
СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.334.61

**БОЛЬНОЙ ВРАЧ КАК КОЛЛИЗИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ***Л.Е. Петрова*

Здоровье врачей рассматривается как индикатор трансформации профессионализма. Обосновывается особенность социологического анализа профессиональных коллизий, индикатором которых может быть отчуждение от профессии. По результатам эмпирического исследования сделаны выводы о существенном разрыве между советами пациентам и установками самих врачей на здоровый образ жизни, который фиксируется в практиках регулярных консультаций и диагностике, занятиях физической культурой, достаточном сне, сочетании труда и отдыха, рациональном питании: врачи рекомендуют это пациентам, но сами не делают.

Ключевые слова: трансформация профессионализма; установки на здоровый образ жизни; врачи как социально-профессиональная группа.

Скорость социальных изменений в современном обществе приводит к существенным переменам в мире профессий. Мы наблюдаем феномен исчезнувших (вымерших, устаревших, старых) профессий — таких, например, как ливотипист. Появляются новые занятия и приводимые им в соответствие профессии: так, никого уже не удивляет, что можно получать профессиональное образование и работать менеджером. Однако есть целый пласт традиционных занятий, которые, на первый взгляд, остаются неизменными. Врач и учитель — те профессии, которые можно в этом ряду назвать в первую очередь. Врач и учитель — главные фигуры ключевых социальных институтов, влияющих на безопасность общества, — образования и здравоохранения, казалось бы, должны расти в статусном отношении — с учетом усиливающихся рисков конкуренции объемов человеческого капитала. И действительно, такая тенденция фиксируется — сферы образования и здравоохранения, так же, как и все российское общество, в существенной степени социально дифференцированы. Учитывая не только социальную роль и значение профессий врача и учителя, но и массовость соответствующих со-

циально-демографических групп (до пятой части экономически занятого населения), а главное — крайне широкий масштаб влияния на общество, имеет смысл говорить о влиянии трансформационных перемен в этих профессиях на общество. Естественно, эти перемены самим обществом и спровоцированы. Каким образом? Как перемены в профессии врача влияют на реализацию социальной функции этой группы? Какие индикаторы использовать, чтобы достоверно зафиксировать перемены? Эти вопросы вызывают все больший интерес у современных российских социологов [1].

Профессионализм врачей претерпевает трансформации на социальном, институциональном уровнях и на уровне повседневных практик. На каждом из них выделяются индикаторы перемен в профессиональной роли. Нас интересует уровень повседневных практик. Здесь наиболее очевиден аспект нравов — в континууме от консервативных до современных. Мы делаем акцент на социологическом анализе профессиональных коллизий врача, проявляющихся в том числе в заботе о собственном здоровье.

Многочисленные трюизмы свидетельствуют о возможном несоответствии между профессиональным занятием и благополучием в соответствующей сфере у субъекта труда. «Сапожник без сапог» — так говорят, если у кого-то нет того, что должно быть по роду занятий. Должно ли быть здоровье у врача? Он смертен, как и его пациенты. Однако общеизвестно, что здоровье человека на 50% определяется образом жизни. Кто, как не врач, лучше других знает о здоровом образе жизни? И если пренебречь генетическими особенностями (в современной медицине этому фактору отводится 10% влияния), врачи как социальная группа должны иметь более высокий уровень здоровья по сравнению с популяцией в целом. Так ли это? В российском обществе — совершенно не так. Состояние здоровья отечественных врачей гораздо хуже по сравнению с зарубежными коллегами. Так, повышенный уровень артериальной гипертензии фиксируется у 37–38% россиян и у 30–32% российских врачей, в то время как среди врачей в других странах — 7–18% по данным разных авторов [4, с. 29].

Нравственен ли врач, который, советуя пациентам вести здоровый образ жизни, сам этого не делает? Является ли частью профессиональной этики экстраполяция требований к объекту воздействия на субъект? С формальной точки зрения соблюдение требований здорового образа жизни не является профессиональной обязанностью врача. В тексте «Клятвы врача» обязанности врача самому вести здоровый образ жизни нет. Хотя именно так можно интерпретировать первую фразу: «клянусь ... честно исполнять свой врачебный долг». Только как его понимать? Следующее обязательство — «посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека». Опять абстракция, хотя показательно, что указано на человека вообще, а не на пациента — того, кто уже обратился к врачу.

Надо признать, что с позиции современных нравов этот документ вообще устарел — абстрактные требования, ни к чему не обязывающие, выглядят несовременно. «Клятва врача» подвергается критике и с позиций современной этики и деонтологии: в документе отсутствует признание и принятие принципа информированного согласия.

Клятва Гиппократова (на которую, как говорят нам в интервью врачи, часто ссылаются пациенты: «Вы же Гиппократу клятву давали!...») — классический этический кодекс медиков — также не указывает на необходимость для врача блюсти свое здоровье.

Однако на уровне позиционирования социально-демографической группы врачи не могут не претендовать на здоровье. Нездоровый врач — прерыв логики восприятия профессионализма. Одна из основных проблем современного отечественного здравоохранения — дефицит доверия в отношениях «врач — пациент». Самому соблюдать требования, предъявляемые к пациентам, — вот этический принцип, который, будучи неформальным, действует на институциональном и социальном уровнях. Так воспринимает врачей общество, так учат в медицинских вузах. И только в повседневной, рутинизированной, частной жизни врач волен принять или не принять этот императив.

На уровне группы врачей власть и влияние на общество реализуются в том числе и в установке «Брать ли пример с врача в заботе о здоровье?»

На наш взгляд, низкая культура здоровья во врачебной среде определяется через коллизию профессиональной деятельности: противоречие между профессиональной этикой и актуальным этосом. Коллизия профессиональной деятельности в данном случае — это несоответствие между предъявляемыми к объекту профессии требованиями и соблюдением этих же требований субъектом труда. Естественно, речь не идет о том, что все врачи нездоровы. В этой группе существенным конкурентным преимуществом является наличие актуальной профессиональной сети — врачи лечатся у своих. Но, по нашим исследованиям, сама «больничная машина» пугает даже самых опытных.

Различия между этикой, понимаемой как система норм, и этосом, понимаемым как правила предпочтения одних ценностей и небрежения другими, выделяются в анализе профессиональных групп нередко. Типичным объектом рассмотрения коллизий в профессии являются юристы вообще и адвокаты в частности. Защищать клиента, обойдя закон, — это против этики профессии или за нее? То же — с врачом: советовать пациенту бросить курить, а самому не планировать это сделать? По данным прове-

денного нами в 2011 г. анкетного опроса в Екатеринбурге курят 28% медработников, в том числе 26% врачей; среди мужчин курит половина врачей [3]. Это профессионально? Это этически?

Отчуждение от профессии — одно из возможных объяснений описываемого феномена. Рассогласование требований к другим и себе — эмпирический индикатор этого процесса.

Этос врачей как группы зачастую предполагает «старый» патернализм, «старые» механизмы власти и влияния на пациента. Качество деятельности современного врача предполагает чувствительность к актуальной позиции общества, профессионального института и пациента. Современный профессионал в медицине гибок, но стандартен, амбициозен, чувствителен к требованиям пациента. В этом контексте разрешение коллизий профессионализма (мы обратились лишь к одной из них) — фактор конкурентного рыночного преимущества врача.

Представляется конструктивным для анализа трансформации профессионализма современных врачей применение дихотомии «монадическое/интерсубъективное» в обосновании стратегий объяснения профессионала как «этического персонажа» (термин В.Л. Лехциера). Монадическая стратегия «выводит профессионализм из тех требований, которые предъявляет человек исключительно самому себе», интерсубъективная (по А. Шюцу) — «из тех требований, которые человек предъявляет себе, прежде всего, в отношении к другому». Отсюда акцент на призвание в монадическом профессионализме, а в интерсубъективном — «требование профессионализма ... есть имманентное требование человека в профессии, отвечающего за профессию как сообщество» [2, с. 108].

Социологический анализ рассмотрения коллизии профессионализма врачей на примере самосохранительного поведения данной социально-профессиональной группы должен быть основан не только на результатах исследований в смежных дисциплинах (мы привели данные клинических медицинских исследований и социально-философский подход), но и на полипарадигмальном анализе. Мы анализируем эту проблему, исходя из установки на теоретическую триангуляцию, и применяем функциональный, конструктивистский и феноменологический подходы. Проанализируем установки

врачей на здоровый образ жизни на основе самоотчетов, что с позиций функционального подхода является достаточным, с позиций конструктивистского и феноменологического — лишь необходимым.

Профессионализм с современных социологических позиций определяется в том числе через интериоризацию ценностей и установок, составляющих предмет труда. Для социально-профессиональной группы врачей предметом труда является здоровье пациента, группы, общества в целом. Атрибутивные установки в таком случае следующие: профилактика заболеваний превалирует над лечением, здоровый образ жизни в существенной степени обеспечивает снижение контролируемых рисков здоровья и т.д. Оставаясь до сих пор «пожарной командой», российское здравоохранение с трудом перестраивается на рельсы профилактики, нелегко идет процесс формирования у пациентов установки на заботу о себе как личную ответственность. Демонстрация самими медиками (врачами, в первую очередь) современного подхода к здоровью — существенный фактор концептуальных перемен. В настоящее время здоровье российских врачей, как мы указывали выше, нельзя признать благоприятным — по сравнению с популяцией в целом группа врачей существенно не отличается по значимым показателям здоровья. Исследования показывают, что врачи не знают собственный уровень артериального давления, сахара в крови, часто имеют повышенный вес, зависимое поведение — от никотина, алкоголя и пр. Определяет такую картину, скорее всего, не генетический фактор. Естественно, влияние оказывают условия труда: у многих групп медицинских специальностей фиксируется существенный профессиональный риск. Сказывается отмечаемая всеми возросшая нагрузка на врачей. Но главное в интерпретации низких показателей здоровья врачей как группы — личное дистанцирование от профессиональных ценностей и установок на здоровье применительно к себе. С нашей точки зрения, это — индикатор отчуждения от профессии. Альтернативное объяснение — это индикатор трансформировавшейся профессии.

Как писал в свое время классик социологии медицины Э. Фрейдсон, врачи как профессионалы обладают вполне определенным профес-

сиональным преимуществом по отношению к своему здоровью, здоровью близких и родных. Кстати, по нашим данным, врачи более молодого возраста чаще указывают в качестве преимуществ своей профессии возможность оказать профессиональную и высококвалифицированную помощь себе, близким, родным (в общем массиве таких респондентов — 35%, а в группе врачей до 35 лет — 52%).

Должен ли врач сам стремиться к здоровью? Обязан ли он соблюдать принципы здорового образа жизни, если рекомендует это пациентам? Логика знания о физиологии человеческого организма, принципах его функционирования как залог ухода за своим телом здесь не работает: когнитивная и поведенческая сферы часто рассогласованы. Врач — «тоже человек», и мы можем констатировать ограничения применения теории рационального выбора. Пословица «сапожник без сапог» как раз и характеризует ситуацию, при которой у того, кто нечто должен иметь по определению, это отсутствует. Например, установки на здоровый образ жизни — у врача.

В исследовании «Качество деятельности врача», которое автор осуществляет совместно с факультетом повышения квалификации и профессиональной переподготовки УГМА (декан — д. мед. н., проф. С.А. Царькова), мы поставили задачу выявить противоречия между рекомендациями врачей пациентам по ведению здорового образа жизни и соблюдением самими врачами указанных принципов. В анкетном опросе (декабрь 2011 — март 2012 г.) приняли участие 417 врачей, проходивших обучение. Выборка гнездовая целевая, отражает основные структурные и социально-демографические признаки изучаемой группы.

Было дано следующее задание: «Ниже перечислены некоторые характеристики образа жизни. Пожалуйста, отметьте, что вы советуете делать своим пациентам, а что — используете сами». Мы осознаем ограниченность данных самоотчетов: будучи частью профессионализма, рекомендации по ведению здорового образа жизни могут оцениваться врачами сензитивно — неудобно признаться, что врач не советует пациенту правильно питаться, заниматься физкультурой и пр. Следовательно, мы предполагали априори, что врачи неосознанно улучшат как картину рекомендаций пациентам, так

и персональную картину соблюдения принципов здоровья.

Полученные данные свидетельствуют о наличии противоречия между врачебными рекомендациями и демонстрацией самими врачами готовности сохранять здоровье. Разница между долей врачей, которые рекомендуют нечто пациентам, а сами этого не делают, составляет от 1 до 40 %. Показательно, что врачи, характеризуя собственные практики здоровьесбережения, были довольно честны — иначе такой разницы между рекомендательным фоном и реальным поведением самого врача не было бы. 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».

Показательно, что пропуски или методические ошибки в ответах на этот вопрос (табличный, что всегда снижает качество заполнения анкеты) незначительны — 4%. Среднее число ответов в отношении рекомендаций врача пациентам — 9 (из 12 содержательных характеристик + вариант ответа «другое»), в характеристике собственного поведения респондента — 6,8.

В табл. 1 приведены результаты анкетного опроса, где варианты ответа отсортированы по степени разницы между рекомендациями и собственными практиками. В анкете они были расположены по алфавиту для обеспечения нейтральности оценок. Таким образом, анализируя таблицу, можно фиксировать ранги отчуждения в профессии, выделенные по критерию разницы между рекомендацией и собственной практикой.

Итак, врачи рекомендуют пациентам, но сами не консультируются с врачами и не проходят диагностику. Рекомендуют заниматься физкультурой, достаточно спать, сочетать труд и отдых, в том числе в отпуске, питаться рационально. При этом сами эти правила не выполняют. Все описанное выглядит как противоречие между долженствованием и бытованием. Однако есть объяснение. Во-первых, зачастую к врачу обращаются с острой ситуацией, когда ни времени, ни ресурсов ни у врача, ни у пациента нет на профилактику и беседы о ЗОЖ. Во-вторых, давать рекомендации — не значит рассчитывать на то, что пациенты им следуют.

Таким образом, врачи могли в ответах отразить некий абсолютизм влияния врача на пациента — «вот как надо». И сами они знают, как надо, но не делают так.

Единодушны и рекомендации, и реальные практики врачей в соблюдении личной гигиены и отказе от вредных привычек — часто рекомендуют и часто соблюдают. Регулярный и безопасный секс и культурный досуг — при-

оритеты лишь половины из опрошенных врачей — как на уровне рекомендаций пациентам, так и на уровне реализации в личной жизни.

Отличается от других (хотя статистически незначима) рекомендация доброжелательных отношений в семье и на работе — врачи чаще следуют этой установке, чем советуют так поступать.

Таблица 1. Рекомендации пациентам и собственная практика установок на здоровый образ жизни у врачей, %

Ниже перечислены некоторые характеристики образа жизни. Пожалуйста, отметьте, что вы советуете делать своим пациентам, а что — используете сами	Респондент-врач советует пациентам	Респондент-врач использует сам/а
Регулярные консультации с врачом, профилактическая диагностика	67	25
Занятие физкультурой, спортом, закаливание	83	44
Достаточный и здоровый сон	81	46
Правильное сочетание труда и отдыха	74	40
Рациональное питание	78	48
Пребывание на свежем воздухе, на природе	75	56
Регулярный отдых в отпуске	64	48
Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем и др.)	87	73
Регулярный и безопасный секс	50	46
Соблюдение личной гигиены	78	81
Культурное проведение досуга, духовное развитие	50	59
Доброжелательные отношения в семье, с коллегами и т.д.	73	87

В рекомендациях пациентам гендерная специфика выражена незначительно, однако есть некоторые закономерности. Так, женщины-врачи чаще мужчин-врачей рекомендуют пациентам рациональное питание (82 и 72% соответственно); пребывание на свежем воздухе (соответственно 78 и 67%); культурное проведение досуга и духовное развитие (53 и 44%).

В повседневных же практиках гендерная специфика существенна. Хотя среди опрошенных нами — три четверти женщин (это отражает общую картину в здравоохранении), активность респондентов-мужчин в ответах на вопросы и достаточная представительность этой группы в массиве дают основания для сравнения. Мужчины-врачи чаще практикуют достаточный и здоровый сон (51% по сравнению с 43% в массиве женщин); регулярный и безопасный секс (соответственно 55 и 44%). Женщины-врачи чаще регулярно отдыхают в отпуске (52 % опрошенных женщин дали такой ответ по сравнению с 38% среди мужчин-респондентов); культурно проводят досуг и ду-

ховно развиваются (63 и 46% соответственно); бывают на свежем воздухе, на природе (58 и 51%). Следовательно, рекомендации и реальное собственное поведение, судя по ответам респондентов, вновь расходятся — совпали только прогулки и культурный досуг у женщин. Позиция мужчин ориентирована более «телесно».

Фиксация этих данных в проведенном нами исследовании может быть интерпретирована как новый индикатор трансформации профессии врача: 1) экспертность анонимна, не предполагает личного контакта, отношений, «знакомства» врача и пациента, т.е. медпомощь конкретна, а межличностное взаимодействие абстрактно — неперсонализировано; 2) у врача как эксперта сформировано представление о том, что он — далеко не единственный источник информации, и даже более того — может проигрывать некоторым (например, СМИ, наводненным ток-шоу о здоровье), отсюда — определенная мера ответственности, ограниченная, небольшая; 3) современные российские врачи не рассматривают собственное здоровье

как конкурентное преимущество. Собственно, конкуренция в этом отношении практически отсутствует и основным ее фактором — в специфической форме и ограниченном объеме — до сих пор являются социальные сети.

Список литературы

1. Колесниченко М.Б. Социокультурные аспекты медицины и здоровья в современной социологии // Вестн. Перм. нац. иссл. политех. ун-та. 2011. №10. С.86–91.
2. Лехциер В.Л. «Простой смертный», или «человек с улицы»: этические коллизии профессионализма // Вестн. Самар. гуманитарной академии. Выпуск «Философия. Филология». 2010. № 2(8). С.101–108.
3. Павленко Е.В., Петрова Л.Е., Харитонов А.Н. Распространенность табакокурения среди медицинских работников г. Екатеринбурга // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2012. №44. С.25–28.
4. Шальнова С.А. и др. Здоровье российских врачей // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. №6. С.28–32.

THE PATIENT AS PHYSICIAN CONFLICT OF PROFESSIONALISM: A SOCIOLOGICAL ANALYSIS

Larisa E. Petrova

Ural State Pedagogical University; 26, Kosmonavtov av., Ekaterinburg, 620017, Russia

Health physicians regarded as an indicator of the transformation of professionalism. Feature of the grounded sociological analysis of professional conflicts, which can be an indicator of alienation from the profession. According to the results of empirical research conclusions about the large gap between the advice to patients and attitudes of physicians on the health of themselves. Indicators: regular consultation and diagnosis, physical education, adequate sleep, a combination of work and rest, a balanced diet. Recommending it to patients, physicians do not follow these rules.

Key words: transformation of professionalism; setting a healthy lifestyle; doctors as a socio-professional group.