, психологи, врачи и пр.

Вообще, казалось бы, высококвалифицированный специалист, должен как никто другой заботиться о состоянии своего здоровья, понимать его важность и применять профессиональные навыки в повседневной жизни. Но не зря в русском фольклоре существует такая пословица «сапожник без сапог», которая очень часто подтверждает реалии профессиональных проблем нашего времени. В идеале врач должен не только в форме предписаний советовать пациентам линию поведения в связи со здоровьем, но и сам соблюдать подобные нормы, так своими поведенческими ориентациями он даёт пример и стимулирует пациентов к подобной деятельности.

Так, в 2012 году в Амурской области было проведено эмпирическое исследование. Выявлялись уровень заболеваемости, классы болезней среди врачей и общая оценка их состояния здоровья [4]. Проверялись амбулаторные карты, на наличие зарегистрированных в базе медицинских

работников за 2005-2010 гг. Исследование показало высокую заболеваемость врачей, а заболеваемость с временной нетрудоспособностью медицинских работников даже выше аналогичного показателя населения Амурской области. Анализ показал, что по результатам последнего медицинского осмотра, 50,8% врачей состоят на диспансерном учете, а больше половины имеют третью группу здоровья (люди, имеющие хронические заболевания, сопровождающиеся частыми обострениями). Приходим к выводу, что заболеваемость врачей ничуть не меньше заболеваемости обычного населения, а порой даже больше. Это, несмотря на то, что медицинский работник отличается наличием профессиональной культуры, а так же широких сетей и связей во врачебном сообществе, которые позволяют ему при необходимости мгновенно обратиться к «своим». Как пишет Петрова Л. Е., определяя врача, как «особого пациента»: «Вспоминая предложенную Т. Парсонсом модель взаимодействия врача и пациента, можно сказать, что врач в роли пациента – идеальный тип. Казалось бы – до минимума сводится проблема доверия, до максимума должна доходить практика самосохранительного поведения». Но, тем не менее, как пишет автор: «Это свидетельствует о том, что врачи не считают частью профессионализма собственный образ жизни с оценочной концепцией «врач обязан быть примером для пациента в охране здоровья»» [35; с. 151].

Профессиональная группа медицинских работников – часть государственных служащих, заработная плата которых определяется государственным финансированием. Отсюда вытекают не всегда благоприятные последствия, ведь работники бюджетных сфер, зачастую, получают зарплату в разы ниже, чем работники частных предприятий. По данным Росстата за 2013 год, специалисты высшего уровня квалификации получают в среднем 33005 тыс. рублей [30]. А ведь это с учетом руководящих должностей. Тем более, как было проанализировано в некоторых других неофициальных источниках, реальная средняя зарплата

намного ниже официально заявленной. Цитируя Присяжнюк Д.И.: «Заработная плата медицинских работников является одной из самых низких по стране в целом, несмотря на заявленные целевые показатели» [10; с. 81]. В таких условиях, врачи вынуждены заботиться о себе, своем здоровье, своей семье и не забывают показывать положительный пример посетителям больниц и поликлиник.

Если рассматривать гендерный аспект социально-профессиональной группы врачей в историческом контексте, пропорции мужчин и женщин в профессии постоянно менялись по разным причинам. Но нас больше интересуют современные реалии. Так, по данным 2011 г., Россия занимает лидирующее место по числу женщин - врачей, занятых в сфере здравоохранения: 66% против 34% мужчин [18]. Причиной данной диспропорции большинство исследователей называют более низкий, чем в европейских странах, доход врача, что делает профессию менее привлекательной для мужчины. Кроме того, мужчины значительно чаще женщин занимают руководящие посты, замещая практическую деятельность на административную. Сохраняющие свою профессиональную активность мужчины предпочитают работать в привилегированных медицинских специальностях (хирургия, урология, гинекология) [10]

Ко всему прочему врач не имеет возможности изменения своего положения, то есть не имеет каких либо властно-силовых функций. В соответствии с указом Минздрава РФ, «[все] приказы и указания министра, инструкции Минздрава Российской Федерации по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний...обязательны для всех предприятий, учреждений, организаций и объединений независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности» [50]. Многие исследования, например, проведенное Мансуровым В. А. и Юрченко О. В. с целью анализа динамики социального положения российских врачей, их социальных установок и ценностей, показали, что врачи недовольны своим уровнем

профессиональной свободы [24]. Они не способны что-либо изменить, хотя и недовольны, например, своим уровнем заработной платы. В целом респонденты демонстрируют разочарование медицинскими реформами. Основные нужды врачей по-прежнему игнорируются. Былая относительная социальная стабильность врачебной позиции потеряна. Государство более не предоставляет врачам квартир, а также не гарантирует выплаты социальных пособий.

Присяжнюк Д.И, преподаватель «Высшей школы экономики» говорит о реформировании здравоохранения и влиянии этого процесса на врачебное сообщество в России. Автор пишет: «Несмотря на предварительные подтверждения о выходе российской системы здравоохранения из кризиса, статистический анализ отчетной документации позволяет свидетельствовать о наличии ряда нерешенных проблем в этой отрасли. Выявлено сохранение гендерного неравенства в сфере охраны здоровья: женщины продолжают занимать самые низкодоходные профессиональные позиции. Кроме того, наблюдается тенденция старения кадров, начавшийся приток в отрасль молодых специалистов значительно сократился. Значимые различия в характеристиках врачей отмечаются на межрегиональном уровне. Показатели степени укомплектованности медицинских учреждений кадрами, в том числе по различным специальностям, значительно отличаются в отдельных регионах России» [10; с. 83-84].

Как мы можем наблюдать, множество исследований посвящено выявлению проблемных участков профессиональной деятельности медицинских работников. А в современном обществе проблемы увеличиваются и приобретают новые формы. Как пишет исследователь Новикова Л. А., в наше время произошло стремительное падение морали и нравственности в обществе. Многие из того, что ранее осуждалось, в настоящее время приемлемо и приобрело уродливые формы. Врачи поликлиник и стационаров попали в трудную ситуацию между

неустроенным социумом и психологическими проблемами граждан, оказавшись в ситуации, когда труд медицинских работников продается за бесценок. Усилился процесс миграции населения. Многие пациенты избирают врачей психологической мишенью, стремясь избавиться от жизненных проблем. В этой ситуации врач ежедневно подвергается нравственному испытанию [29].

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод, что в современной России уровень трудоемкости профессионального поля врача значительно увеличился. И это зависит не только от постоянного прироста населения и появления новых заболеваний, но так же от возросшего давления социума и государства на врачебное сообщество. Тем не менее, большинство врачей и среднего медицинского персонала все же сохраняют те самые качества, такие необходимые и ценные, с точки зрения пациентов, как гуманизм, ответственность, профессионализм, заботу и альтруизм.

1.3. Отношения в системе «врач – пациент»

Одна из самых распространенных тем в социологии медицины и здоровья – отношения врача и пациента. Их рассматривают под разными ракурсами, с точки зрения разных подходов – социально-психологического, конфликтологического, ценностного и многих других. Это вероятнее всего обусловлено тем, что каждый человек в своей жизни проходит через медицинские учреждения и так или иначе сталкивается с работниками в сфере медицины и имеет об это представление. Через врача каждодневно проходит огромное количество пациентов, со своими проблемами и жалобами и, по мере возможностей, он должен каждому уделить долю своего драгоценного времени.

Естественно, в процессе взаимодействия возникает множество различных ситуаций, конфликтов, столкновений и проблем. Выявлением причинно-следственных связей и последствий подобных эксцессов занимается множество различных ученых. А мы проследим, какие именно темы поднимаются в различных работах.

Одним из первых фундаментальных ученых, внесших вклад в интересующую нас тему, был знаменитый социолог Толкотт Парсонс. Ученый применял социально-ролевую теорию в конструировании своих рассуждений [2]. Для Т. Парсонса врач – идеальный тип профессии, он определяет социальную роль врача пятью элементами: техническая компетентность, универсализм, функциональная специфичность, эффективная нейтральность, приоритет общественных интересов над личными. Пациент, сталкиваясь с болезнью, становится девиантом, он признает свою неспособность справиться с проблемой собственными силами и полностью подчиняется компетенции врача.

Принципиально по-другому выстраивается коммуникативная модель врач – пациент в работах Мишеля Фуко. Если для Т. Парсонса (и – шире,

социологов-функционалистов) коммуникативная модель может быть названа партнерской, то М. Фуко переводит данную тему в координаты власть – подчинение. Исследователь говорит почти о том же, что и Парсонс, то есть врач обладает сакральным знанием, недоступным пониманию обычного человека. Но Фуко интерпретирует это как абсолютно негативное явление. Врачебное сообщество якобы использует определенные коды и символы, недоступные пониманию пациента и полностью превращают его «в раба» системы здравоохранения [51].

По нашему мнению, ни одна из разработанных парадигм не подходит для современного общества. Очевидно, что знание врача в современном обществе теряет свою сакральность и уникальность, так как огромный массив информации, в том числе и медицинской, теперь доступен большому кругу людей. Но, тем не менее, пациент сталкивается с врачом в те моменты, когда происходит расстройство его организма, когда он беззащитен и нуждается в помощи. Врач в такие моменты становится как бы опорой для него, тем, на кого он надеется. Несомненно, один из необходимых элементов взаимодействия – доверие.

Изотова А.В. выделяет три типа доверия в секторе здравоохранения [19; с. 133]:

- Межличностное доверие — доверие в системе «врач-пациент»;
- Институциональное доверие — доверие институту здравоохранения, экспертным медицинским знаниям;
- Системное доверие — доверие системе здравоохранения, рынку медицинских услуг;

Инновационное развитие несомненная часть сферы медицины, появляется множество технологий, множество современных лекарств и препаратов, способных вылечить такие заболевания, о лечении которых

в недавнее время еще не могло быть и речи. Но, по нашему мнению, доверие институту здравоохранения и всей медицине в целом уступает межличностному доверию врача и пациента. Так как именно в компетенцию доктора входит убедить пациента в диагнозе и лечении, показать высокий уровень своего профессионализма, проявить свои положительные качества и продемонстрировать в целом насколько важным для него является человек и его здоровье.

Как мы уже упоминали, большое количество разнообразной информации с каждым днем становится доступнее для все большего процента населения. Процессы информатизации затрагивают практически все области профессиональной и повседневной деятельности. Современную жизнь с трудом можно представить себе без Интернета. По данным фонда "Общественное мнение", доля Интернет - аудитории в России постоянно растет. Доля активной Интернет-аудитории (это выходящие в сеть хотя бы раз за сутки) – сейчас составляет 53% (61,5 млн. человек). Годовой прирост Интернет-пользователей, выходящих в сеть хотя бы раз за месяц, составил 8%, а для суточной аудитории данный показатель равен 6% [20].

В связи с этим возникает новое исследовательское поле – влияние глобальной всемирной паутины, сети Интернет, на сферу медицины, ограничения и возможности его применения. В зарубежной литературе используется понятие «кибермедицина», уже получившее распространение и для анализа российского общества [33].

Кибермедицина — новая область знания, возникшая на пересечении медицинской информатики и здравоохранения. Она изучает применение Интернета и глобальных сетевых технологий в медицине и здравоохранении, а также возможности интернета в решении задач охраны здоровья человека. Кибермедицина предоставляет возможность глобального обмена открытой

информацией, не всегда клинического характера, между пациентом и врачом, между врачами или между пациентами.

Исследователь Павленко Е.В., из плюсов и минусов использования Интернета в медицине указывает следующие [33]:

+ Врач может найти любую полезную для себя медицинскую информацию, узнать о новинках и технологиях, ознакомится с ситуацией и положением других стран;

+ При необходимости, медицинский работник может посоветовать пациенту, где можно изучить полезную для него информацию и, более того, может сам писать для сайтов различные статьи;

+ Возможное онлайн-консультирование по различным проблемам и заболеваниям, в том числе с врачами из других городов и стран (вопрос только в том, актуально ли это для нашей страны);

+ Осуществление записи на прием и выдача онлайн – талонов (но, как и прошлый пункт, спорный вопрос, так как слабая техническая оснащенность медицинских учреждений не позволяет пока говорить о повсеместности такой возможности);

+ Возможность образования социальных сетей, как врачам, так и пациентам для обсуждения насущных проблем, обмена опытом и знаниями, высказывания недовольств и пр.

Из несомненных минусов автор выделяет следующие:

- Угроза потери уникальной информации из-за частоты взломов компьютерных сетей;

- Появление слоя Интернет-подкованных пациентов, что ухудшает взаимодействие врача и больного;

- Низкий уровень компьютерной грамотности врачей. С учетом того, что во врачебном сообществе велико количество взрослых и пожилых, которые часто не грамотны в технологическом плане;

- Отсутствие цензуры в интернете, что приводит к большому числу «непроверенной» информации. Что может привести, например, к самолечению пациента и негативному результату;

Распространение глобальных сетевых технологий вносит кардинальные изменения во все сферы жизни общества. Бесспорно, некоторые аспекты этих внедрений полезны и могут в будущем стать платформой новых связей и новых практик. Но в тоже время, некоторые стороны использования Интернета в поле медицины остаются спорными и необходимо прилагать усилия и принимать меры для уменьшения числа негативных последствий такого явления, как кибермедицина.

В нашей работе мы уже много раз ссылались на метаморфозы, происходящие в обществе, на слом системы ценностей, но необходимо понять, как все эти явления влияют на изменение отношений в системе «врач – пациент». Множество исследователей, занимающихся прямо или косвенно социологией медицины, предпринимали попытки классифицировать типы отношений врача и пациента. Так, например, американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношения врач-пациент [8]:

1. Инженерная. В этой модели врач видит пациента, как «сломанный механизм», который нужно починить и вернуть к деятельности. Своего рода технократический подход, обезличивающий больного, не давая ему право вносить свою лепту в ход диагностики и лечения.

2. Патерналистская. Пациент, как ребенок для врача, как тот, кто нуждается в заботе и уходе, любви и ласке. Такая модель

была отражена еще в клятве Гиппократов. Некоторые врачи и исследователи, считают это идеальной моделью.

3. Коллегиальная. Действует на принципе равенства врача и пациента. Специалист сообщает больному всю информацию о его заболевании, а пациент реализует свое право выбора.

4. Контрактная. Взаимодействие как бы основано на «общественном договоре». Пациент и врач подписывают определенные документы, обязывающие их на выполнение определенных функций. В итоге каждая сторона получает свои выгоды. Модель так же обезличивает врача и больного друг пред другом, но при этом нивелирует их личностные предрассудки.

По нашему мнению, набор моделей, выявленных американским ученым, почти полностью описывает все возможные взаимоотношения, которые могут сложиться между доктором и его пациентом. Но существует и множество других классификаций, в том числе носящих творческий характер. Силуянова И.В, в рамках биоэтики, говорит о таких модусах (от лат. *modus* – мера, образ, способ) взаимоотношений как «врач - садовник», «врач – механик», «врач – художник» и другие. Понятно, что в данной типологии человеческий организм метафорически сравнивается с разными вещами и предметами, которые врач должен «наладить». Автор так же пишет, что «врачевание - это целенаправленное, а в современном обществе социально организованное осуществление добра» [42].

Одна из острых проблем и новых тенденций, обсуждаемых зарубежными и отечественными авторами это переход к новой модели взаимоотношений в системе «врач - пациент», а именно к модели «информированного согласия». Активнее всего разработкой этой модели занимаются ученые в США и странах Западной Европы. Суть «информационной» модели хорошо описана американскими исследователями Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль. "В соответствии с ней

от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение" [59; с. 49].

Свобода выбора, одна из высших ценностей человека нашей современности, но всегда ли она адекватно отражена в психологии человека, ведь ценности и индивидуальные особенности каждого из нас очень разные. Конечно, подобная модель согласия подразумевает равные права в отношении врача и пациента, их общий вклад в одно дело, но ведь суть врачебной деятельности – спасение жизни человека, поддержание его в нормальном физическом состоянии и выявление отклонений, в рамках его здоровья. А что если специалист предложит возможное лечение, и предостережет о возможных последствиях, а ценности и цели пациента будут направлены на что-то другое и он откажется? Стоит ли тогда говорить о полной ответственности врача за жизнь и здоровье больного? В таком ракурсе эта модель становится правовой основой для врача, защищая его от различных рисков, ввиду большей свободы волеизъявления пациента.

Зарубежные авторы склонны наблюдать строгий переход от патернализма к парадигме «информационного согласия», то есть тотальный сдвиг существующих парадигм. Но некоторые отечественные исследователи [Силуянова И.В, Шишкин С.В] считают, что эти понятия друг друга не взаимоисключают, вполне возможно их совместное существование, так как построение этих моделей основывается на разных типах отношений («патернализм» – на морально - этических, «информированное согласие» – на правовых).

По нашему мнению, в системе, складывающейся в современном обществе пациент не чувствует себя нужным. Его перенаправляют от врача к врачу, заставляя выжидать очереди и выделяя ему на прием какие-то

крохотные минуты, ввиду бесконечного потока посетителей. Пациент чувствует себя покинутым и оставленным один на один со своим страхом. Так быть не должно. Как пишет Розалинд Симпсон (Rosalind Simpson), врач общей практики из Великобритании [44; с. 36]: «подход, включающий в себя слушание и понимание, позволяет мне считать, что проблема может носить психический, физиологический, социальный или духовный характер и представлять собой комбинацию или комплекс всех перечисленных причин. Выслушивание пациента удерживает нас от откладывания дел в дальний ящик, так как проблемы часто связаны между собой и влияют на состояние пациента».

Мы рассмотрели множество обследований, связанных с социально-профессиональными проблемами врача. Многим исследователям кажется целесообразным изучение проблем именно в русле взаимодействия субъектов здравоохранения. Множество трудностей в работе врача часто связывается с изменением типа поведения пациентов в последнее время. Поэтому, как нам кажется, в социологии медицины важно качественно изучать глубинные причины тех или иных проблем, мнение врачей и пациентов на разные аспекты их взаимоотношений и выявлять изменения культурного пласта в сфере медицинского знания. В следующей главе будет описано эмпирическое исследование, с помощью которого мы хотели понять, как изменился уровень обыденной медицинской культуры населения и как это влияет на работу врача.

ГЛАВА 2. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ К ИЗМЕНЕНИЮ УРОВНЯ ОБЫДЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ (НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИК Г. ЕКАТЕРИНБУРГА)

Во все исторические эпохи основными сферами жизни являлись такие институты, как образование, церковь, политика и здравоохранение. Важными институтами здравоохранения являются такие места как клиники, больницы, стационары, поликлиники, которые являются сосредоточием множества социальных взаимодействий, так как каждый человек в своей жизни прямо или косвенно проходит через эти учреждения.

Человечество в ходе своей социокультурной эволюции выработало уникальный по своему духовно-нравственному основанию и практическому значению вид культуры - медицинскую культуру. Медицинская культура является сложным, многогранным социокультурным явлением, отражающим особенности жизнедеятельности людей, которые на уровне общества, социальной группы, личности оказывают влияние на состояние их здоровья [13]. В основе медико-культурной деятельности лежит общечеловеческая потребность в сохранении жизни и здоровья. Поэтому в качестве субъекта медицинской культуры правомерно рассматривать всех людей, создающих потенциал знаний о методах и средствах сохранения здоровья, диагностике и лечении различных заболеваний.

Отношения врачей и пациентов являются одним из основополагающих конструктов медицинской культуры в целом. С различными современными мировыми процессами, такими как глобализация, компьютеризация происходит и трансформация отношений в различных сферах жизни общества. Одной из главных отличительных особенностей современной медицинской культуры является трансформации моральных ценностей. Этот процесс обусловлен свободой развития научного и гуманитарного знания в обществе, которое существует в форме свободы в пересмотре

нравственных ценностей, их значимости для человека в соответствии с расширением прав человека в обществе, с развитием научного знания.

А также на особенности взаимоотношений в системе «врач-пациент» определенное влияние оказывает повышение общей, в том числе медицинской, осведомленности населения. С одной стороны, всеобщая «компетентность» населения в области медицины облегчает взаимопонимание, например, обеспечивает осознание больным необходимости тех или иных процедур, операции и других медицинских предписаний. Но, с другой стороны, это нередко порождает недоверие и пренебрежительное отношение к советам врача, особенно молодого, сомнение в правильности назначенного врачом лечения, стремление и склонность к самолечению или обращению к традиционной медицине. Если раньше пациент просто доверял врачу решение вопросов о своем лечении и даже жизни, то теперь он все чаще требует информацию о том, какие мероприятия будут предприняты в процессе его лечения, и как они будут осуществляться. Всеобщая компьютеризация населения позволила большому количеству людей получить свободный доступ к огромным массивам информации, которая ранее была недоступна. Образ оригинала и первоисточника размывается и сложно иметь уникальное знание. Применимо к врачебной деятельности, можно сказать, что еще в прошлом веке доктора были носителями «особенного» знания, уникального в своем роде. Теперь же такое знание доступно массам.

Множество исследований проводится с целью выявления отношения населения к врачам, к здравоохранению в целом, с целью выявления уровня знаний людей о медицине. Но медицинские работники, как непосредственные фиксаторы уровня здоровья человека, его отношения к медицине и знаниям в этой сфере зачастую упускаются исследователями, а ведь они, носители особых знаний, несомненно, важны как источник уникальной и новой информации об обыденной медицинской культуре

населения. В последнее десятилетие есть основания предполагать, что изменилась культура общения между врачом и пациентом, изменились практики данных взаимоотношений и в целом изменился уровень обыденной медицинской культуры пациентов.

Работа выполнена в *качественной стратегии* исследования, так как мы ориентировались не на массовый сбор данных, а на достижение углубленного понимания исследуемого социального явления. Данным качественным исследованием мы хотели понять отношение врачей к уровню обыденной медицинской культуры пациентов, изменился ли он вообще, по мнению медицинских работников, влияет ли это и как влияет на систему здравоохранения в целом и на практики взаимоотношений в системе «врач-пациент».

Методы, которые были использованы в исследовании -*интервью*, а конкретно в нашем случае *полужформализованное интервью*. Для верификации данных интервью мы пользовались принципом теоретической насыщенности. Тексты интервью и их количество анализировались до тех пор, пока не наступила однозначная повторяемость кодов, то есть пока новые интервью и респонденты не стали добавлять новой информации.

А так же *анализ документов* – книга отзывов и предложений ГКБ СМП за 1976-1978 гг. и книга жалоб и предложений за 2013-2016 гг. ЦГБ №6.

Нам кажется целесообразным проведение данного качественного исследования в крупном мегаполисе, центре Свердловской области, так как урбанизация способствует концентрации «умов» и высокообразованных кадров именно в крупных городах, а также в городской среде представлено широкое многообразие медицинских учреждений и специалистов разного профиля в области здравоохранения.

Преимущества интервью перед анкетным опросом раскрываются в полной мере при использовании *полуформализованных* или *неформализованных* его вариантов. Для такого вида интервью составляется лишь список самых необходимых вопросов, который впоследствии может корректироваться и дополняться. Тем самым, получаемая благодаря подобному интервью информация используется для формулирования гипотез и выявления социальных проблем, подлежащих более систематическому анализу. А также прямой контакт с опрашиваемым и психологические отношения, которые устанавливаются между интервьюером и респондентом, создают немало преимуществ для получения информации, малодоступной путем анкетного опроса. Полуформализованное интервью достаточно гибко и восприимчиво, чтобы уловить и зафиксировать непредвиденные, но интересные повороты беседы, способные дать толчок к новому видению проблематики, или скорректировать искаженное восприятие формализованных вопросов.

Отбор информантов для интервью осуществлялся *методом снежного кома*. В отечественной стратификационной системе медицинских работников рассматривают как большую социально-профессиональную группу, обладающую высшим и средне-специальным медицинским образованием, занимающуюся сложным интеллектуальным умственным и разнообразным физическим трудом с применением высокотехнологичного медицинского оборудования. Нам представляется, что врачебное сообщество довольно закрытая и труднодоступная группа для исследования. Члены этой группы зачастую тесно связаны друг с другом и, при нахождении полностью подходящего для исследования информанта, нахождение других этим методом было проще в осуществлении, учитывая, что важным для нас критерием отбора является стаж работы информанта.

2.1. Книга жалоб и предложений как идентификатор проблем пациентов

В ходе исследования, от информанта нами был получен документ, очень интересный с точки зрения качественного анализа. Главврач поликлиники, в прошлом работающая в другом месте, а именно в бывшей городской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГКБ СМП), сохранила книгу отзывов и предложений второго хирургического отделения за 1976-1978 гг. Книга интересна как с исторической, культурологической, так и социологической точек зрения. Мы можем наблюдать: во-первых – обратную связь и реакцию пациентов на проводимые с ними манипуляции и лечение, во-вторых – затрагиваемые пациентом проблемы и мысли, которыми он желает поделиться, в-третьих – с помощью анализа можно понять наличие и уровень обыденной медицинской культуры. Главным преимуществом этого метода является то, что полученная посредством анализа документов информация служит основой для выдвижения гипотез и дальнейшей верификации полученных данных другими методами.

Хорошие выводы можно сделать также на основе сравнительного анализа двух документов – книги отзывов прошлых лет и современного аналога 2013-2016 гг. Конечно, присутствует нюанс, который выражается в том, что документ 70-х годов является артефактом стационарной больницы, то есть там предполагалось длительное взаимодействие врача и пациента, их постоянный контакт. Книга же жалоб и предложений, с которой будет сравнение, получена из стандартной поликлиники, которая занимается амбулаторным лечением больных.

В результате исследования книги отзывов и предложений бывшей больницы скорой помощи, было просмотрено и проанализировано 156 отзывов и предложений, из которых 68 написано женщинами, 45 мужчинами, 29 всей палатой (коллективно пациентами палаты) и 14 не подписались или подписались, но пол определить невозможно. В конце книги

присутствовали еще и отзывы за начало 1979 года, их не анализировали, ввиду небольшого количества отзывов, всего за три месяца года.

За 1976 год – 52 отзыва, 1977 – 57 отзывов и за 1978 год – 47 отзывов. Большинство текстов были оставлены женщинами и, что примечательно, они оставляли немного более развернутые пожелания с информацией о себе, о болезни и словами благодарности.

Чаще всего пациенты писали о качествах врачей, о их доброте и заботе, это присутствовало почти в каждом отзыве. Удивляет, что количество положительных отзывов почти 100%. Присутствует одно негативное предложение, но и оно касается даже на работы врачей, а поведения официантки в буфете, с просьбой быть более внимательной к пациентам.

Возможно, это действительно связано с тем, что коллектив проявлял на редкость дружелюбное и заботливое отношение к пациентам и они стремились оставить только добрые слова о коллективе больницы. При всем притом, что каждый отзыв прочитывался заведующей отделением, подписывался, и раз в полгода отзывы прочитывались, анализировались и контролировались, с занесением, впоследствии, в личное дело.

Если наблюдать динамику по годам, то можно увидеть, что к 1978 году в отличие от 1976 года, отзывы становились все меньше и меньше по объему и часто ограничивались только благодарностями, без дополнительных подробностей. Это, возможно, объясняется тем, что один из пациентов задал тематику и размер отзывов и остальные пациенты, в последствии, стали писать примерно похожи пожелания, творчески не отступая от заданного ритма.

Анализируя данный документ, складывается впечатление, что коллектив бывшей ГКБ СМП просто образец врачебного профессионализма, доброты и заботы. Это может быть обусловлено

как уникальностью этого места, своего рода редкостью, так и низким уровнем обыденной медицинской грамотности больных и очень высоким их доверием. Тем более хирургия, даже в современном мире, одна из немногих областей медицины, где уровень доверия остается достаточно высоким, что подтверждает и наш информант – хирург, заведующая отделением хирургии.

В ходе анализа современного документа - книги жалоб и предложений ЦГБ №6 за 2013-2016 гг., было просмотрено 63 отзыва. Хочется отметить, что присутствует огромное количество жалоб, чуть больше половины, в отличие от предыдущего анализируемого документа, где негатив отсутствует вовсе. Это вероятно зависит от типа учреждения – больница и поликлиника. В поликлинике существует бюрократическая система, которая отнимает у пациентов много времени, из-за очередей и большого количества пациентов, невозможности порой получить талон на прием. Информанты - врачи, при интервьюировании, сообщали, что принимают в день значительно больше пациентов, чем им полагается: *«Пациентов же много... У нас вот норма приема 22 человека в сутки, а принимаем около 30-40. А они еще жалуются»*[P3]. Много негативных отзывов о регистратуре, они, вероятнее всего, принимают на себя весь первоочередный негатив от потерянного пациентами времени. И анализируя этот поток жалоб, можно понять, что систему приема пациентов идеальной не назовешь, на некоторых этапах происходят сбои, и пациенты чутко это прослеживают.

Информантами в интервью подтверждается и вопрос изменения поведения современных пациентов в отличие от прошлого поколения: *«А молодежь склонна к критическому анализу, так сказать, и часто... очень порежет наши назначения или просто меняет, с точки зрения прочитанного в интернете»* [P5].

Очевидно, что уровень критического анализа пациентов вырос, они серьезнее осведомлены о своих правах и требуют большего комфорта во всем, в том числе присутствует и спрос на квалифицированный медицинский персонал. Происходит оценивание работы учреждения на разных уровнях обывденного знания. Пациент должен видеть, что врач – профессионал, должны присутствовать также и необходимые, по мнению пациента, качества личности врача – грамотность, забота, внимание и дружелюбие. Только тогда больной чувствует себя хорошо, чувствует, что его жизнь не безразлична человеку «в белом халате». Современный пациент уже не просто больной, он клиент медицинского учреждения и поэтому требует к себе уважительного отношения, информирования об изменениях графика врачей и чистоты туалетов и коридоров. В одном из отзывов именно так и было сказано – наименование себя не как «пациент», а как «клиент». Некоторые ссылаются на клятву Гиппократата, никогда ее не читавшие, они склонны видеть в принципе «не навреди» гарантию своих прав и свобод.

Нами отмечен также и тот факт, что при наличии в документе благодарности врачу и описание его положительных качеств, чаще встречается пункт «грамотен». В документе 1976-1978 годов такая описательная категория не встречается вообще, можно сказать, что грамотность и профессионализм подразумевается априори, как несомненный факт.

Современные граждане интернет-подкованы в разных областях своей жизни и врач, как носитель уникального знания, становится для них объектом острого наблюдения. Если найдется момент, в котором врач поведет себя не тем образом или же не проявит в должной мере своего профессионализма, пациент даст понять, что он этим недоволен.

Что касается количества и качества оставляемых отзывов, то отзывы, оставленные в больнице скорой помощи, довольно объемные, часто с описанием истории госпитализации, с оказанной врачами помощи и нескончаемое количество благодарностей во всевозможных формах. Вероятнее всего это связано с большим количеством свободного времени у стационарных больных, в отличие же от пациентов поликлиники, у которых зачастую нет времени даже для просьбы о предоставлении им книги жалоб. Следует иметь в виду также сроки пребывания в стационаре в советской медицине – продолжительное нахождение «на койке» - 21 день – по сравнению с современной ориентацией на сокращение числа койко-дней на пациента. Ждать от современного пациента стационара развернутых нарративов не приходится, в том числе и по этой причине.

Сравнительный анализ демонстрирует нам не самую благоприятную картину для врачебного сообщества. В наше время резко возросло количество негативных реакций на работу врача и систему здравоохранения, которые можно объяснить разными обстоятельствами. Несомненно, возрос уровень медицинской грамотности пациентов, что отражено в отзывах 2013-2016 года. Пациенты знают, чего они заслуживают, они осведомлены о своих правах и свободах, понимают свои заболевания и даже то, к каким осложнениям они могут привести. Помимо всего прочего, они не просто жалуются, они требуют ответа на свои просьбы, требуют наказать или поощрить работников, в зависимости от ситуации. Опытному врачу, с солидным стажем работы, наверняка некомфортно ощущать себя под прицелом острого наблюдения своей работы со всех сторон, нагрузки усиливаются, как и степень стрессовости подобного труда. Возможно, в будущем ситуация будет меняться, и мы будем ближе к ситуации, которую в прикладной социологии называют «совместное принятие решений врачом и пациентом»(shareddecision-makingbetweenprofessionalandpatient) [56].

2.2 Взаимосвязь доверия и уровня обыденной медицинской культуры пациентов

В ходе нашего исследования нами было взято 5 полужформализованных интервью с представителями врачебного сообщества. Информанты были выбраны из двух государственных поликлиник Екатеринбурга – ЦГБ №6 и Областная консультативно-диагностическая поликлиника. Респонденты – 1 мужчина и 4 женщины, в возрасте от 46 до 76 лет, с минимальным стажем работы от 12 лет, высококвалифицированные профессионалы с большим опытом работы. Специализация не имела для нас особого значения. Все респонденты были заинтересованы в исследовании, рассказывали с энтузиазмом, дополняя ответы яркими примерами из жизненного опыта.

Цитирование врачей представлено в виде зашифрованных обозначений (Р – респондент): Р1 – женщина, 76 лет, хирург, заведующая отделением хирургии; Р2 – женщина, 53 года, нефролог; Р3 – женщина, 50 лет, уролог; Р4 – мужчина, 59 лет, уролог; Р5 – женщина, 46 лет, нефролог (Гайд интервью см. Приложение 1).

В ходе составления программы было выдвинуто несколько гипотез об отношении врачей к уровню медицинской культуры пациентов. Нам представлялось, что доверие пациента может напрямую зависеть от уровня его обыденной медицинской культуры, предполагалась зависимость уровня культуры от возраста пациента, а также мнение врачей о том, что в других странах уровень медицинской культуры несколько отличается от нашей отечественной.

Первоначально, задавая вопрос об отличии старшего и более молодого поколения, мы хотели понять, присутствуют ли определенные поведенческие нормы, присущие тому или иному поколению, по мнению врачей. Связан ли уровень обыденной медицинской грамотности с возрастом человека,

отношением его к определенному историческому отрезку времени, присущи ли ему какие-то мировоззренческие особенности.

Несомненной чертой молодого поколения информантами выделяется нетерпеливость и неусидчивость, старшее же поколение, в силу своего возраста, более сдержанно и терпеливо: *«Ну, я думаю, взрослые более терпимы, у нас же если поликлиника, прием, они сидят, ждут. И я думаю, что у взрослых более терпимости хватает. Ну, там бабушки, дедушки, они сидят. А молодые более уже начинают нервничать ходить, как бы для них это очень сложно, сидеть ждать приема» [P2].*

Вину за подобную несдержанность информанты перекладывают на пробелы в воспитании молодежи, на их окружение, на трансформированные и искаженные ценностные ориентации: *«Воспитание старшего поколения...получше, в основном. Более сдержанные...» [P4]; «Ну, воспитание, поколение у них такое. Воспитание. Сейчас молодые не такие воспитанные идут, они не сдерживают свои эмоции, могут высказать, накричать» [P3]; «Я думаю, они просто в социуме так выросли, сейчас социум то совсем другой. Люди-то постарше они более крепкие, ценности сейчас другие» [P2].*

Информантами замечен и тот факт, что молодежь, по их мнению, склонна к критическому анализу, молодое поколение, вместо того, чтобы безусловно подчиниться врачебному назначению, для начала сами стараются что-то об этом узнать и выяснить: *«Старшее поколение более склонно говорить «напишите мне на бумажке, я вот буду делать то, что вы мне скажете». Молодежь больше хочет вникнуть и понять, почитать, что это такое и как с этим бороться» [P5]; «Молодежь более современна, она больше занимается собой, хотя конечно экология тоже...все эти смартфоны тоже, эти у компьютера сидение, этой сейчас нормально, а потом скажется» [P1].*

Можно сказать, что из поколения в поколение меняется отношение к разным областям жизни, молодое поколение считает своим долгом разобраться в проблеме, понять, что к чему, уровень доверия к кому бы то ни было снижается. Происходит определенного рода социокультурная трансформация, напрямую затрагивающая и сферу здравоохранения. Одно из немаловажных явлений современности, напрямую подталкивающее эту трансформацию – массовое распространение сети Интернет.

Проблема распространения сети Интернет и взаимосвязи этого явления с разными сферами жизни, в том числе и здравоохранением, уже некоторое время разрабатывается различными учеными. Мы уже упоминали, что Е.В. Павленко в своей статье [33], рассматривает такое явление, как киберпространство медицины, плюсы и минусы интернета в области медицины. Автор говорит о том, что Интернет является богатым информационным и социальным ресурсом, обладает огромным потенциалом для развития системы здравоохранения. Но в то же время остается много вопросов по поводу применения Интернета в медицине. Одно дело, когда информационные сети выступают только как канал передачи медицинской информации, другое — когда они являются платформой новых социальных отношений, для которых еще не выработано правовых и этических норм.

Можно сказать, что в современном российском обществе пациенты более Интернет-подкованы, нежели сами врачи: *«Пришла женщина, залезла в интернет и лечащему врачу сказала «надо проверить на мочевиновую кислоту», доктор был не в курсе. А она залезла и узнала, молодец. Поэтому видите, может и доктор немного поучится у пациентов»*[P5].

Об этом свидетельствует и исследование, проведенное в 2011—2012 гг. среди представителей системы здравоохранения г. Екатеринбурга. Исследование было организовано факультетом повышения квалификации и

профессиональной переподготовки Уральской государственной медицинской академии при содействии МБУ «Городской центр медицинской профилактики». Общее количество опрошенных респондентов составило 82 человека. Исследование проводилось среди руководителей муниципальных лечебно-профилактических учреждений г. Екатеринбурга. Анкетирование было посвящено выявлению ограничений использования Интернета в профессиональной деятельности медицинских работников. Как показал опрос, только 22% врачей имеют доступ в Интернет в рабочее время. Большинство же — 74,4 % не обладают такой возможностью [33]. Но так же присутствуют и другие проблемы. Одна из важнейших – слабая техническая оснащенность медицинских учреждений. И в противовес этому – слабая компьютерная грамотность сотрудников. В российском обществе очень распространена подобная картина, которая и ведет к множеству различных проблем и недопониманию между врачами и пациентами.

Рассматривая эту проблему с разных ракурсов, можно найти в этом и положительные и отрицательные стороны. С получением доступа к всемирной сети, человек может найти почти любую интересующую его информацию, в том числе и в сфере медицины. Но способен ли обычный человек, не имея медицинского образования, правильно трактовать весь массив данных, симптомов и болезней, которые ему со всех сторон предлагает глобальная паутина. Возникает проблема того, что пациент поднимает свою самооценку, за счет якобы известной не только врачу, но и ему медицинской информации, что приводит к снижению доверия и появлению оценивающего взгляда на медицинского работника: *«Тут получается палка о двух концах. Вроде с одной стороны это хорошо, что пациент более информирован, а с другой...бывает, иногда мешает...лечению» [Р3]; «Бывает человек приходит, все прочитал, все знает, считает, что о своем заболевании все лучшие специалистов знает, он*

пойдет, а ему опять какую-нибудь фигню посоветуют. А он-то ведь уже в курсе! Сейчас он сам всех научит. Приходит к нам, нас учить» [P5].

Но мы так же спрашивали и о том, какие ресурсы как врач они посоветовали бы пациентам, откуда им получить полезную информацию о медицине и, непосредственно, о своем здоровье. Несмотря на многочисленную критику в адрес сети Интернет, большинство специалистов советовали его же, как источник информации, повсеместный и доступный многим слоям населения: *« Я вот разговариваю, допустим, с человеком, говорю ему у вас оксалата, оксалатная нефропатия, вам нужна диета, почитайте в интернете, там есть об этом информация. Допустим. Вот эти вот диеты, ну они же стандартные достаточно, чем вот каждому воспитывать там, объяснять, скачал из интернета...» [P5]; «Из интернета *смеется*. Почему бы и нет» [P4]; «Ну, из интернета, в принципе. Книжки почитать умные. Ну опять лишнее могут вычитать...баланс нужен, баланс» [P3].*

Зачастую происходит ситуация, когда пациент знает свой диагноз и его симптомы, что-то рассказывает и даже сам советует специалисту, но при этом не знает самых банальных вещей, вплоть до расположения органов в организме или же то, что он не соблюдал обыденные профилактические нормы и именно поэтому оказался на приеме у врача: *«Приходят не знают, где почки находятся *смеется*. Где почки, где печень, где легкие, не знают, где находятся. Бывает так, много»[P3].*

Все сводится к тому, чтобы соблюсти золотую середину, Интернет как помощник врачу, как помощник пациенту, как источник профилактики – замечательно. Но границы, где заканчивается обыденное знание и начинается профессиональное, нужно видеть: *«Надо знать простые вещи, так сказать, вести нормальный, здоровый образ жизни. Вот об этом идет разговор. Вот это должно быть. А не то, что вникать в операции чего и как, это*

ни к чему. Это совершенно не надо, некоторые вот начинают – это что, это что. Зачем это вам? Это мы знаем, а вам это знать не надо» [P1].

Интересным оказался и тот факт, что одна из опрошенных нами врачей, являлась непосредственным автором статей на медицинскую тематику на сайте о здоровье. Замечательный факт, что этим занимался человек с высшим медицинским образованием. Но повсеместное ли это явление? Интернет, сфера нашей повседневности, непростительно слабо поддается контролю и цензуре, в отличие от других средств массовой информации: *«Я-то с медицинским образованием, на сайт писала вот статьи о темах, про которые я знаю. Молодой человек, который нас привлекал для этого, он специально просил, искал людей с медицинским образованием. В принципе так вот статьи нахожу, ну нормально написанные. Ну все-таки вот какой-то контроль должен быть над тем, кто пишет и что пишут, потому что...ну вот я смотрю, никакой цензуры то ведь нет, никто не проверяет, что я пишу. То я пишу или какую-то ерунду сочиняю из головы. Может и стоило бы что-то ввести там или хотя бы предупреждение «на нашем сайте не пишут профессионалы». Критически к этому подходить»[P5].*

Но, помимо Интернета, есть и другие источники для пациентов, с помощью которых они имеют возможность повысить свой уровень медицинской культуры. Например, телевизионные передачи о здоровье или же различные бумажные источники (книги, газеты). По поводу достоверности знания в этих каналах средств массовой информации, у врачей тоже есть свое мнение, притом, зачастую, положительное. Хотя врачи сами порой редко увлекаются данным контентом, но все же они имеют представление о том, что показывают. И, видимо, цензура на телевидении, в отличие от прошлого, стала немного «умнее», откровенные глупости стали показывать реже, и проглядывается зерно действительно полезной информации: *«Иногда вот ту же Малышеву смешно смотреть, когда она*

*желудок, в костюме желудка. Но в целом, образ может быть и смешной, но они не выходят вот за рамки современных знаний, они предлагают грамотно же все равно, не бред несут откровенный *смеется*. И это радует»[P5]; «Ну, я ведь не смотрю, честно говоря. Ну, когда вот случайно поймаю, кто-то из родных знакомых смотрят. То, что излагают, может быть смешно, но в принципе то...наглядно. Может, где то излишне упрощенно, но в целом как бы на нормальном уровне. На уровне современных знаний медицинских»[P3].*

Врачи поддерживают такие передачи, считают их, в принципе, не вредными для населения. Там упрощенно и наглядно показывают простые вещи, что при необходимости нужно сразу же обращаться к врачу и не заниматься самолечением. Что нужно заботиться о себе и своем здоровье, и это главное: *«Я думаю, что нужны. А как. Информацию то люди где будут брать. Профессионалы же, не шарлатаны. Профессионалы. Каждый человек должен своим делом заниматься. Там же в принципе люди-то...образованные, статусные. Если люди грамотные, знают свое дело, то да конечно нужны» [P2].*

Другое дело, когда разговор идет о рекламе новомодных лекарств, которая направлена на то, чтобы люди поверили и купили лекарство. Хотя зачастую, аналог можно купить дешевле и он окажется, возможно, даже эффективнее. Мы спросили, а доверяют ли пациенты различной рекламе и как это сказывается на работе врача. Мнения разделились, некоторые сталкивались с опытом, что пациент доверяет СМИ и лечится прорекламированными лекарствами: *«Да. Доверяют. Приходят с почечной недостаточностью, с гиперкалемией, гордо говорят: «я же пью препараты калия...». Которые им нельзя! Поэтому, когда реклама то, ну вообще то сейчас так и делают...посоветуйтесь с врачом, есть ограничения! Ну, хотя бы вот так что ли» [P5]; «Многие да, доверяют. Они посмотрят, идут в аптеку, покупают, лечатся. Да, много таких пациентов. Не советуясь с*

врачом, самолечением занимаются. Потом в итоге все-таки идут к врачу уже, не помогает...идут к врачу там, на обследование направляем, на анализы. Там уже более точная диагностика, точные препараты назначаем. А так много да по рекламе лечатся. Есть такие» [P3].

Некоторые наоборот, считают, что пациенты в большинстве все-таки осознают, что реклама существует для получения большей прибыли от продажи и не доверяют ей, стараются лечиться тем, что назначит врач: *«Ну, мне не приходили, не говорили. Может кому-то говорят, но я с этим не встречалась. Ну, есть безусловно неплохая реклама. Но есть прекрасные продукты, которые мало рекламируют» [P1]; «Кто-то доверяет. Большинство нет. Народ привык у нас, что...реклама, прежде всего, направлена на вымывание денег, скажем так. Нет, они приходят, говорят, что вот я увидел, посмотрел, но в аптеку не ходят, не бегут покупать. Пришел к вам спросить» [P4]; «Некоторые же есть люди внушаемые. Внушают им, верят, сказали же - поверил. Ну, все-таки не все, немного кто доверяет, мне кажется» [P2].*

Конечно, ответственность за продажу людям лекарств ложиться на фармацевтов. Их деятельность регламентирована нормами о том, какие лекарственные препараты можно продавать всем без исключения, а какие, строго по рецепту. Информанты считают, что даже этого недостаточно, нужно еще активнее контролировать подобные процессы самолечения: *«Я думаю, что аптекари как-то на это должны обращать внимания и говорить «у вас назначено, вы по назначению врача это принимаете? Или вы как, почему хотите купить?». Антибиотики стали вот так спрашивать, это я точно знаю. То есть антибиотики сейчас перестали продавать всем желающим. А вот такие-то препараты, гипотензивные, препараты вот калия, кальция тоже желательно вот, по рекомендации». [P5].*

В современном российском обществе давление на врачебное сообщество очень велико, массовые и постоянные государственные сокращения, модернизации, реструктуризации, повышенные требования, как со стороны населения, так и со стороны власти. В таких условиях нужно существовать, спасать людские жизни и при этом не забывать о себе и оставаться человеком. Все бюджетные организации испытывают на себе подобное стрессовое состояние, порой выживают на «голом» энтузиазме. Помимо всего прочего влияют и различные кризисы, растет людской страх, что сказывается на общей картине заболеваемости населения, страх посещения врача: *«Многие приходят с теми условиями жизни, которые у нас в стране...ну вот кризис в стране, у многих людей страх. Приходят с разными такими жалобами, совершенно...Ну, даже к хирургу идет не по профилю. Начинаешь их раскручивать, общаться[P1]»*.

Врач, помимо решения своих проблем, должен помогать перебороть стресс и людям, что зачастую приводит к эмоциональному выгоранию и прочим проблемам самого врача. Как бы то ни было, трансформация отношений в системе медицины происходить будет, нужно адаптироваться и привыкать к ней. Специалисты понимают и знают так же, что нужен индивидуальный подход к каждому пациенту: *«Тут как бы подход должен быть индивидуально к каждому. Мы все как бы равные, но мы все разные. Вот каждому говорю...у каждого болезнь протекает не так, как у другого» [P1]*.

Но при этом система, сложившаяся в стране, не позволяет уделить много времени пациенту, их количество постоянно растет, а число медицинского резерва сокращается. По данным Росстата в Свердловской области с 2010 года численность медицинских кадров, а особенно врачей постоянно снижается и, на конец 2014 года, их уже 19 тысяч, то есть 43,8 человек на 10000 тысяч обычного населения [31]. Анализируя книгу жалоб и предложений за 2013-2016 гг. мы ознакомились с проблемами,

поднимаемыми пациентами. В интервью подтверждается главная из этих проблем – бюрократическая модель поликлиники, нехватка медицинских кадров, постоянные и бесконечные очереди, ввиду той же высокой нагрузки на врачей и не всегда состоятельной модели организации труда: *«Врачи делают за 10 минут прием в поликлинике, это очень непросто, тут еще печатать, писать, совсем непросто. Идет поток, некогда подумать, некогда поразмышлять над пациентом, и, к сожалению, вот это клиническое мышление вот это которое воспитывается в нас и должно быть, оно потихонечку будет уходить» [P1]; «Вот чтобы попасть к врачу, задать ему вопрос надо ли мне или выписать лекарство, допустим, которое ты уже когда-то принимал. Чтобы для этого не надо было занимать с самого утра очередь в регистратуру, там неделю ждать талона, высиживать часовые очереди, ну вот как-то вот так. А это, к сожалению, особенности нашей системы» [P5].*

Особенно это подмечают доктора, которые когда-то имели опыт работы в стационарной больнице, они вспоминают те времена не без грусти, так как там действительно, по их мнению, есть поле для размышления над пациентом и налаживание с ним доверительного контакта: *«Ну конечно, стационар и поликлиника, абсолютно разные вещи. В стационаре это больные, которых ты от и до долечил и вылечил. И в итоге все довольны»[P1].*

Возникает так же и еще одна проблема, врачи как сфера услуг, а не авторитетные и безоговорочные спасители жизней. Пациент как бы не отдает себя полностью в руки лекарей, а просто пользуется их «услугами». Подобное очень задевает опытных врачей «старой закалки», которым есть, с чем сравнивать: *«Ну, молодым сложно объяснить, что было в советское время. Раньше было проще, отношения были немножечко другие, люди*

доверяли нам. А сейчас нас в сферу услуг обратили, понимаете? А это совсем не то» [P1].

Многие ученые пишут о трансформации системы и переходе взаимоотношений врача и пациента от патерналистского типа к модели «информированного согласия» [43]. Мы уже писали, что разработка этой модели активно осуществлялась в США, в странах Западной Европы. Врач теперь как бы играет не роль «отца», а роль информатора или «консультанта». Наши информанты понимают, что время идет и все меняется, в сторону прогресса или регресса, в том числе, как бы им того не хотелось, трансформируется и в целом система здравоохранения. И функционирование всей системы напрямую зависит от всех её элементов, начиная от самых незначительных: *«Врач у нас все равно один не работает никогда. Он работает в комбинации со всеми. С лабораторией, с функциональной диагностикой, если только врач вот один это слабо, надо что бы у него были еще компетентные помощники. Поэтому хотелось бы, чтобы у нас вся система здравоохранения в целом работала хорошо. Чтобы, если я написала другому доктору, что нашему пациенту сделать анализ мочи там или еще что, чтоб он приехал с результатами анализов, а не с результатами узи... сомнительного толка» [P5].*

Отношение к отечественной системе здравоохранения не всегда положительное, врачи понимают ее недостатки, но работать приходится с тем, что есть и существовать, в рамках сложившейся ситуации: *«Потому что у нас система здравоохранения...ну...такая... своеобразная» [P4]; «Потому что у нас такая система...гибкая. И льготных лекарств говорят мало, список льготных лекарств, для инвалидов...это очень мало. Они не могут получить. Выписывают как бы не то что надо, а то что дешевле и ..менее эффективно. Бесплатная медицина у нас как бы тоже понемножку...погибает, все идет к платному. Ну, пока обследования бесплатные все, но уже...уже идет к платному» [P3].*

Среди классических типов взаимоотношения в системе «врач – пациент» учеными Т. Шацом и М. Холлендером были выдвинуты три модели, в качестве критерия для выделения типа модели они взяли состояние организма больного. В их типологии асимметрия в отношениях врача и пациента сохраняется и не может усиливаться или ослабляться в зависимости от характера заболевания [3].

В первой модели «Активность — пассивность» активным является врач, пациент же пассивен, полностью беспомощен. Эта модель отражает такие состояния пациента, как потеря сознания, шок, кома. Роль врача состоит в том, что он «что-то» делает для пациента. Роль пациента — пассивный реципиент, прототип модели отношения «родитель-младенец».

Вторую модель авторы назвали *«Руководство и кооперация»*. Она применима при большинстве острых заболеваний, например при инфекционных болезнях. В этом случае врач говорит пациенту «что делать», а пациент выполняет его указания. Прототипом этих отношений является «родитель — несовершеннолетний ребенок».

В случае таких хронических болезней, как сахарный диабет, миастения и другие, наиболее адекватна модель *«Партнерство»*, при которой роль врача ограничивается тем, что он помогает пациенту «помочь самому себе». В подобных случаях врач выступает преимущественно как советчик, а центр тяжести в осуществлении лечебных мероприятий передвигается к пациенту. В рамках этой модели пациент действует активнее всего и асимметрия в положении врача и пациента, хотя и сохраняется, но весьма незначительна. Прототипом модели служат отношения «взрослый — взрослый».

Нашими информантами невольно была выдвинута идея о том, что пациентам нужно непосредственно самим контролировать некоторые свои заболевания, естественно под присмотром врача. То есть врачи в качестве идеальной модели назвали именно «партнерство», как наиболее эффективной и полезной не только пациенту, но и врачу: *«Я всегда говорю -*

вы должны знать о своей болезни больше, чем врач. Конечно! Если у тебя есть заболевание, допустим там, сахарный диабет, он должен знать о себе больше, за собой следить» [P1].

Тем самым, постоянный пациент – «лучший друг» врача. Он осведомлен о своей болезни, не задает глупых вопросов и постоянно контролирует состояние своего здоровья и докладывает врачу о его изменении, при этом, не противореча врачу, а как бы сотрудничая с ним: *«Это и врачу помогает и им помогает. И они если чувствуют, что что-то изменилось, они же отслеживают, там давление, отеки появились, они сразу видят, что что-то не так, даже выводы могут сделать. Это замечательно. И вовремя подойти и сказать, обратить на это внимание. Побеспокоиться. Вычисляем вместе, что могло послужить причиной. Хронические больные это наши коллеги» [P5]; «Да они как к себе домой приходят. Они...как к своему родному, да, там было, что доверяют, не доверяют. Очень доверяют. И у нас таких очень много, 5-8 лет постоянно приезжают. Такие счастливые, довольные. Ну, в области же нет нефрологов, такие заболевания только мы лечим, они к нам часто попадают и все, как свои уже, да» [P2].*

В западной литературе подобный взгляд на проблему рассматривается иногда с элементами негативных коннотаций. Рассматриваемое нашими информантами как позитивное явление, как идеальную модель, в зарубежных источниках, как мы уже упоминали, данная парадигма получила название «информированного согласия». Врач не решает за пациента все его проблемы, связанные со здоровьем, врач становится просто источником полезной информации, советуя, что нужно сделать, а уже больной решает – нужно ли ему это.

По нашему мнению, вопрос явно противоречив. Компетентен ли пациент решать необходимость применения того или иного метода лечения? В таком случае, быть может, нужно снимать ответственность за здоровье

людей с врачами? Ведь они только проводники информации. Доверие всегда было неотъемлемой частью структуры взаимоотношений врача и больного. Многие российские авторы, в том числе и А.Е. Чирикова, на основе проведенных исследований, утверждают, что уровень доверия к медицинским работникам неуклонно падает, а требования к их компетентности только множатся [54]. Эмпирическое исследование было проведено в трех российских регионах: Москве, Калужской и Вологодской областях в апреле и августе 2012 г. с медиками разных специальностей и главными врачами, работающими в разных типах медицинских учреждений, а также с руководителями региональных органов управления здравоохранением. Общее количество респондентов составило 57 чел. Многие респонденты отмечали, что требовательность пациентов к врачам растет, и в качестве причин этого указывают на два рода обстоятельств: во-первых, рост информированности граждан, и, во-вторых, политика государства и средств массовой информации.

Многие исследования посвящены конкретно вопросу доверия в системе здравоохранения, так как это оказывает немаловажную помощь врачу и системе во взаимодействии с участниками института здравоохранения. Зачастую в количественных исследованиях, об этом спрашивают пациентов, и результаты бывают самые разные. Например, фонд «Общественное мнение» (ФОМ) регулярно проводит количественные исследования, о доверии врачам и оценке профессиональных качеств современных врачей. Так, в 2012 и 2014 году было проведено исследование, в котором было опрошено 43 субъекта РФ, 100 населенных пунктов, 1500 респондентов. Что в 2012, что в 2014 году уровень доверия врачам был выше, нежели чем уровень недоверия, доверять стали даже немного больше, 60% и 63% соответственно [32]. Таковы ответы пациентов, посещающих различные медицинские учреждения, но совпадают ли их оценки с пониманием и с картиной того, что видят врачи? Всеми нашими

информантами были лишь подтверждены данные ФОМа. И одним из факторов, обозначающих для врача доверие, является то, что пациенты к ним возвращаются, приходят и благодарят за помощь: *«Доверяют, думаю, да. Ну, благодарности, когда они же ждут...да вот спасибо, да это правильно, потом они еще раз к нам приходят» [P2]*; *«Доверяют. Ну, раз ходят, значит доверяют. Мы ж за руку то не тянем...» [P4]*; *«Ну, то, что они приходят к нам, доброжелательно, уважительно, прислушиваются к нашему мнению. Ну, видимо мы располагаем...отношением своим, грамотностью своей. Вежливое отношение. Они же чувствуют, пациенты» [P3]*.

Но говорить о полном доверии пока, конечно, рано. Как-никак, люди разные, каждый со своим опытом и багажом знаний, есть и такие, кто не доверяет специалистам. По мнению медиков, таких людей, к счастью, немного. И этому способствуют все те же признаки, оговоренные нами ранее, распространенность сети Интернет, трансформация системы взаимоотношений в системе здравоохранения и повышение общей требовательности населения к предоставляемым им услугам, иногда у пациента был негативный опыт, который отразился впоследствии: *«Ну, есть конечно люди, которые не доверяют, но это очень редко, один два человека...сомневаются, например, в диагнозе, идут к другому доктору, он им тоже самое говорит. Успокаиваются на этом» [P3]*; *«Ну вероятно, перед этим у него были ну...не очень хорошие встречи с докторами. Доктора ведь тоже разные. Разное отношение, по-разному говорят и по-разному понимают друг друга и некоторые не могут так сказать...Ну мы же все разные, хотя и заканчивали один вуз. И разные взгляды, и разный стаж работы и разный опыт работы, поэтому, безусловно, бывает, кто-то не понял доктора, бывает к нам идут те, кто где-то был недоволен приемом, начинаем раскручивать, почему и как. Пытаемся так сказать разрулить»[P1]*.

Если пациенты частично теряют свое доверие к врачам, то врачи друг другу доверяют безоговорочно. Профессиональная солидарность медицинского сообщества наглядно присутствует. Специалист, приходя на прием к другому специалисту, не сомневается в его компетентности, зная изнутри всю ситуацию, он с пониманием и внимательностью относится к врачебным назначениям: *«Я всегда говорю...их в первую очередь, я считаю, надо принимать, без очереди. Безусловно, доверяют. Тут идет взаимопонимание полное. Врача, который лечит докторов. Ну, что-то скажет по своим делам, а так в принципе они доверяют. Даже большие, чем обычные пациенты. Потому что они понимают, что к чему и как» [P1]; «Да нет. Я не вмешиваюсь. То, что назначают, я все выполняю, все рекомендации. Не лезу со своими советами. Ну, я в роли пациента, как пациент, порядочный пациент. Не лезу со своим уставом в чужой монастырь. Полностью доверяю врачу» [P3].*

При этом, взаимопонимание налаживается почти сразу, профессиональная культура, профессиональные знания, которые уже имеются, способствуют этике межличностного общения: *«Я уже как бы рассчитываю на какую-то базу знаний, которые вот у него есть. И могу на каких-то моментах не останавливаться. Проще взаимодействие»[P5].*

Можно рассуждать, как трансформировалось общество и как изменилось поведение людей, но врач, как непосредственный наблюдатель поведения пациентов, имеет свои представления на этот счет, свой профессиональный взгляд на проблему. Нами был задан ряд вопросов касательно изменения уровня медицинской грамотности пациентов, изменился ли он и как, по мнению специалистов, будет меняться в будущем. Во-первых, все врачи солидарны в мнении о том, что населению необходимо повышать свой уровень обывденной медицинской грамотности, независимо от того, как это повлияет на работу врача: *«Нужно. Ну, может мне как врачу кажется что нужно» [P5]; «Ну, дело в ...не то что медицинскую*

грамотность...каждый человек должен относиться к себе ну...быть здоровым понимаете? Он должен понимать простые вещи. Курение, алкоголь, экологические условия, недосыпание. Вот эти вещи самые простые, должны быть, понимаете? Это должны знать»[P1]; «Думаю что да, обязательно даже. Ну, человек же не может постоянно находится у медика» [P2].

Во-вторых, по мнению информантов, грамотность конечно нужна, но в пределах разумного, то есть необходимо адекватно понимать свое состояние, не запускать болезнь, регулярно ходить на осмотры: «То есть, если люди будут знать какие-то болезни, приходить, обследоваться, на профосмотры ходить, когда доктор говорит, что у вас не все в порядке, надо бы обследоваться, а не отмахиваться, да я себя нормально чувствую»[P5].

В социологии здоровья имеются достоверные доказательства того, что не каждый, кто беспокоится о своем здоровье, обращается сразу же к помощи врача. Обращаются, когда время уже упущено. Эти реалии нашли отражение и в словах наших информантов: «Один пришел мужчина, я говорю, что же вы говорю так, у вас гангрена случилась, гангрена кишечника, он 3 дня сидел дома. Я говорю, что это вы, панкреатит же, ну это же сильнейшие боли! И вот они заходят в приемный покой, места себе не находят, это 3 дня пролежал дома» [P1]; «Тут болит, тут немножко поотекало, но потом вроде все прошло. Потом приходит, а у него уже уровень работы почек снижен, заболевания малосимптомные, в анализах то проявляется. А к нам пришел, когда уже и лечить поздно» [P5].

Тенденция приходить лечится в самый последний момент, не нова, мало кто считает для себя необходимым проходить постоянные профилактические осмотры. Страх появляется, с появлением симптомов, а порой оказывать помощь в такие моменты становится уже поздно.

Современные люди очень деловиты, заняты своим карьерным ростом, продвижением по службе, для них такие первоочередные ценности, как здоровье, зачастую отступают на второй план и волнуют тогда, когда есть серьезный повод начать переживать: *«Ну, потому что пока у нас жареный петух в одно место не клюнет, никто своим здоровьем заниматься не будет. А просто так у нас, когда здоровьем интересовались? На работу надо идти, деньги зарабатывать, семью кормить»*[P4].

Конечно, если болезнь запущена, врач, несомненно, придет на помощь. Но ведь есть возможность избежать лечения, заранее позаботиться о себе. Именно для этого первичного диагностирования и профилактики, по мнению медицинских работников, и стоит повышать свой уровень грамотности, притом не переходя края обыденного знания: *«Главное не запустить болезнь. Во время сходить лучше...на профилактику, диспансеризацию чем запустить там ..чтобы осложнений потом не было»* [P3]; *«Ну, вот диспансеризация...чтоб люди знали, что это нужно. Ну те, кто с детьми работает, раз в год проходит, ну они же понимают что такое. Пока людям не скажешь, они не начнут»*[P2].

Многие исследования, проводимые социологами и не только, показывают, что требования пациентов к врачу и системе здравоохранения сильно повысились, и одна из возможных причин, это повышение их медицинской и общей грамотности. Наши информанты опытные специалисты, с многолетним стажем, им есть с чем сравнивать. И некоторые из них, согласны с гипотезой, что уровень грамотности вырос, по сравнению с прошлым десятилетием: *«Пожалуй, выше стал. Все-таки сейчас наверно много разной медицинской информации, предлагаемой в разных источниках»* [P5]; *«Вырос. Народ как бы более грамотен стал, стал более... к здоровью своему начали относиться более как-то серьезно. Заботиться о своем здоровье»* [P3].

А некоторые, наоборот, утверждают, что уровень грамотности либо не изменился вообще, либо изменился незначительно: «...Да какой был такой и остался...Почти нулевой. В общем, ничего не изменилось. Ну есть там какие-то отдельные случаи...ну, а так редко» [P4]; «Ну совсем маленький процент наверно вырос...вот более средний класс...ну возраст точнее, средний, что они в интернете сидят, все равно, что-то читают. Ну, совсем немного» [P2].

Но, тем не менее, специалисты приводят примеры, когда еще совсем недавно население было настолько подвержено нетрадиционной медицине и самолечению, что врачам приходилось исправлять результаты этого процесса своими силами: «Ну когда я начинала, говорю, все повально лечились урилотерапией и там еще чем-то...вот этот грустно прославленный Малахов . Прямо вот повально или люди и вот чем-нибудь да отравятся» [P5]; «Ну бабушка в деревне вот как будет узнавать...книги если...ну тоже кто в 70 лет будет в малонаселенном пункте...ну население же такое, 60-70-80 лет в деревнях живут. Бабушкиными рецептами в основном они живут» [P2].

Если говорить о соотношении нашей страны с другими странами мира, то абсолютно логично, что мы находимся на разных ступенях общественной трансформации и по-разному реагируем на социокультурные сдвиги и потрясения. Мы предложил нашим экспертам сравнить, есть ли, по их мнению, отличия в поведении людей, в уровне их медицинской грамотности, среди населения нашей страны и других стран мира. Нам было интересно понять их мнение и аргументацию на этот счет.

Говоря о сравнении нашей страны с другими странами мира, респонденты, во-первых, были не всегда осведомлены о ситуации в других странах и поэтому делали предположения на основе каких-то личных представлений: «Ну, думаю немного получше там с грамотностью. Это

сугубо личное мнение. Жизнь, наверно, там все-таки немного получше. Люди озадачены немного другими проблемами и могут себе внимания больше уделить» [P2].

Во-вторых, информанты, чаще всего, отзывались о ситуации в любой другой стране, как о более положительной, нежели в нашей: *«Вот даже в Англии в Америке идешь по парку, они бегают, гуляют, выходят, занимаются собой, обязательно. Вот. И просто...понимают там, понимают, что это важно» [P1]; « Ну...я думаю которые на уровне России...там Украина, Белоруссия, на этом же уровне все. А Европа там, Швеция, Дания...там уж наверно повыше» [P4].*

Объясняют информанты этот факт тем, что в других странах (предполагаем, что информанты зачастую и скорее всего имели в виду Европу и Америку) бесплатной медицины нет и население более обеспокоено состоянием своего здоровья, ввиду боязни крупных затрат на его восстановление: *«Потому что медицина дорогая за рубежом, это у нас тут бесплатная медицина, а там дорогая очень, поэтому люди в этом плане стараются себя беречь. Если они заболеют, то все их запасы, все уйдут на здравоохранение. Вот это тоже важно»[P5]; «Платная медицина их в какой то степени обязывает...не запускать себя. Дороговатое удовольствие получается»[P3].*

Прослеживается и идея того, что историко-культурное развитие нашей страны и других стран немного отличается, за рубежом людям с детства прививают заботу о своем здоровья, дают понять, насколько это играет важную роль в их жизни: *«А потому что там исторически люди приучены заботиться о своем здоровье! У них же система медицинского страхования, чем больше болеешь, тем меньше получишь. А у нас то...пришел, тебе больничный дадут...и заплатят все равно» [P3]; «Где-то более сильное здравоохранение так сказать и воспитывают детей в этом плане,*

занимаются спортом , то есть такие направления как спорт и прочее прочее развивают» [P1].

Но также респонденты склонны считать, что все люди, независимо от места проживания, территориального расположения, ведут себя практически одинаково, везде есть и больные и здоровые, и следящие за своим здоровьем и пренебрегающие даже банальной профилактикой: *«В принципе, люди везде одинаковые. Отношение к здоровью, ну, где-то более сильное здравоохранение и, так сказать, и воспитывают детей в этом плане. Ну, где-то условия жизни там одни, у нас другие. А так по взглядам, по всему мы не отличаемся» [P1]; «Вот что, в Англии в Америке разве нет полных людей? Курящих? Пьющих? Есть. Кто-то у нас замечательно старается, а кто-то и на Западе там, в Африке, в Японии не считает нужным проходить профосмотры...»[P5].*

В нашем исследовании также информантам было предложено немного заглянуть в будущее и предположить, как, по их мнению, изменится уровень медицинской грамотности. Информантам сложно судить о том, что будет, но все же взгляд скорее положительный, присутствует надежда на лучшее, на то, что взаимопонимание в отношениях с пациентами будет только усиливаться: *«Не знаю, с грамотностью что будет не знаю. Может если так дальше будут продолжать сокращать и оптимизировать, может вообще придется как бы каждого заставлять лечиться самостоятельно. А если будет на том же уровне как сейчас...просвещение, то это будет хорошо. И надеюсь, что люди будут с нами с большим пониманием общаться» [P5]; «Ну, на сегодняшний день, конечно, так же остается. Надо чтоб лучше было. Ну, надеюсь, будет наверно!» [P2].*

И надежда в этом как раз-таки на молодое поколение, которое более гибко и мобильно, способно подстраиваться под меняющиеся условия, нежели же большинство взрослого и пожилого населения: *«Ну, я думаю*

улучшаться... улучшаться должно, положительно. 21 век. Медицина не стоит на месте, технологии сейчас такие современные, диагностика, анализы более современные. Ну, более молодые они будут улучшать знания да...а старые...ну, думаю не изменится, я думаю нет. Они так и будут. Ну они привыкли по старинке все...ну они же не умеют обращаться с компьютером, все там...даже записаться на прием они не...не могут» [РЗ].

Проведенное нами эмпирическое исследование с врачами специалистами, показало многогранность затрагиваемых проблем, когда мы говорим об уровне обыденной медицинской культуры пациентов. Врач является носителем профессиональных медицинских знаний и в повседневной практике наблюдает и видит картину, складывающуюся в современном мире в рамках медицины, как междисциплинарного явления. Ведь культура это не только знания, она складывается исторически, на основе повседневных обыденных практик, этики и моральных категорий, присущих тому или иному обществу. Гипотезы нашего исследования в большей степени не подтвердились. Так, например, мы предполагали, что врачи будут негативно отзываться о распространении медицинской информации в СМИ (реклама, телепередачи, сайты в Интернете). Как оказалось, специалисты отнюдь не против того, что люди будут получать подобную информацию, они считают, что если она грамотно подана профессионалами и прошла проверку цензуры, то это вполне адекватный источник знаний. Сложно оценивать гипотезу об оценке будущей ситуации с медицинской культурой пациентов, так как, оценивая и моделируя ситуацию будущего, мнения разделились, не все врачи оптимистично настроены, одни говорят о возможном повышении грамотности в связи с улучшение технологий медицины и увеличение компьютеризации населения. А другие считают, что уровень грамотности как был мал, так им и останется, потому что люди не приучены заботится о состоянии своего здоровье.

А в целом исследование открывает новые границы для изучения и понимания закономерностей в области социологии медицины и здоровья. По нашему мнению, сообщество врачей нуждается в более глубоком изучении и понимании, так как имеется еще множество граней, связывающих медицину, социальные взаимоотношения и другие сферы жизни общества

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская сфера жизни общества, институт здравоохранения – являются одной из важнейших сфер человеческой жизни и нуждаются в постоянной поддержке, изучении и выявлении проблемных участков.

Социология медицины как молодая отрасль социологической науки активно развивается и расширяет территорию своего интереса, углубляется в корни и истоки сложившейся картины здравоохранения, появляются новые исследовательские центры и отделы.

В центре внимания – взаимоотношения между людьми в системе здравоохранения, т.е. те взаимоотношения, которые складываются в процессе медицинской практики между медицинским персоналом, между коллегами, с администрацией, с управляющими органами медицинских служб, между врачами и пациентами. При этом именно вопрос о взаимоотношении врача и пациента является основным вопросом профессиональной этики врача, от которого в значительной степени зависит результативность лечения.

В условиях современного общества, где массив информации в огромных количествах проходит мимо нас каждый день, возникает сложность отбора среди них действительно заслуживающих внимания. Если говорить о такой серьезной сфере человеческой жизни, как здоровье, то поток информации тем более заслуживает более тщательного отбора и фильтрации. Существует множество опасностей.

Во-первых, здесь существует риск неадекватной оценки и применения информации именно пациентами, в том числе проблема самодиагностики и самолечения. Во-вторых, обладание информацией определяет в некоторой степени отношения власти. Если говорить о кибермедицине, то она как бы бросает врачам новый вызов. В настоящее время проблема заключается в том, чтобы в условиях свободного доступа к специализированной медицинской информации сохранить доверие так называемых Интернет-подкованных пациентов. Тот факт, что пациенты имеют доступ к тем же

базам знаний, что и врачи, приводит к увеличению потребительских знаний и стимулирует врачей на более высокие стандарты качества.

Но, тем не менее, есть и плюсы так называемой «электронной медицины». При применении таких услуг, как интернет запись на прием, первичная онлайн-диагностика и прочее, можно значительно сократить время ожидания в очередях и упростить доступ больного к лечению. Ведь как показал анализ документов, а так же интервью – запись на прием и очереди, одна из самых актуальных проблем в вопросах доверия медицинским учреждениями и доступности врачебной помощи. Но уровень технического развития нашей страны еще низок и мы только находимся на пути к повсеместной электронной медицине.

Если говорить о медицинской культуре, то, по словам врачей, уровень медицинской грамотности должен оставаться в адекватных рамках. Пациент должен знать о себе, о своем здоровье. Если у него присутствуют хронические или длительные заболевания, конечно, он должен быть информирован о принципах постоянного ухода за собой. Население не считает нужным самостоятельно проходить профилактические осмотры, следить за своим здоровьем, а это как раз то, что необходимо делать самостоятельно. Но, когда появляются важные и страшные симптомы, человек включает все свои возможности, чтобы разобраться в проблеме, любыми путями. Если раньше пациент просто вверял врачу решение вопросов о своём лечении и даже жизни, то теперь он всё чаще требует информацию о том, что ему предлагается в этом плане. Пациент даже «следит» за врачом, имея в виду возможность судебного иска за «неправильное лечение» (это получило распространение особенно в США и начинает практиковаться в России).

Возможно, наша страна на самом деле идет к модели «информированного согласия». Хорошо это или плохо, на этот вопрос

сложно ответить доказательно. Но вообще, исследование показало, что врачи, у которых за плечами большой опыт работы, скупаю по старому сложившемуся типу взаимоотношений с пациентом, когда авторитет врача казался непоколебимым, когда врач обладал эксклюзивной информацией и пациент доверял ему свою жизнь, понимая, что врач сделает все возможное.

Тем более что гипотеза о том, якобы доверие пациента напрямую зависит от уровня грамотности, конкретно в нашем исследовании не подтвердилась. Все информанты заявили, что, по их мнению, пациенты им доверяют. Приходят, прислушиваются и следуют их рекомендациям. Возможно, что некоторые больные скрывают свои намерения послушаться врача, такое явление тоже имеет место быть. Но, несмотря на то, что да, уровень обыденной медицинской грамотности возрос, доверие к врачу все же остается, оставляя врачам надежду на патерналистскую модель взаимоотношений с пациентами.

Остается еще много неизученных проблем в социологии медицины и здравоохранения. А с учетом постоянно меняющихся условий, реалий и повседневных практик, изучение этой сферы становится еще более актуальной и необходимой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Parsons T. Profession // Skills D. (ed.) International Encyclopaedia of the Social Science Vol. 12. London: MacmillanandFreePress, 1968. P. С 536 - 547.
2. Parsons T. The Professions and Social Structure (1939) // Parsons T. Essays in Sociological Theory (Revised Edition). New-YorkTheFreePress, 1966. p. С 34-46.
3. Баженов А.М. Социология здравоохранения: учебное пособие // А.М. Баженов. ЦСП и М, 2015. – 271 с.
4. Бердяева И. А. Оценка состояния здоровья врачей Амурской области // Бюл. физ. и пат.дых.. 2012. №43. С. 99 – 106.
5. Бессуднов А.Р. Социально-профессиональный статус в современной России // Мир России. 2009. № 2. С. 89-115.
6. Бобрикова А.В, Сагальчик Л.М. Информированное согласие в контексте коммуникативной парадигмы отношений «врач - пациент» // Коммуникация в социально-гуманитарном знании, экономике, образовании : материалы II Междунар. науч.-практ. конф., 13—14 нояб. 2008 г., Минск / ред. совет : А. В. Рубанов (пред.) [и др.]. — Минск: Изд. центр БГУ, 2008. С. 140-142.
7. Великанова В. А., Чеботарева О. А. Правовые и этические проблемы в отношениях врача и пациента // МНИЖ. 2013. №12-2 (19). С. 129 – 130.
8. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии.1994, № 3. С. 67 – 72.
9. Волков Ю. Г., Мостовая И. В. Социология: Учебник для вузов / Под ред. проф. ВИ Добренкова // М.: Гардарика. 1998. –256 с.
10. Гамова И. В., Присяжнюк Д. И. Профессиональная группа врачей в меняющейся системе государственного здравоохранения // Вестник Поволжского института управления. 2014. №. 6 (45). С. 78 – 85.
11. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине // Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005. – 88 с.

12. Дмитриева Е.В. Доверие к врачу как условие установления социально-психологического отношения и общения между врачом и пациентом // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2010. №3. С. 55 – 64.
13. Дмитриева Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социология медицины. 2003. № 11. С. 12 – 18.
14. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М.: Наука, 1991. – 576 с.
15. Жарова М.Н. Медицинская культура российского общества // ГлавВрач, №6, 2011, С.87 – 95.
16. Заболотная Г.М. Феномен доверия и его социальные функции // Вестник РУДН, 2003, №1(4), С. 67-73.
17. Зайнагутдинов А.М. Сущность человеческого капитала медицинских работников: теоретические подходы и эмпирические данные (на материалах конкретно-социологического исследования в г. Казани) // Вестник экономики, права и социологии, 2014, № 1. С. 149 – 151.
18. Здоровоохранение в России, 2011: стат. сб. М., 2011.
19. Изотова А.В, Лебединцева Л.А. Доверие в системе здравоохранения // Вестник Тюменского государственного университета, 2011, №8, – 132 с.
20. Интернет в России: динамика проникновения. Весна-2015 // Интернет в России. Аналитический бюллетень фонда «Общественное Мнение». Выпуск 37. Весна 2015. URL: <http://fom.ru/SMI-i-internet/12275>
21. Кесаева Р.Э., Тигишвили Н. Н. Профессиональные характеристики социальной группы врачей-экспертов // Научная электронная библиотека. URL: <http://www.monographies.ru/ru/book/section?id=7166>
22. Лесняк, О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики // О. М. Лесняк, - Екатеринбург: УГМА, 2004. С. 42-48
23. Лукша О. В. Социология профессиональных групп: определение понятий // Профессиональные группы интеллигенции. 2003. С. 61-79.

24. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 2005. №1. С. 61 – 79.
25. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей // Вестник института социологии. №1, 2010. С. 398 – 410.
26. Мелик-Гайказян И. В., Мещерякова Т. В. Клятва Гиппократ: трансформация семантики и возрождение прагматики // Schole, СХОЛЭ. 2015. №1. С. 35 – 44.
27. Минина В.Н. Социология социальных проблем: аналитический обзор основных концепций // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998 год, том I, №3. С. 83 – 96.
28. Назарова И.Б. Права пациента и отношение к здоровью // Здравоохранение. 1999. № 3. С. 54-61.
29. Новикова Л. А. Врач и нравственные начала профессии // Сибирское медицинское обозрение. 2002. №4. С. 69 – 70.
30. Официальный сайт Росстата: URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_costs/
31. Официальный сайт Свердловскстат: URL: http://sverdl.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/sverdl/ru/statistics/sphere/
32. Официальный сайт фонда «Общественное мнение»: URL: <http://fom.ru/SMI-i-internet/12275>
33. Павленко Е. В. Киберпространство медицины: Интернет как враг и союзник врача и пациента // Социология медицины. 2013. №1. С. 42 – 46.
34. Пацеева, А. Г. Представления о профессионализме врача: некоторые направления западной дискуссии // Вопросы организации и информатизации здравоохранения: рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. 2013. № 3. С. 42-46.

35. Петрова Л.Е. Больной врач как коллизия профессионализма: социологический анализ // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2012. №. 3. С. 148 – 153.
36. Присяжнюк Д.И. Роль медицинских ассоциаций в процессе коллективной мобилизации врачебного сообщества // Вестник Поволжского института управления. 2012. №. 2. С. 158 – 164.
37. Радаев В. В., Шкаратан О. И. Социальная стратификация// М.: Аспект-Пресс, 1996. – 318 с.
38. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. 2000. № 12. С. 5-19.
39. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. №. 2. С. 4 – 10.
40. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010; – 864 с.
41. Самарин Н.А. Оценка качества медицинской услуги на основе анализа ожиданий пациента // Издательство: Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону) 2013. - Том: 11, № 1. С. 108 – 112.
42. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. М., 2001. – 192 с.
43. Силуянова И. В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости //ГлавВрач, 2006, N 3. С.106-112.
44. Симпсон Р. Диалог врача и пациента // ЗВ. 2011. №7. С. 35 – 37.
45. Сокол А.Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств // Социология медицины, № 1(24), 2014. С. 7 – 14.
46. Сорокин П. Влияние профессий на поведение людей и рефлексология профессиональных групп // Вопросы изучения и воспитания личности/ Ин-т по изучению мозга и психической деятельности; под ред. акад. В.М. Бехтерева. Петроград: Госиздат. 1919-1932. №3. 1921. – 151 с.

47. Сорокоумова С.Н., Исаев В.П. Специфика профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий // Педагогическое образование в России. 2013. №4. С. 186 – 190.
48. Судьин, С.А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С.А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского: Серия Социальные науки. Выпуск 1 (5). Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2006. С. 366 – 371.
49. Тихонова А. Приходит время пациентов // Деловой Петербург. 2010. № 102. С. 8 – 13.
50. Указ Министерства здравоохранения № 659 от 3 июня 1997 г.
51. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. – 310 с.
52. Чижова В. М. Необходимость преодоления патерналистской ориентации социальной работы в современном российском здравоохранении // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. 2005. № 3-4. С. 95 – 96.
53. Чирикова А. Е. Этика взаимодействия врачей друг с другом: анализ неформальных практик // Социологические исследования. 2015. №. 4. С. 113-120.
54. Чирикова А. Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений // Мир России. Социология. Этнология. 2014. №2. С. 154 – 179.
55. Шамшурин В.И., Танковский В.Э. Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6. С. 7-14.
56. Шестопалова Л.Ф. Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2014. № 3. С. 42–47.
57. Шилова Л.С. Отношения «врач-пациент» в условиях модернизации первичной помощи российского здравоохранения // Тезисы докладов III

Всероссийской научной конференции «Сорокинские чтения» «Социальные процессы в современной России: традиции и инновации», 2007. С. 2 – 5.

58. Штейнберг И. Е. Профилактика профессионального выгорания в полевой работе социолога // Социология, 2008 № 27. С. 188 – 203.

59. Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA. Журнал Американской медицинской ассоциации. 1992, октябрь. С. 47 – 52.

60. Юдина Б.Г., Тищенко П.Д. Введение в биоэтику // Учеб.пособие. - М.: "Прогресс-Традиция", 1998. – 384 с.

61. Яковлев М. В., Ягода А. В. Взгляд клинициста на дегуманизацию отношений «Врач — пациент» // Архив внутренней медицины. 2013. №5. С. 32 – 34.

Программа социологического исследования:

Отношение врачей к изменению уровня обыденной медицинской культуры (на примере поликлиник г. Екатеринбурга)

Во все исторические эпохи основными сферами жизни являлись такие институты, как образование, церковь, политика и здравоохранение. Человечество в ходе своей социокультурной эволюции выработало уникальный по своему духовно-нравственному основанию и практическому значению вид культуры - медицинскую культуру. Медицинская культура является сложным, многогранным социокультурным явлением, отражающим особенности жизнедеятельности людей, которые на уровне общества, социальной группы, личности оказывают влияние на состояние их здоровья.

Отношения врачей и пациентов является одним из основополагающих конструктов медицинской культуры в целом. С различными современными мировыми процессами, такими как глобализация, компьютеризация происходит и трансформация отношений в различных сферах жизни общества. Одной из главных отличительных особенностей современной медицинской культуры является трансформации моральных ценностей. Этот процесс обусловлен свободой развития научного и гуманитарного знания в обществе, которая существует в форме свободы в пересмотре нравственных ценностей, их значимости для человека в соответствии с расширением прав человека в обществе, с развитием научного знания.

Множество исследований проводится с целью выявления отношения населения к врачам, к здравоохранению в целом, с целью выявления уровня знаний людей о медицине. Но медицинские работники, как непосредственные фиксаторы уровня здоровья человека, его отношения к медицине и знаниям в этой сфере зачастую упускаются исследователями, а ведь они, носители особых знаний, несомненно, важны как источник уникальной и новой информации об обыденной медицинской культуре населения.

Объект исследования - медицинские работники поликлиник города Екатеринбурга, со стажем работы не менее 10 лет

Предмет исследования – отношение врачей к изменению уровня обыденной медицинской культуры

Цель исследования – изучить отношение врачей к изменению уровня обыденной медицинской культуры

Задачи исследования:

- ✓ охарактеризовать отношение врача к уровню обыденной медицинской культуры пациентов.
- ✓ понять взгляд врачей на то, как меняется обыденная медицинская культура.
- ✓ узнать отношение врачей на будущее обыденной медицинской культуры пациентов.
- ✓ понять, влияет ли изменение обыденной медицинской культуры на уровень доверия медицинским работникам.
- ✓ выявить проблемы, поднимаемые пациентами в книге отзывов и предложений.

Гипотезы исследования:

1. Уровень обыденной культуры пациента имеет сильное влияние на степень доверия пациентов врачам и системе здравоохранения.

Контр гипотеза: Уровень обыденной культуры пациента не влияет на степень доверия пациентов врачам и системе здравоохранения.

2. Медицинские работники считают, что в будущем уровень обыденной медицинской культуры будет только расти и это положительно отразится на здоровье пациентов.

Контр гипотеза: Медицинские работники считают, что в будущем уровень обыденной медицинской культуры будет только расти и это негативно скажется на здоровье пациентов.

3. Врачи считают, что уровень обыденной культуры пациентов не изменился и это положительно сказывается на работе врачей.

Контр гипотеза: Врачи считают, что уровень обыденной культуры сильно изменился и это негативно влияет на работу врача.

4. СМИ, по мнению врачей, абсолютно недостоверный источник получения знаний о медицине и здоровье.

Контр гипотеза: В СМИ строгая цензура, поэтому доверять информации о медицине и здоровье, транслирующейся на всю страну, можно.

Методы, которые будут использованы в исследовании -*интервью*, а конкретно в нашем случае *полуформализованное интервью*. Для верификации данных интервью будем пользоваться принципом теоретической насыщенности. Тексты интервью и их количество будут анализироваться до тех пор, пока не наступит однозначная повторяемость кодов, то есть пока новые интервью и респонденты не будут добавлять новой информации.

А так же *анализ документов* – книга отзывов и предложений ГКБ СМП за 1976-1978 гг. и книга отзывов за 2013-2014 гг. ЦГБ №6

Обоснование. По мнению известного социолога Ядова В.А, преимущества интервью перед анкетным опросом раскрываются в полной мере при использовании *полуформализованных* или *неформализованных* его вариантов. Исследователь пишет, что для такого вида интервью составляется лишь список самых необходимых вопросов, который впоследствии может корректироваться и дополняться. Тем самым, получаемая благодаря подобному интервью информация используется для формулирования гипотез и выявления социальных проблем, подлежащих более систематическому анализу. А так же прямой контакт с опрашиваемым и психологические отношения, которые устанавливаются между интервьюером и респондентом, создают немало преимуществ, для получения информации, малодоступной путем анкетного опроса. Полуформализованное интервью достаточно гибко и восприимчиво, чтобы уловить и зафиксировать непредвиденные, но интересные повороты беседы, способные дать толчок к новому видению проблематики, или скорректировать искаженное восприятие формализованных вопросов.

Выборка: метод снежного кома

Отбор информантов для интервью будет осуществляться методом снежного кома. В отечественной стратификационной системе медицинских работников рассматривают как большую социально-профессиональную группу, обладающую высшим и средне-специальным медицинским образованием, занимающуюся сложным интеллектуальным умственным и разнообразным физическим трудом с применением высокотехнологичного медицинского оборудования. Нам представляется, что врачебное сообщество довольно закрытая и труднодоступная группа для исследования. Члены этой группы зачастую тесно связаны друг с другом и, при нахождении полностью подходящего для исследования информанта, нахождение других этим методом будет проще в осуществлении, учитывая, что важным для нас критерием отбора является стаж работы информанта.

Интерпретация понятий:

Доверие - психическое состояние, в силу которого мы полагаемся на какое-либо мнение, кажущееся нам авторитетным, и потому отказываемся от самостоятельного исследования вопроса, могущего быть нами исследованным. (Энциклопедия Брокгауза и Ефрона)

Доверие в системе здравоохранения:

- Межличностное доверие — доверие в системе «врач-пациент»;
- Институциональное доверие — доверие институту здравоохранения, экспертным медицинским знаниям;
- Системное доверие — доверие системе здравоохранения, рынку медицинских услуг;

Обыденная культура — это культура, не получившая институционального закрепления; часть повседневной реальности, совокупность всех нерелективных аспектов социальной жизни.

Обыденная медицинская культура - отношение людей к своему здоровью, особенности взаимодействия человека с различными учреждениями здравоохранения, медицинскими и фармацевтическими работниками, знания людей о медицине и, в конечном счете, как результат, - определенный уровень личного и общественного здоровья.

Профессиональная медицинская культура представляет собой форму медицинской культуры человечества, существующую в рамках профессионального сообщества медицинских работников и синтезирующую в себе медицинские знания, теоретические воззрения, медицинские технологии и социальные практики, традиции и специфическую языковую систему, выработанные человечеством с целью сохранения здоровья и жизни человека, борьбы с различными его заболеваниями.

Гайд интервью:

1. Расскажите немного о том, как и почему Вы стали врачом?
2. В какой сфере медицины и сколько лет Вы работаете?
3. Пациенты какого возраста обращаются к Вам чаще всего? И есть ли отличие в поведении у молодого и более старшего поколения?
4. Как Вы считаете, отличается ли поведение Ваших пациентов от пациентов врачей других специализаций?
5. Бывало ли, что пациенты приходят к Вам уже информированные о своем заболевании/диагнозе? Расскажите об этом, пожалуйста.
6. А бывало ли, что пациент вообще отказывался от назначенного лечения? Расскажите об этом. И как он это аргументировал?
7. Было ли, что от пациента Вы узнавали медицинскую информацию, ранее вам неизвестную? Как это было? Какие это пациенты?
8. Как Вы считаете, нужно ли пациентам улучшать свои знания в сфере медицины? Почему Вы так думаете? Какие ресурсы Вы как врач посоветовали бы своим пациентам для повышения уровня знаний в сфере медицины?
9. Как Вам кажется, за последние 5-10 лет как реально изменился уровень грамотности пациентов в сфере медицины? И как он будет меняться в ближайшем будущем? Какое влияние это окажет на работу врача? А повлияет ли это на здравоохранение в целом? Как Вы думаете, эта ситуация – особая для России? Или все страны переживают такие процессы?
10. Как Вы считаете, как можно понять, доверяет ли Вам пациент? И почему пациент может не доверять врачу?
11. По Вашему мнению, что важнее: доверие пациента своему лечащему врачу или системе здравоохранения в целом?
12. Сейчас очень популярна реклама в СМИ о различных лекарствах. По Вашему мнению, люди склонны доверять этой рекламе?
13. Нужно ли, по Вашему мнению, запретить сайты в сети Интернет и передачи на телевидении о медицине, о самолечении и т.п.?
14. Должен ли человек, заботясь о своем здоровье, полагаться только на врача и систему здравоохранения?
15. Как Вы относитесь к врачу, который обращается к Вам за помощью в роли пациента? Его профессиональные знания влияют на его отношение к лечению?

16. Оказываетесь ли Вы иногда сами в роли пациента? Влияют ли Ваши профессиональные знания на взаимодействие с врачом?

17. Есть ли у Вас «постоянные» пациенты, посещающие Вас уже много лет? Есть ли существенные изменения в их поведении?

18. Представьте, что у члена Вашей семьи появились симптомы заболевания, о котором Вы не имеете профессиональных знаний. Ваши действия?

Стенограмма интервью №1

Дата проведения: 19.04.2016

Начало интервью: 08:27

Окончание интервью: 09:04

Респондент: Татьяна Сергеевна, 76 лет, хирург, заведующая отделением хирургии

И – интервьюер, Р – респондент.

И: Добрый день! Скажите, пожалуйста, какая у вас специализация?

Р: Хирург. С самого начала и до конца хирург

И: Какой у вас стаж работы?

Р: Мой – 54 года. Я закончила в 1962 году наш мед.институт и сразу распределили в клинику, в больницу, наша, которая заброшенная. Сразу туда пришла и начала работать, заниматься хирургией. И из простого хирурга выросла в хирурга высшей категории. Заведовала гнойным отделением и работала до тех пор, пока больница не была закрыта. Вот и после этого сюда переведена, сама перешла. Ну, меня приглашала долго доктор. Ну я была в сепсисном центре. К сожалению, мы первые в России открыли противосепсисный центр и лечили больных от сепсиса. Ну популяризировал...ведущий сепсисолог России, того времени Советского Союза Бочоришвили Вахтанг Гаврилович. Вот..к сожалению, его сейчас нет в живых уже. Очень хороший был педагог, очень многому меня..дал мне много. В общем у нас был центр и мы в течение 10 лет спасали людей от тяжелых заболеваний. Потом кирпичный красный пристрой, вот тут недалеко, отстроили по всем правилам. Вот это противосепсисный центр. К сожалению все было сделано, все хорошо, но его в прошлом году закрыли, не смогли содержать. И вся больница закрыта была, и все врачи разошлись по всем больницам города. До сих пор мои доктора с кем я работала ко мне приходят мы с ними встречаемся, в жилетку мне плачут, вот Татьяна Сергеевна такого отделения которое у нас было- нет.

И: А часть врачей еще здесь с вами работают?

Р: Ну здесь немного уже осталось. Здесь у меня остались Аня, Аля, Валентина Иванова там еще несколько. Вот, все. То есть я всю жизнь посвятила хирургии, люблю свою работу, многим больным помогла. Ну вот уже все, уже надо уходить, хватит.

И: Тогда поговорим больше об этой поликлинике. Пациенты какого возраста посещают вас чаще всего?

Р: Знаете, самые разные, от 18 до 90. Ну в основном трудно сказать в среднем, чаще всего наверно после 60, 50 лет, разные. Контингент пациентов меняется. Многие приходят с теми условиями жизни, которые у нас в стране...ну вот кризис в стране, у многих людей страх. Приходят с разными такими жалобами, совершенно...ну даже к хирургу идет не по профилю. Начинаешь их раскручивать, общаться...немножечко не то. Ну конечно, стационар и поликлиника, абсолютно разные вещи. В стационаре это больные, которых ты от и до долечил и вылечил. А тут приходят разные, некоторые недовольны. Приходят с патологиями, оперируем конечно все. А те, кто приходят с разными такими жалобами, чисто функциональными, без органических изменений с ними более сложно работать. Ну, все равно работаешь. Понимаешь надо раскручивать, откуда чего пришло. Тут как бы подход должен быть индивидуально к каждому. Мы все как бы равные, но мы все разные. Вот каждому говорю...у каждого болезнь протекает не так как у другого. Вот приходят, говорят, у моего родственника было тоже самое. Вот не надо...переносить болезни своих родных на себя. Потому что мы все разные болеем все по-разному, единственные и неповторимые на свете.

И: Хорошо. А скажите, отличается ли поведение молодого и более старшего поколения?

Р: Ну...не знаю. Не могу сказать. Они все приходят немножечко в страхе. Многие боятся. Есть люди, ну которые боятся, боятся врачей...не знаю, не могу сказать...молодежь приходит в основном с патологией, которая есть. Бывает связано с чисто перегрузками, со всем. К нам проще попадать, вот иногда приходят и начинается то-то, то-то и то-то, я вот посмотрю и говорю, знаете, не могу сказать что у вас есть какие то хирургические заболевания. Сразу «Ой доктор, какое большое спасибо» *улыбается*. Но при этом, когда их раскрутишь, они то-то болит, давайте туда сюда посмотрим, я говорю патологии нет не волнуйтесь к хирургу больше не надо приходить и уходят довольные. А кто то нет вот тут болит, надо, надо проверить! Ну, по разговорам по всему народ стал более так сказать упертый, они вот там, в интернете прочитали, посмотрели, вот так надо, это так надо.. это тоже есть, тоже есть.

И: А бывает, что человек приходит и уже знает о своем диагнозе?

Р: Бывает да, ну которые раньше болели, конечно да. Я всегда говорю, вы должны знать о своей болезни больше, чем врач. Конечно! Если у тебя есть заболевание, допустим там, сахарный диабет, он должен знать о себе больше, за собой следить. И вот когда гипертоническая болезнь...ну это такие правила...грамотность врачебная, грамотность медицинская. А приходят тупые настолько, что ничего знать о себе не желают. Понимаете? И начинается, 59 лет у него тромбоз случился, никогда ничем не болел. Вот случилось такое. Ну, давайте посмотрим давление, еще что то, начинаем раскручивать. Ну конечно выносить на первое место здоровье надо, а работающие люди к сожалению не ставят. Молодежь более современна, она больше занимается собой, хотя конечно экология тоже...все эти смартфоны тоже, эти у компьютера сидение, этой сейчас нормально, а потом скажется.

И: А бывает, что пациенты отказываются вообще от лечения?

Р: От лечения?

И: Да, ну или от диагноза? Сопротивляются, говорят, нет, вы неправильно поставили?

Р: Нет, в отношении диагнозов наоборот они...говоришь у вас этого заболевания нет, а они считают, что у них есть *смеется*. Ну бывает, такое бывает. Ну, в стационаре бывает, направляют например больного на операцию, ну это крайне редкие случаи, по крайней мере, на моем опыте, только один человек отказался от операции, когда...ну много лет назад, в общем. Привезли пожилого человека, он отказался от операции. А я всех могла уговорить на операцию. Я всегда удивляла народ, экстренная хирургия если, надо оперироваться, все говорят – да. Надо оперировать – значит серьезно. Ну, многие сейчас ну в связи с тем что долго болят, пациент 2-3 дня сидит дома, а потом ложится в стационар. Один пришел мужчина, я говорю, что же вы говорю так, у вас гангрена случилась, гангрена кишечника, он 3 дня сидел дома. Я говорю, что это вы, панкреатит же, ну это же сильнейшие боли! И вот они заходят в приемный покой, места себе не находят, это 3 дня пролежал дома. Ну, потом сразу на операционный стол, ему убрали кишечник, бледный ходит, и долго восстанавливаться потом. Ну, сейчас тенденция такая, что больные боятся идти к врачам, боятся идти так сказать на прием и вызывать скорую. Ну, вы молодая вам сложно объяснить, что было в советское время. Раньше было проще, отношения были немножечко другие, люди доверяли нам. А сейчас нас в сферу услуг обратили, понимаете? А это совсем не то. Врачи делают за 10 минут прием в

поликлинике, это очень непросто, тут еще печатать, писать, совсем непросто. Идет поток, некогда подумать, некогда поразмышлять над пациентом, и, к сожалению вот это клиническое мышление вот это, которое воспитывается в нас и должно быть, оно потихонечку будет уходить. Чисто по алгоритму все, точно так же как ЕГЭ у вас вводится, тоже самое сейчас вот и в медицине. Где-то положительно, где-то отрицательно, не совсем хорошо.

И: А как вы считаете, стоит ли людям повышать свой уровень медицинской грамотности?

Р: Обязательно. Конечно.

И: Почему вы так считаете?

Р: Ну дело в...не то что медицинскую грамотность...каждый человек должен относиться к себе ну...быть здоровым понимаете? Он должен понимать простые вещи. Курение, алкоголь, экологические условия, недосыпание. Вот эти вещи самые простые, должны быть, понимаете? Это должны знать. Но, к сожалению...ну вот это все, ну много чего вредит нашему организму. Эти вещи должны знать.

И: В конкретно какую-то медицинскую информацию? Лечение?

Р: Нет, это не надо. Вот это не надо мне кажется. Нет, надо знать простые вещи, так сказать чисто так сказать, вести нормальный здоровый образ жизни. Вот об этом идет разговор. Вот это должно быть.

И: А какие бы вы ресурсы, как врач, посоветовали бы пациентам, чтобы узнать об этом побольше?

Р: Дак ну книг полно ведь. Научно популярная линейка то есть в магазине. Чисто самообразование должно быть. Не ну даже трудно сказать на эту тему...Раньше, раньше были лекции на эту тему и по телевизору выступали, и сейчас ведь все время об этом говорят, курить нельзя, то нельзя. Но кто-то это воспринимает, а кто то нет. Многие работают с компьютером длительное время и телефон вот при себе постоянно держат, то же самое. Ну, вот эти вещи они должны знать я думаю. Знают это или нет? Вот вы знаете это, что вредно?

И: Я знаю, да.

Р: Ну вот они тоже самое должны знать, эти вещи. А не то, что вникать в операции чего и как, это ни к чему. Это совершенно не надо, некоторые вот начинают – это что, это что. Зачем это вам? Это мы знаем, а вам это не надо знать, вот это вникание начинается, это уже болезнь у людей, это ни к чему. Есть определенная грань.

И: А вот за последние 5-10 лет уровень грамотности вырос или упал?

Р: Да нет, я думаю.. не могу сказать, я же не общаюсь со здоровыми людьми. А по пациентам, ну они приходят с заболеваниями в принципе, с заболеваниями с которыми им надо помогать и некоторым начинаешь объяснять, понимают все. Начинаешь говорить, у тебя фурункул, ты его не должен давить, такие вещи надо знать. Такие вещи им надо говорить объяснять.

И: А в будущем как будет меняться ситуация с уровнем грамотности?

Р: Ой это...не знаю...трудно предположить. Это зависит, от, знаете, вообще от образования, от домашнего воспитания. Вот у меня, моя учительница, заведующая...я считаю, что самое трудное быть матерью и вообще быть родителями. Чтобы ребенка воспитать это надо вообще жизнь положить, чтобы был нормальный здоровый ребенок. И с детства, в детстве...все закладывается в детстве. В детстве закладывается и здоровое питание. Вот недавно я прочитала, мамаша так закармила своего ребенка сладостями, что он стал весить 450 килограмм. От большой любви. Понимаете? и сладости вот эти, если грудной ребенок вот он молоко пьет и все без сахара, а потом уже сами родители считают что надо сахар, сахар углеводов и...очень важно, безусловно, воспитание домашнее. Если оно будет нормальным, и дети будут нормальные. На первое место встают, безусловно, самые простые вещи - экология, здоровое питание, здоровый сон, любимая работа, очень важно. Понимаете, если человек не любит свою работу, ему очень плохо. Я даже не представляю, как можно не любить. Работать и не любить. Понимаете, это очень важно. А если человек себя найти не может, дальше пошли стрессы, пошли...и наркотики и алкоголь...откуда, откуда все это идет? Это идет от неустроенности, от нелюбви. Человеку важно, чтобы он понимал, что его любят тоже. Тогда все будет нормально.

И: Вот вы сейчас сказали о ситуации в нашей стране. А вот в других странах так же или по-другому?

Р: Да, я во многих странах была, за рубежом много была. В принципе, люди везде одинаковые. Отношение к здоровью, ну, где то более сильное здравоохранение и так сказать и воспитывают детей в этом плане, занимаются спортом и все, то есть такие

направления как спорт и прочее прочее. Вот даже в Англии в Америке идешь по парку, они бегают, гуляют, выходят, занимаются собой, обязательно. Вот. И просто...понимают там, понимают, что это важно. Потому что медицина дорогая за рубежом, это у нас тут бесплатная медицина, а там дорогая очень, поэтому люди в этом плане стараются себя беречь. Если они заболеют, то все их запасы, все уйдут на здравоохранение. вот это тоже важно. Ну, у нас тоже к этому идет. Социально защищенное государство как бы должно быть и когда было и бесплатное здравоохранение и учеба и прочее. Был у нас один, 70 лет жизни, мы могли переговариваться и с Америкой, потому что у меня вот родные в Америке там, они получили высшее образование, и я получила высшее образование. Ну, где то условия жизни там одни у нас другие. А так по взглядам по всему мы не отличаемся.

И: Как можно понять, что пациент доверяет вам?

Р: Сразу понимаю. А если не понимаю, я его раз....разговариваю. иногда приходят несколько такие настороженные и все, кого-то разговорить, уходят...от меня пациенты уходят с улыбкой. Значит надо уметь разговорить. Я говорю, в чем дело то давайте разберемся, давайте то-то, то-то. Ну, просто уже чисто психологически каждому. Видишь человека сразу и знаешь, как с ним разговаривать. Ну, это с опытом пришло. В свое время я удивлялась, у меня вот моя учительница Ольга Николаевна Бычкова, она быстро сразу раскручивала. Тогда для меня было странно, как она узнавала все. А теперь я это все вижу и понимаю. Это просто с опытом приходит.

И: А почему пациент может не доверять врачу?

Р: Ну вероятно, перед этим у него были ну...не очень хорошие встречи с докторами. Доктора ведь тоже разные. Разное отношение, по-разному говорят и по-разному понимают друг друга и некоторые не могут так сказать...все зависит от того безусловно к какому врачу. Вот даже диагностика рака, я говорю все зависит от того к какому доктору попал в первую очередь, тоже очень важно, понимаете? Ну, мы же все разные, хотя и заканчивали один вуз. И разные взгляды, и разный стаж работы и разный опыт работы, поэтому, безусловно. Бывает, кто то не понял доктора, бывает к нам идут те, кто где-то был недоволен приемом, начинаем раскручивать, почему и как. Пытаемся так сказать разрулить.

И: А важнее что доверять своему врачу или здравоохранению в целом?

Р: Ой это меня не спрашивайте. Что значит система здравоохранения? Система здравоохранения она...Ну вот я как хирург говорю о хирургии. И вообще медицина она, конечно, рванула вперед...ну по сравнению с тем, что было. И мини операции и большие операции, операции на сердце, операции на суставах, это мощный рывок вперед, безусловно. В этом плане конечно в хирургии мощное развитие, ну точно так же неврология, тоже операции делают. Безусловно, несмотря на все, все трудности, здравоохранение идет вперед. И это способствует доверию. Проводят эти...каждый год по моему, награждают лучших докторов, вот это все, это люди по телевизору видят. Великолепные доктора и великолепные работники. Но и с другой стороны сокращения идут, сокращают. Но в целом все идет вперед.

И: Сейчас распространена реклама о различных лекарствах. Люди склонны доверять этой рекламе?

Р: То, что вот говорят в рекламах, рекламируют, неплохие конечно лекарства, да . Ну это у пациентов надо спрашивать, верят ли. Но мне не приходили не говорили. Может, кому-то говорят, но я с этим не встречалась. Ну, есть, безусловно, неплохая реклама. Ну, раньше конечно казалось меньше рекламы, а сейчас её достаточно. До перестройки было, что мало рекламы. Есть прекрасные продукты, но их мало рекламируют.

И: А то, что в интернете пишут? Передачи вот о здоровье? Это нужно?

Р: Ну смотрят ведь их, где-то полезно, где-то не очень...Я думаю что наверно...Я ведь мало...не смотрю почти. Ну то что показывают ну наверно кто то смотрит, пенсионеры смотрят.

И: А бывает, что к вам приходят врачи из других отделений на прием? Влияют ли их профессиональные знания на доверие?

Р: Нет, врачи доверяют. Они всегда я говорю...их в первую очередь я считаю надо принимать, без очереди. Во-вторых, безусловно, доверяют. Тут идет взаимопонимание полное. Врача, который лечит докторов. Ну что-то скажет по своим делам, а так в принципе они доверяют. Даже больше чем обычные пациенты. Потому что они понимают, что к чему и как. Ну и обычные пациенты в основном доверяют. Есть небольшой круг тех, которые так сказать несколько занудливые, но это особенности их характера, особенности условий жизни. Так всегда, идеальных то нет людей.

И: А если у вас дома кто-то из членов семьи заболел. Как вы поступаете в первую очередь?

Р: Ну в свое время у меня мамочка была врачом, она меня сама лечила. Она была детский врач, сама лечила, я ни по больницам, ни по поликлиникам я в детстве не ходила. Ну она педиатр, я когда маленькая была, она меня лечила, а взрослая я практически не болела. Да и сейчас в принципе. Врач исцелись сам - вот есть такая хорошая поговорка. На больничном за все время, пока за эти 54 года, я была наверно 2 или 3 раза. Аппендицит, дальше вот перелом у меня был, и потом было тяжелое заболевание желудочно-кишечного тракта. И где то один или два раза ОРЗ, все. Врач исцелись сам, надо этим заниматься, да и к своему здоровью относится нормально.