

## СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

DOI: 10.14515/monitoring.2020.2.764

### Правильная ссылка на статью:

Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 2. С. 331—346. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.2.764>.

### For citation:

Reshetnikov A. V., Aivazyan S. G., Prisyazhnaya N. V. (2020) Role of the district physician in shaping the opinions of young and experienced professionals. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 2. P. 331—346. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.2.764>.



### А. В. Решетников, Ш. Г. Айвазян, Н. В. Присяжная РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ВО МНЕНИЯХ МОЛОДЫХ И ОПЫТНЫХ ПРОФЕССИОНАЛОВ

РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ВО МНЕНИЯХ МОЛОДЫХ И ОПЫТНЫХ ПРОФЕССИОНАЛОВ

ROLE OF THE DISTRICT PHYSICIAN IN SHAPING THE OPINIONS OF YOUNG AND EXPERIENCED PROFESSIONALS

*РЕШЕТНИКОВ Андрей Вениаминович* — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, директор Института социальных наук, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия  
E-MAIL: [niisocmed@mail.ru](mailto:niisocmed@mail.ru)  
<https://orcid.org/0000-0001-9413-4859>

*Andrey V. RESHETNIKOV*<sup>1</sup> — Academician of Russian Academy of Sciences, Dr. Sci. (Sociology), Dr. Sci. (Medicine), Professor; Director of Institute of Social Sciences  
E-MAIL: [niisocmed@mail.ru](mailto:niisocmed@mail.ru)  
<https://orcid.org/0000-0001-9413-4859>

<sup>1</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

*АЙВАЗЯН Шогик Грандовна — ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 1 с курсом истории медицины, Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

*E-MAIL: shogik.ayvazyan@mail.ru*

*<https://orcid.org/0000-0002-0001-4598>*

*ПРИСЯЖНАЯ Надежда Владимировна — кандидат социологических наук, заместитель директора по научной работе Института социальных наук, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия*

*E-MAIL: nprusova@yandex.ru*

*<https://orcid.org/0000-0002-5251-130X>*

**Аннотация.** В статье рассматривается феномен социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных общественно-исторических условиях. Авторы на основе изучения особенностей взаимоотношений врача-терапевта и пациента выделяют главный спектр социальных ожиданий в отношении медицинской профессии. Одновременно на фоне преобразований организационных условий профессиональной деятельности, затрагивающих практику работы медицинских специалистов, наблюдается изменение требований к выполняемым представителями врачебных профессий функциям и ролевым задачам. Не менее важным фактором изменений профессиональной роли врача-терапевта выступают революционно трансформирующиеся социально-культурные установки современного общества. Указанные обстоятельства обуславливают формирование ряда ролевых конфликтов при

*Shogik G. AIVAZYAN<sup>2</sup> — Assistant to Department of Public Health and Health-care No. 1 with Medicine History Course*

*E-MAIL: shogik.ayvazyan@mail.ru*

*<https://orcid.org/0000-0002-0001-4598>*

*Nadezhda V. PRISYAZHNAYA<sup>1</sup> — Cand. Sci. (Soc.), Deputy Director for Scientific Work, Institute of Social Sciences*

*E-MAIL: nprusova@yandex.ru*

*<https://orcid.org/0000-0002-5251-130X>*

<sup>1</sup> I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup> Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

**Abstract.** The article explores social transformations of the district physician's role in modern social and historical context. Having studied the specifics of the physician-patient relationships the authors propose a range of social expectations regarding healthcare professionals. Along with organizational changes affecting the activities of healthcare specialists, certain functions and roles of healthcare professionals are also evolving. Revolutionary transformation of social and cultural settings in the modern society is another factor influencing the physician's role. The given circumstances shape certain role conflicts of a physician and have an impact on the way how the professional identities (self-identities) are constructed, thereby transforming professional roles as parts of those identities.

выполнении врачом-терапевтом профессиональных обязанностей и влияют на специфику конструирования его профессиональной идентичности (самоопределения), вследствие чего трансформируются и составляющие профессиональной роли.

**Ключевые слова:** ролевые конфликты в медицине, профессиональная роль участкового врача-терапевта, взаимоотношения «врач — пациент», медико-социологическое исследование

**Keywords:** role conflicts in medicine, doctor — patient relationship, professional role of district physician, medico-social research

**Благодарность.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The authors state that there is no conflict of interest.

## Введение

Социальная роль врача — это, прежде всего, коллективные ожидания и представления пациентов о враче; его собственное представление о моделях своего поведения в процессе взаимоотношений с больными и коллегами на основании своих прав и обязанностей; взаимодействие с социальным институтом медицины, одним из важнейших элементов которого является участковый врач-терапевт [Решетников, 2010]. В современной модели медицинской помощи обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг невозможно без создания позитивных взаимоотношений в команде медицинских специалистов, что требует тщательного изучения социальных ролей и профилактики межличностных ролевых конфликтов [Almost et al., 2016; Donika, 2015]. Выявление основных причин конфликтов, изучение механизмов их влияния на малые социальные группы способствуют совершенствованию организационной этики и культуры [Montgomery, Lirworth, 2019], что, в свою очередь, влияет на сплоченность медицинского сообщества и создание оптимальной среды для оказания высококачественных медицинских услуг.

Как отмечают зарубежные исследователи, за последнее 10-летие в процессе работы врачи стали более подвержены психоэмоциональному выгоранию [Lasy, Chan, 2018], происходят усиление организационного контроля со стороны системы здравоохранения и страховых медицинских организаций и потеря врачами автономии, что, несомненно, влияет на их идентичность [MacArthur, Dailey, Villagran, 2016]. Это формирует психоэмоциональный дискомфорт, который, несмотря на имеющиеся способы создания организационного климата и «конфликт-менеджмент» [Aripalakul, Kummoon, 2017; Khalid, Fatima, Khan, 2016], в значительной степени обуславливает решение врачей уйти из профессии.

Важным направлением является изучение ролевых конфликтов как факторов трансформации профессионального пространства медицины, прежде всего — роли

участкового врача-терапевта [Доника, 2017]. В этом отношении особый интерес представляют наработки московской школы социологии медицины [Решетников, 2010; Smorodin, Kolesnichenko, 2015]. Ее представителями отмечается, что большое значение для нарастания кадрового кризиса имеют ролевые конфликты не только во взаимоотношениях «врач — пациент», но и в связках «врач — врач» и «врач — работодатель».

## Материалы и методы

Исследование реализовано на базе ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России и Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского университета) в 2018—2019 гг. Целью исследования явилось изучение особенностей изменения профессиональной роли участковых врачей-терапевтов в первичном звене российской системы здравоохранения на современном этапе (на основе мнений молодых и опытных врачей).

В соответствии с особенностями проведения фокус-групп [Мертон, Фиске, Кендалл, 1991; Крюгер, Кейси, 2003; Оберемко, Терентьева, 2018] были учтены следующие положения: определена ситуация и сформированы гипотезы; подобраны респонденты, которые являлись участниками ситуации, имели общий опыт; разработан сценарий интервью и сформулированы точные вопросы в области предполагаемой гипотезы; модерация интервью предполагала фокусирование на субъективных переживаниях людей по поводу заранее проанализированной ситуации. С учетом того, что необходимый профессиональный уровень в работе достигается молодыми врачами при стаже не менее пяти лет [Жданова, 2008], рекрутинг респондентов осуществлялся по критерию стажа профессиональной деятельности:

- фокус-группа № 1 («молодые врачи»): стаж работы — до 6 лет ( $n = 8$ , средний стаж работы —  $5,25 \pm 1,12$  лет, средний возраст —  $27,4 \pm 2,21$ );
- фокус-группа № 2 («опытные врачи»): стаж работы — более 10 лет ( $n = 8$ , средний стаж работы —  $24,57 \pm 1,23$  года, средний возраст —  $50,2 \pm 2,42$ ).

Для осуществления исследования использовались вне рабочее время и удобное для врачей место проведения, оборудованное видео- и аудиоаппаратурой. Обсуждение строилось в соответствии со сценарием фокус-группового интервью, при этом модераторы ставили основные, принципиальные темы для обсуждения, и каждый заинтересованный участник имел возможность кратко (две-три минуты) высказаться по обозначенной проблеме. Эмпирический материал мнений был дополнен иллюстративными примерами из опыта работы, «случаями из жизни», практическими предложениями.

Анализ данных был построен согласно рекомендациям [Оберемко, Терентьева, 2018; Мельникова, 2007]: фокусированное интервью предполагало видео- и аудиофиксацию заседаний, материалы были детально транскрибированы (с учетом невербальной речи). Непосредственно анализ и интерпретация данных были реализованы методом группировки данных в соответствии с семантико-смысловым содержанием высказываний и выделением основных эмпирических закономерностей и трендов. Все цитируемые респонденты являлись врачами-терапевтами.

## Результаты и обсуждение

Полученные мнения двух групп респондентов — участковых врачей-терапевтов (молодых специалистов и имеющих опыт работы) по ряду ключевых проблем, обуславливающих трансформацию их профессиональной роли и ролевых задач, выступили основой сравнительного анализа, структурированного в соответствии со сценарием фокус-групп по следующим содержательным блокам: трансформация ролевых взаимоотношений в интеракции «врач — пациент», трансформация условий профессиональной деятельности, влияющих на специфику реализации профессиональных ролевых моделей, и изменение социокультурных установок в отношении медицинских профессий.

### *Трансформация ролевых взаимоотношений в интеракции «врач — пациент» (во мнениях врачей-терапевтов)*

Все респонденты, характеризуя изменения профессиональной роли врача, прежде всего, отмечают существенную трансформацию взаимоотношений пациента и лечащего врача. При этом молодые специалисты (участники фокус-группы № 1) более эмоционально описывают особенности современных взаимодействий врача и пациента. Так, в высказываниях молодых медицинских специалистов отмечается, что специфика рассматриваемых отношений во многом обусловлена доступностью информации (дезинформации) о заболевании в интернет-пространстве: *«С пациентами стало тяжелее работать, потому что ложная информация, интернет заполнен информацией и правильной, и неправильной — а пациент чаще всего выбирает наиболее «удобную» для него, поэтому переубедить пациента очень тяжело»* (К.С., стаж 3 года).

Врачи отмечают, что *«это создает дополнительную психологическую нагрузку и отнимает много времени»* (К.С., стаж 3 года). С точки зрения молодых специалистов, *«пациент все равно останется при своем мнении... Очень много времени тратится впустую: ты рассказываешь, объясняешь, но, как говорят, «в одно ухо влетело, в другое вылетело», и даже слушать не хотят»* (К.С., стаж 3 года).

Проблема, как считают врачи, заключается в том, что *«медицинская информация по любым заболеваниям сейчас очень доступна в интернете, с изложением симптомов, вопросов диагностики и методов лечения. Далеко не все пациенты имеют медицинское образование, поэтому то, что написано в интернете, пациент воспринимает как истину и может прийти к врачу с самостоятельно поставленным «диагнозом»»* (К.С., стаж 3 года). В сложившейся ситуации, на взгляд респондентов, авторитет врача снижается с каждым годом, и в настоящее время практикующие врачи отмечают падение престижа медицинской профессии.

Тем не менее они указывают на необходимость выработки правильного подхода к информированию пациента о заболеваниях, направленного на формирование у него понимания алгоритма действий в ситуации того или иного заболевания, а также повышение приверженности пациента терапии: *«Если бы пациент был «подкован» правильно, то с ним было бы легче найти общий язык»* (К.С., стаж 3 года).

Например, медицинские специалисты указывают на низкий уровень приверженности пациентов как к профилактическим мероприятиям, так и к лечению: *«Назначенный курс лечения пациенты не до конца доводят, потому что почувство-*

вали облегчение... То, что ему нужно проходить реабилитацию, заниматься восстановительным лечением, заниматься лечебной физкультурой, — отходит на второй план» (Г. Т., стаж 6 лет). Наряду с этим ложная информированность пациента о заболевании или схеме лечения также способствует формированию негативных установок в отношении профилактических мероприятий: врачи отмечают, что пациенты «не готовы к тому, чтобы усваивать рекомендации по профилактике» (К. С., стаж 3 года). При этом пациенты приводят такой аргумент: «Эти заболевания меня сейчас не беспокоят» (К. С., стаж 3 года).

Именно мнимая медицинская информированность пациента, в дополнение к падению престижа медицинской профессии, является причиной роста числа конфликтов и жалоб на врачей — зачастую необоснованных.

Респонденты фокус-группы № 2 также отмечают низкую медицинскую грамотность пациентов: «...если разобраться, то медицинская грамотность нашего населения очень низкая. И они в силу своей низкой медграмотности порой предъявляют к нам завышенные требования» (Е. А., стаж 19 лет). Во многом такая ситуация становится причиной большинства конфликтов: «...пациент выступает в роли «судьи» врача, оценивает те лечебные назначения, которые Вы делаете, — как бы с точки зрения любителя-профессионала. Хотя он не подготовлен, и его требования часто бывают неадекватны, необъективны» (Е. А., стаж 19 лет).

Так же, как и молодые врачи, участники фокус-группы № 2 отмечают падение авторитета врача: «Пациентам «помогают» инструкции к приему тех или иных лекарств, ведь там все написано: действующее вещество, дозировка, механизм действия, побочные эффекты и т. д., — больные всё читают, а потом сравнивают это с назначением врача. Эта информация может дезинформировать пациентов, и они неправильно оценивают назначения врача» (Н. А., стаж 41 год). Врачи указывают, что пациенты дословно воспринимают то, что написано в инструкциях к лекарствам: «У меня нет такого заболевания, а врач назначил лекарство — с его точки зрения, неправильно. Отсюда вывод: врач профессионально плохо подготовлен, хотя он (пациент) совершенно некомпетентен по данному вопросу» (Е. А., стаж 19 лет). Несмотря на единодушное признание актуальности данной проблемы, молодые врачи более остро реагируют на падение авторитета врача («Ни малейшего уважения!» (К. С., стаж 3 года)) и более эмоционально высказываются, уделяют больше времени обсуждению этого вопроса («Если раньше считалось, что врач — это «Бог», то сейчас: «Кто такой этот врач вообще?»» (Н. В., стаж 5 лет)).

Помимо роста недоверия к профессиональным знаниям медицинского специалиста, врачи отмечают трансформацию восприятия медицинской деятельности как помогающей практики в сферу оказания медицинских услуг, что обуславливает изменение требований и ожиданий пациента в отношении моделей поведения врача: «Рабочий день закончился, пациент не записан, а требует выписать лекарство. Я говорю пациенту: «Приходите завтра, мой прием уже закончился». А мне отвечают: «Ну и что, что Ты закончила прием?!»» (Е. С., стаж 2 года). Кроме того, рутинной моделью отношений доктора и пациента становится, по мнению участковых врачей-терапевтов, модель «предоставление — получение услуг». «Если раньше считалось, что мы оказываем помощь, то сейчас мы услуги оказываем» (К. С., стаж 3 года), «...порой даже имени врача не знают. Обращаются ко мне

со словом «девушка!» ... Я себя чувствую, как за прилавком в магазине в колбасном отделе» (Г.Э., стаж 2 года 6 месяцев).

В свою очередь, пациенты как получатели («покупатели») услуги зачастую ведут себя некорректно: «Пациенты относятся к врачам-терапевтам, кем я являюсь, неуважительно. Да и в принципе ко всем врачам отношение такое» (Е.С., стаж 2 года), «Они заходят и с порога кричат: «Мне анализ такой-то, направление к тому-то». То есть мы — как стол заказов» (Г.Э., стаж 2 года 6 месяцев). Молодые врачи отмечают, что их желание помочь пациенту в ряде случаев приводит к еще большему снижению авторитета врача: «...а если по доброте душевной все же примешь пациента после окончания приема, то он тебя вообще считает потом круглосуточно обязанным» (К.С., стаж 3 года).

При этом молодые врачи указывают, что их отношения с пациентами нельзя назвать партнерскими: всю ответственность за состояние своего здоровья пациент иждивенчески перекладывает на врача, тогда как сам больной считает возможным нарушать предписания специалиста. Одновременно респонденты указывают на отсутствие ответственности пациента за ложный вызов и понимания границ обязанностей врача: «...отношение к вызову на дом безответственное. Я прихожу, а пациент ушел гулять... У него температура 37,5. Да! И все, вот причина вызова — 37,5! И отказать мы не можем» (Н.В., стаж 5 лет). «Или причина вызова: «Мне нужна от Вас справка, что мне можно идти на операцию. У меня дела тут, Вы можете привезти?» И ты везешь, иначе будет жалоба» (Г.Э., стаж 2 года 6 месяцев). Респонденты отмечают, что изменилось восприятие профессии врача как высокопрофессионального специалиста: «Больные предъявляют чрезмерные и необоснованные претензии, они не понимают, что мы потратили на обучение восемь лет жизни» (Г.Т., стаж 6 лет).

Рост числа жалоб пациентов увеличивает психологическое давление на врача: «Если не так взглянешь, не так ответишь — то жалоба. И в итоге ты все равно будешь отвечать на эту жалобу, что ты оказался не прав» (К.С., стаж 3 года). Молодые врачи выделяют среди требований к ним со стороны пациентов обязательность улыбки и хорошего настроения врачей, отсутствие у них права на плохое самочувствие, невозможность усталости или снижения темпа работы специалиста: «Мы — роботы» (К.С., стаж 3 года).

Вместе с тем большинство участников фокус-групп с пониманием относятся к эмоционально-негативным поведенческим проявлениям пациентов, считая это следствиями имеющихся заболеваний и плохого самочувствия: «...он — пациент, мы должны, в первую очередь, относиться к нему как к человеку, страдающему от заболевания» (Г.Т., стаж 6 лет). Это, безусловно, характеризует медицинских специалистов как профессионалов высокого уровня, обладающих необходимыми личностными качествами для работы в первичном звене здравоохранения.

Врачи с опытом отмечают, что важное значение в ситуации конфликта имеет восприятие руководством необоснованных жалоб и негативных обращений пациентов: «...и начинает врач строчить объяснительные на эти необоснованные жалобы. Поэтому у пациентов такое отношение к врачам. Руководство не должно вот так необоснованные жалобы рассматривать и идти на поводу у пациентов» (Е.А., стаж 19 лет).

Специалисты из фокус-группы № 2 акцентируют внимание на проблеме своей незащищенности: *«Мы не защищены ни внутри коллектива, ни вне его. Законодательно врач виноват априори»* (Л.И., стаж 40 лет). По мнению врачей, зачастую причиной сложившейся ситуации выступает перенос ожиданий пациентов в отношении социального института медицины на конкретного специалиста: пациент при обращении в медицинскую организацию надеется на получение высококачественной медицинской помощи, при этом имеющиеся в лечебно-профилактическом учреждении объективные проблемы (нехватка отдельных специалистов в штате, отсутствие необходимого оборудования, длительные сроки ожидания услуги и др.) он воспринимает как некомпетентность участкового врача-терапевта, что обуславливает рост неадресных жалоб. Тем не менее, даже в ситуации, когда негативный отзыв пациента объективно находится вне поля ответственности врача-терапевта, респонденты указывают на свою «вынужденную» ответственность: *«Это даже не факт, что это обоснованная жалоба, это просто обращение пациента на любой сайт — и врач уже виноват»* (Л.И., стаж 40 лет), *«... никого не интересует, по какой причине этот конфликт возникает. Факт обращения — обоснованный или нет — это уже дефектура»* (М.В., стаж 20 лет).

Молодые врачи поддерживают своих более опытных коллег в этом вопросе, отмечая отсутствие социальной защищенности медицинских специалистов: *«... низкая социальная защищенность медицинских работников, врачей в частности»* (К.С., стаж 3 года), *«Да, пациент всегда прав, потому что врач не защищен. Если бы у нас была бы защита, то так бы пациенты не поступали. Если бы решали справедливо вопрос о том, кто прав — пациент или все-таки врач. А сейчас все — на стороне пациента. Тогда, может быть, было бы другое отношение пациентов к врачам»* (Г.Т., стаж 6 лет).

В ходе дискуссии респонденты пришли к общему мнению, что трансформация взаимоотношений врача и пациента во многом обусловлена изменением содержания ролевых задач специалиста (с оказания помощи на предоставление услуги); переносом ожиданий от социального института медицины на конкретного специалиста (повышение качества медицинских услуг вне зависимости от наличия условий для этого); сохранением «иждивенческого» паттерна ответственности врача за здоровье пациента (пациент перекладывает ответственность за состояние своего здоровья на врача при сохранении «права» на нарушение режима терапии, несоблюдение рекомендаций специалиста и др.).

### *Трансформация условий профессиональной деятельности врача-терапевта*

Цифровизация, модернизация отрасли и общие тенденции развития сферы охраны здоровья [Smorodin, Kolesnichenko, 2015] определяющим образом обусловили изменение условий профессиональной деятельности врачей, что также отразилось на специфике их отношений с пациентами.

Так, среди наиболее актуальных изменений участники фокус-групп отметили внедрение современных инноваций в здравоохранении, в частности компьютеризацию деятельности врача. Интересно, что почти все респонденты дали положительную оценку тенденциям информатизации в первичном звене медицинской помощи: *«... в компьютеризации нашей работы есть один положительный момент,*

что использование информационных технологий позволило упорядочить прием больных, то есть большие записываются через интернет, и формируется очередность приема» (Е.А., стаж 19 лет), «Намного легче стало работать, чем это было раньше. Если используется система ЕГИС и если в ней работать правильно, то она идеальная» (Н.В., стаж 5 лет).

Молодые врачи отметили, прежде всего, эффективность системы электронной записи для планирования рабочей нагрузки врача: «Электронная запись — это определенные плюсы. Как врачу, так и пациенту. Пациентам — это однозначно. То, что они экономят свое время... врачу — потому, что он работает по графику с учетом числа записавшихся больных... рабочий день он тоже может планировать» (Н.В., стаж 5 лет).

Одновременно с этим участники обеих фокус-групп выделили ряд проблем, связанных с компьютеризацией деятельности врача:

- дублирование информации: «Мне приходится вносить информацию о больном в компьютер и дублировать ее в бумажном варианте, то есть в амбулаторной карте» (Е.А., стаж 19 лет);
- сокращение времени «живого» общения: «На беседу с больным времени практически не остается» (В.Ю., стаж 27 лет), «На прием врачу дается мало времени, есть задержка приема» (Н.В., стаж 5 лет);
- низкий уровень компьютерной грамотности и скорости работы с компьютером врачей-пенсионеров: «Работает много врачей пенсионного возраста, которые просто физически не могут освоить компьютер на должном уровне» (В.Ю., стаж 27 лет);
- отсутствие единой информационной платформы: «ЕГИС, если в ней работать правильно, то она идеальная. Но многие врачи в ней не работают. В этой системе не работают вспомогательные службы: клиничко-диагностическая, функциональных исследований, рентгеновских исследований и др. Из-за того, что они не работают в системе ЕГИС, информация к врачу поступает не в электронном виде, а на бумажных носителях, как и раньше. Количество бумажной информации не уменьшилось» (Е.А., стаж 19 лет);
- невозможность отследить повторную явку пациента: «...мы не можем отслеживать повторные явки больного, на нашем компьютере и на компьютере в регистратуре не работает функция «повторная явка»» (Л.И., стаж 40 лет);
- рост конфликтов с пациентами из-за переключения внимания врача с непосредственного сбора анамнеза на введение данных в систему: «Доктор, Вы будете играть с компьютером или разговаривать со мной?» (Н.В., стаж 5 лет);
- нехватка техники (компьютеров, принтеров) в отдельных поликлиниках: «...в кабинете врача нужно иметь два компьютера, сейчас один компьютер. ...было бы идеально, если бы при работе с пациентом Вы могли диктовать информацию медсестре, а она набирала бы все это на компьютере» (Е.С., стаж 2 года);
- наличие проблем с обеспечением выхода в интернет с рабочего компьютера участкового врача: «...работают через раз... Выход в интернет — не во всех кабинетах» (Н.В., стаж 5 лет).

Для решения указанных проблем, по мнению респондентов обеих групп, в поликлиниках необходима эффективная система (служба) технической поддержки.

Заметим, что в качестве одной из основных причин конфликтов между врачом и пациентом терапевты выделяют ограниченное время приема: «...но пациента не особенно интересует Ваше время, ему важно, чтобы врач не смотрел на часы, когда проводит прием. Пациент заинтересован в том, чтобы ему уделили как можно больше времени» (К.С., стаж 3 года). Молодые врачи считают, что нехватка времени обусловлена неравномерностью распределения потока пациентов (помимо первичных обращений, врач принимает пациентов повторно, выписывает направления к узким специалистам и др.), и видят решение во введении практики предварительного осмотра и опроса (сбора анамнеза, заполнения данных) первично обратившегося пациента в кабинете предварительного приема: «Предварительный осмотр пациента в кабинете предварительного приема, когда приходит первичный больной... где медсестра... или врач могли бы эту информацию собирать и заполнять эту часть. При предварительном осмотре можно фиксировать такие данные, как антропометрия, масса тела, температура, давление и жалобы» (К.С., стаж 3 года).

Однако существующий кадровый дефицит затрудняет решение этой проблемы. Так, опытные врачи (фокус-группа № 2) считают, что определенного нормативами времени вполне хватает для приема пациента (включая осмотр, сбор анамнеза, консультирование и заполнение документации) при условии достаточного кадрового обеспечения: «О нормативах времени на прием одного больного: при условии, если бы у нас были укомплектованы штаты, как врачебные, так и медсестринские, в общем-то, 12 минут, которые нам выделяются, было бы достаточно. Но, учитывая то, что у нас в поликлинике неукомплектованность постоянная, не хватает то врача, то медсестер, время приема за счет этого увеличивается, и мы не укладываемся в нормативы» (Л.И., стаж 40 лет).

В целом дефицит кадров в первичном звене, на взгляд терапевтов, является фактором кумуляции ряда проблем: перегрузки участковых врачей-терапевтов, оттока специалистов из первичного звена, снижения трудовой мотивации, роста числа жалоб пациентов. Так, все респонденты отмечают высокую трудовую нагрузку: «У нас из участковых терапевтов только 2 человека, которые ходят по участку. У меня сейчас 10 вызовов, из них 1 только — из моего участка» (Н.В., стаж 5 лет), «На участке в среднем 2100—2200 человек, но на самом деле больше. И участков 14. На самом деле, если брать по нормативам, 1700 человек — нагрузка на участкового терапевта, значит, 2200—1,5 ставки. Нам не учитывают добавление этих пациентов на участок» (Н.В., стаж 5 лет). При этом именно с нехваткой специалистов врачи-терапевты связывают и увеличение числа конфликтов с пациентами: «...дефицит кадров даже в терапии настолько большой, что, если бы не было дефицита кадров, и не было бы жалоб» (Н.В., стаж 5 лет).

Высокий уровень трудовой нагрузки является одним из факторов оттока специалистов (особенно молодых) из первичного звена: «Они должны быть умными и трудоспособными, а за зарплату в 12 000—15 000 рублей умные девочки не будут работать» (Д.В., стаж 26 лет). Чаще всего, на взгляд респондентов, молодые врачи остаются в профессии, но уходят в коммерческий сектор медицины: «...они идут работать в коммерческие структуры. ...Поэтому они имеют возможность получать доход, и зарплата медицинских сестер [в коммерческой структуре] может быть в два раза больше, чем у врачей в поликлинике» (Н.А., стаж 41 год).

В дискуссии был затронут вопрос оплаты труда, на который молодые врачи также откликнулись более эмоционально, нежели врачи с опытом, демонстрируя, что это довольно болезненная для них тема: *«Это ужасно, что у нас такая мизерная зарплата. У вас там были вопросы по поводу семьи, материального достатка, да мне стыдно своей семье озвучивать мою зарплату, честное слово!»* (Г.Т., стаж 6 лет).

Молодые врачи считают несправедливой такую оплату труда, особенно с учетом длительности профессиональной подготовки, требований непрерывного повышения квалификации, высокой трудовой и эмоциональной нагрузки. Врачи фокус-группы № 2 также отмечают несоответствие своего заработка средней зарплате по региону и высказывают сожаление, что изменился подход к эффективному контракту (утрачен ряд надбавок, в частности за участие в диспансеризации). Кроме того, врачи старшего поколения отмечают, что низкий уровень оплаты труда также провоцирует уход из отрасли молодых специалистов: *«...поэтому молодежь не задерживается в бесплатной медицине»* (М.В., стаж 20 лет).

Высокий уровень нагрузки, рост трудовых конфликтов, недостаточный уровень оплаты труда обуславливают снижение уровня удовлетворенности врачей своей трудовой деятельностью. Это, безусловно, влияет на качество медицинской помощи и мотивацию профессионального роста: *«У меня уже 20 лет работы, и, если 15 лет назад я могла сказать, что у меня было желание совершенствоваться и в чем-то двигаться, сейчас — лишь бы меня не трогали»* (М.В., стаж 20 лет), *«...у нас нет желания, если один человек выполняет обязанности трех, а то и четырех людей... Мы говорим о тех условиях, которые сейчас созданы, в данный момент»* (Л.И., стаж 40 лет).

Таким образом, очевидно, что, несмотря на внедрение инновационных технологий в первичном звене здравоохранения, потенциально способных оптимизировать трудовую деятельность врача-терапевта, в условиях кадрового дефицита указанные нововведения не способствуют совершенствованию организации работы первичного звена, усугубляют конфликты в связке «врач — пациент» и повышают эмоциональную нагрузку участкового врача.

Помимо процессов компьютеризации первичного звена, в современном здравоохранении для повышения качества медицинской помощи разработаны и внедрены клинические рекомендации (протоколы лечения). Интересно, что исследование показало расхождение мнений врачей разных возрастных групп о влиянии внедрения клинических протоколов на качество медицинской помощи. Так, несмотря на то, что в практику деятельности участковых терапевтов внедрены уже сотни протоколов и клинических рекомендаций по клинико-диагностическим подходам с учетом различных видов заболеваний, среди ответов молодых врачей были такие варианты: *«Информация... доходит, просто не всегда удается этим пользоваться»* (Н.В., стаж 5 лет), *«Я не пользуюсь. ...Во многих случаях придерживать стандарта на 100% не получается»* (Г.Т., стаж 6 лет).

Такое отношение молодых врачей к клинико-диагностическим стандартам обусловлено рядом причин, основная из которых — отсутствие индивидуального подхода: *«Больные разные и нуждаются в индивидуальном подходе»* (Н.В., стаж 5 лет), *«...к больному нужно подходить индивидуально... Стандарты не подходят... особенно при осложненных видах патологии, когда назначение тех или иных ле-*

*карственных препаратов, что предусмотрено стандартом, может усугубить течение сопутствующих заболеваний» (Г.Т., стаж 6 лет).*

В то же время врачи с большим профессиональным стажем не проявляют тревожности в этом аспекте: *«...у нас определенные стандарты, в принципе, всегда были по определенным заболеваниям. Они нам не мешают, помогают» (Л.И., стаж 40 лет).* Тем не менее, врачи старшего поколения отмечают, что из-за проблем с интернет-трафиком зачастую во время приема пациента доступ к стандартам ограничен: *«...а в компьютере, кроме ЕГИС, ничего нет, в мировую сеть не зайдешь. В этой ситуации решением выступает наличие стандартов в распечатанном виде» (Е.А., стаж 19 лет).* Кроме того, врачи старшего поколения также признают необходимость учета индивидуальных особенностей пациентов и проведения консилиумов в сложных случаях.

Таким образом, молодые врачи считают, что стандарты ограничивают индивидуальный подход к лечению, тогда как опытные врачи рассматривают клинические рекомендации (протоколы лечения) как помогающий ресурс.

Кроме того, одним из требований медицинской профессии на современном этапе выступает необходимость непрерывного профессионального совершенствования. Участковые терапевты, прежде всего, подчеркивают, что повышение квалификации способствует росту качества медицинской помощи: *«Конечно, хотелось бы больше учиться и совершенствовать свои знания и умения. Знания врача — это его сила» (Н.В., стаж 5 лет).* При этом основным барьером для непрерывного образования врачи считают кадровый дефицит отрасли и обусловленный им высокий уровень рабочей нагрузки: *«...хотелось, чтобы текущее повышение квалификации было почаще, хотя бы один раз в год. Но так как нехватка кадров, руководство... не всегда нас поддерживает» (Н.В., стаж 5 лет).*

Одним из вариантов повышения квалификации врача выступает участие в научных мероприятиях. В то же время молодые врачи настороженно относятся к балльной системе аккредитации: *«Если бы проводили на территории поликлиники такие конференции хотя бы раз в три месяца, то было бы удобно. А так, когда они по всему городу и их время чаще всего совпадает с твоим приемом, то это становится практически нереальным» (К.С., стаж 3 года).* Врачи обеспокоены не только необходимостью набрать нужное число баллов в условиях удаленности места проведения конференций, но и недостаточно распространенной практикой включения научных мероприятий в систему непрерывного медицинского образования: *«К тому же, не каждая конференция выдает баллы. С января месяца я была на пяти конференциях. Сейчас, 16 апреля, будет шестая конференция и в первый раз будет выдача сертификатов участника, где внизу написано количество баллов. Больше двух-трех баллов не выдают» (Г.Э., стаж 2 года 6 месяцев).* Заметим, что медицинским специалистам необходимо набрать 250 баллов за пять лет, но с учетом высокой трудовой нагрузки эта задача представляется маловыполнимой.

Кроме того, респонденты отметили ограниченное число профильных конференций: *«...нужно посетить более 50 конференций за пять лет, получается... они должны соответствовать профилю вашей работы. А если взять, например, наш университет, то по специальности бывает, в лучшем случае, одна конференция в год. А для некоторых специальностей даже раз в год не проводится» (Е.С., стаж 2 года).*

При этом врачи с большим стажем работы, признавая необходимость регулярного участия в научно-практических мероприятиях, довольно скептически воспринимают балльную систему аккредитации: *«Я прошла аккредитацию. У меня, допустим, повысилась зарплата, я получила перспективы и шанс достичь чего-то лучшего? Нет! Тогда для чего это делается?»* (М.В., стаж 20 лет). В частности, участники фокус-группы № 2 отмечают сложности включения врачей пенсионного возраста в аккредитационную систему получения баллов: *«...такая система аккредитации не принесет пользы многим врачам, особенно пожилым, которые не смогут набрать необходимое число баллов»* (В.Ю., стаж 27 лет). Основные проблемы для этой категории врачей связаны с трудностями освоения новых информационных онлайн-технологий: *«Вот я получил сертификат, занимался подготовкой отчета не один день. Зарегистрироваться на сайте не смог. А люди постарше — они не смогут чисто технически»* (В.Ю., стаж 27 лет).

Помимо этого, респонденты указывают на многочисленные технические ошибки в работе образовательных ресурсов: *«Профессор-терапевт не смогла сдать экзамен, ее вопросы были по желудочно-кишечным кровотечениям. Ей поставили неудовлетворительную оценку. Она говорит: «Уважаемые разработчики, я же сама составляла эти вопросы, как такое могло быть?» ... Так что аккредитация — это вещь не всегда объективная»* (В.Ю., стаж 27 лет).

Молодые специалисты также демонстрируют определенную настороженность в отношении дистанционных форм обучения и аккредитации. Но такое отношение связано, прежде всего, с дисбалансом затрат времени на обучение и с количеством полученных баллов: *«...например, я через интернет слушаю лекции кафедры повышения квалификации, потом прохожу тесты и мне за это дают баллы. ... онлайн-вебинары всевозможные, опять же, в конце прохожу тесты... дают определенное количество баллов. Но за лекции и вебинары дают очень мало баллов, один-два обычно»* (Е.С., стаж 2 года). Кроме того, высокий уровень рабочей загруженности ограничивает время для прослушивания обучающих онлайн-ресурсов.

Таким образом, на фоне общих процессов информатизации и цифровизации отрасли, а также формирования сопутствующих ожиданий к специалистам (стремление к непрерывному повышению профессионального уровня, внедрение современных (и индивидуальных) подходов к диагностике и лечению, освоение новых информационных технологий) в первичном звене здравоохранения наблюдаются сохраняющийся дефицит кадров и обусловленный этим ряд проблем. Это такие проблемы, как перегрузки участковых врачей-терапевтов, отток специалистов из первичного звена, снижение трудовой мотивации, рост числа конфликтов в интеракции «врач — пациент», ограничение возможностей профессионального совершенствования. Очевидно, в сложившихся условиях можно говорить о несовпадении ожиданий врача в отношении своей трудовой деятельности и фактических требований должности, что также влияет на пересмотр им своих ролевых задач как специалиста первичного звена и обуславливает социальную трансформацию профессиональной роли участкового врача-терапевта.

### *Изменение социокультурных установок в отношении медицинских профессий*

Социальная трансформация профессиональных ролевых установок врача-терапевта во многом определяется общими тенденциями изменения социо-

культурных установок в отношении медицинских профессий. В первую очередь, участники исследования отметили снижение авторитета врача и падение престижа медицинской профессии среди россиян. При этом врачи старшего поколения связывают падение такого престижа с общими социоструктурными и экономическими изменениями в стране: *«Это издержки того, что после 90-х годов утрачена система морально-нравственного воспитания людей, молодежи в частности»* (Л.И., стаж 40 лет).

Кроме того, снижение престижа врача (*«Учителя и врачи раньше считались элитой»* (М.В., врач-терапевт, стаж 20 лет)) все респонденты-врачи связывают, прежде всего, с недостаточно объективным освещением деятельности медицинских организаций и специалистов в СМИ. Так, участники фокус-группы № 2 считают необходимым повышать престиж врача: *«Нужно менять общественное мнение, не обвинять врачей по телевидению, для этого есть и другие организации, которые решают эти вопросы»* (М.В., стаж 20 лет), *«...надо как-то освещать везде, чтобы народ понимал, что врач несет ответственность за Ваше здоровье, поэтому должны врача поддерживать, относиться с уважением, а не искать какие-то негативные факты, а потом это выносить на суд общественности»* (Н.А., стаж 41 год). Также участники исследования указывают на необходимость совершенствования законодательной базы в вопросах повышения уровня защищенности медицинских специалистов: *«...нет никакой защиты, ни юридической, ни материальной, ни социальной»* (Г.Э., стаж 2 года 6 месяцев).

Парадоксальное снижение значимости медицинских услуг и уважения россиян к представителям медицинской профессии на фоне роста ценности здоровья и актуализации повышения качества медицинской помощи формирует у респондентов диссонанс восприятия собственной профессии и самооценки своей профессиональной идентичности, обуславливает переосмысление значимости элементов профессиональной роли (профессиональные цели, мотивационные аспекты, модели взаимодействия с пациентами и профессиональным сообществом и др.). Одновременно с этим респонденты отмечают, что в условиях цифровизационных изменений социума и обусловленная общими глобальными трендами информатизации система здравоохранения также динамично развивается по пути внедрения новых технологий в деятельность медицинских организаций. Это, в свою очередь, обуславливает необходимость усвоения участковым врачом и применения им в практической работе новых информационных и коммуникативных технологий, принятия новых ролевых шаблонов взаимодействия с пациентами и профессиональным сообществом, пересмотра стратегий профессионального развития.

## **Заключение**

Проведенное исследование подтверждает наличие углубляющегося социального конфликта в сфере оказания медицинских услуг, без учета которого любая социальная инновация в организации медицинской помощи в первичном звене отечественного здравоохранения не может быть эффективной в полной мере. Выявленные у врачей модельной группы особенности коммуникативной сферы, диссонанс восприятия своей профессиональной идентичности и тенденции пересмотра значимости составляющих профессиональной роли на фоне сохра-

нящегося дефицита кадров в отрасли могут быть отражением социальной трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов.

Одновременно с этим общие процессы информатизации и цифровизации отрасли, внедрение новых технологий определяют новые требования к кадровому составу системы здравоохранения, что также влияет на переосмысление медицинским специалистом своих ролевых задач в современных условиях.

### Список литературы (References)

Доника А. Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. 2017. № 2. С. 52—57.

Donika A. D. (2017) Modern Trends of Research of Professiogenesis Problem on the Model of Medical Specialties. *Human Ecology*. No. 2. P. 52—57. (In Russ.)

Жданова М. Г. Социальные основы мотивации выбора профессии медика // Медицина и образование в Сибири. 2008. № 3. URL: [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=277](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=277) (дата обращения: 15.04.2020). С. 12.

Zhdanova M. G. (2008) Social Foundations of Motivation for Choice of Medical Profession. *Medicine and Education in Siberia*. No. 3. URL: [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=277](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=277) (accessed: 15.04.2020). P. 12. (In Russ.)

Крюгер Р., Кейси М. Э. Фокус-группы: практическое руководство / пер. с англ. Т. В. Клекоты, А. И. Мороза. М. : Вильямс, 2003.

Krueger R., Casey M. A. (2003) Focus Groups: Practical Guide. Transl. from Engl. Klekoty T. V., Moroz A. I. Moscow: Williams. (In Russ.)

Мельникова О. Т. Фокус-группы: методы, методология, модерирование. М. : Аспект Пресс, 2007.

Melnikova O. T. (2007) Focus-Groups: Methods, Methodology, Moderation. Moscow: Aspect Press. (In Russ.)

Мертон Р., Фиске М., Кендалл П. Фокусированное интервью. М. : Институт молодежи, 1991.

Merton R., Fiske M., Kendall P. (1991) The Focused Interview. Moscow: Institut Molodezhi. (In Russ.)

Оберемко О. А. К типологии открытых вопросов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2018. № 4. С. 97—108. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.4.06>.

Oberemko O. A. (2018) On Typology of Open-Ended Questions. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 4. P. 97—108. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.4.06>. (In Russ.)

Оберемко О. А., Терентьева Н. Н. Фокусированное интервью по Роберту Мертону: особенности и критерии эффективности метода // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2018. № 6. С. 74—90. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.6.04>.

Oberemko O. A., Terenteva N. N. (2018) Focused Interview According to Robert Merton: Features and Criteria of Quality. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 6. P. 74—90. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.6.04>. (In Russ.)

Решетников А. В. Социология медицины. Руководство. М. : Медицина, 2010.  
Reshetnikov A. V. (2010) *Sociology of Medicine. Guide*. Moscow: Meditsina. (In Russ.)

Almost J., Wolff A. C., Stewart-Pyne A., McCormick L.G., Strachan D., D'Souza C. (2016) Managing and Mitigating Conflict in Healthcare Teams: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 72. No. 7. P. 1490—1505. <https://doi.org/10.1111/jan.12903>.

Apipalakul C., Kummoon D. (2017) The Effects of Organizational Climate to Conflict Management amongst Organizational Health Personnel. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. Vol. 237. P. 1216—1222. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.192>.

Donika A. D. (2015) The Study of Professional Deformations of Doctors as Deviations of Their Professional Role. *International Journal of Emergency Mental Health*. Vol. 17. No. 4. P. 714—716.

Khalid S., Fatima I., Khan W. (2016) Types of Conflicts in Doctors in Private and Public Sector Hospitals. *Annals of King Edward Medical University*. Vol. 22. No. 2. P. 139—143. <https://doi.org/10.21649/akemu.v22i2.1298>.

Lacy B. E., Chan J. L. (2018) Physician Burnout: the Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Vol. 16. No. 3. P. 311—317. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>.

MacArthur B.L., Dailey S. L., Villagran M. M. (2016) Understanding Healthcare Providers' Professional Identification: the Role of Interprofessional Communication in the Vocational Socialization of Physicians. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. Vol. 5. P. 11—17. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.09.001>.

Role-Related Conflicts and Value-Laden Quandaries Confronting Today's Medical Professionals. (2018) In: Montgomery K., Lipworth W. (eds.) *Medical Professionals: Conflicts and Quandaries in Medical Practice*. New York: Taylor & Francis Group. P. 3—9. <https://doi.org/10.4324/9780203712221-1>.

Smorodin G., Kolesnichenko O. (2015) Big Data as the Big Game Changer. In: *9th International Conference on Application of Information and Communication Technologies (AICT)*. Rostov-on-Don, 14—16 Oct. P. 40—43. <https://doi.org/10.1109/icaict.2015.7338512>.