

**Аносова Юлия Александровна**

канд. мед. наук, ассистент кафедры

**Золотухин Олег Владимирович**

канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой

**Мадыкин Юрий Юрьевич**

канд. мед. наук, доцент

**Кочетов Максим Викторович**

канд. мед. наук, доцент

**Авдеев Алексей Иванович**

канд. мед. наук, ассистент кафедры

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный  
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

## **ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ВРАЧЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Аннотация:** в статье представлены результаты анкетирования врачей-хирургов, урологов, участковых терапевтов и врачей общей практики Воронежской области. В ходе работы были определены духовно-нравственные аспекты медико-социальных проблем современных врачей. Приведены возможные духовно-нравственные особенности современных врачей, которые могут быть причинами низкой активности докторов в получении квалификационной категории и участия в общественных профессиональных организациях.*

***Ключевые слова:** духовно-нравственное воспитание, квалификационная категория, профессиональная организация, медико-социальные проблемы.*

В современном обществе постоянно происходят изменения, охватывающие все сферы жизнедеятельности общественной системы, отражающиеся на восприятии вечных нравственных ценностей. В результате этих изменений на первый план все чаще выходят материальные блага, а не духовные ценности. В данных

условиях крайне важным является усиление воспитательной роли педагогов, которые призваны давать не только профессиональные знания, умения и навыки, но постоянно и ежедневно способствовать высокому духовно-нравственному уровню. Учащиеся, в случае ненавязчивого, но ежедневного духовно-нравственного воспитания, усваивают и принимают, в большинстве своем, нормы поведения, мироощущения и восприятия чувств. В любом обществе большинство – пласт людей, которые уже окончили учебу. Как быть с воспитанием духовности и нравственности в этой категории? Сложно оценивать уровень нравственной культуры данного населения. Многое зависит от того, к какой категории относится индивид: неработающие, пенсионеры, среди работающих важную роль играет определенная сфера деятельности.

Среди множества важных и необходимых профессий, учителя и врачи стоят отдельно. Это та категория людей, которые, неся миру добро, в обязательном порядке должны быть высоко духовными и нравственными людьми. Учитель, используя свои профессиональные навыки, тонко и ненавязчиво доносит уроки нравственности до своих учеников, при этом, будучи сам примером. Слова учителя в нашем сознании – всегда неоспоримая правда. Конечно, это идет со школьной скамьи. Очень важно в последующем – при встрече учащихся с преподавателями в средних и высших учебных заведениях не разочароваться в своих педагогах, продолжать верить им на слово. На врача пациенты возлагают большие надежды, касающиеся самого дорогого – здоровья. Из уст врача пациент многое принимает как приказ, многое – как правильный совет, многое – как руководство к действию. Давно известно, что словом можно и излечить, и убить. Слово врача обладает крайне мощной силой. Важно, чтобы эта сила была созидательной, а не разрушительной. Это зависит от личностных особенностей врача, его духовно-нравственной культуры. Каждый врач должен понимать, что он может стать примером для своего пациента. Но, к сожалению, встречаются такие ситуации, когда пациент разочаровывается во всей медицине только из-за одного ее представителя. Крайне важен внешний вид доктора. Известно, что полному диетологу сложнее внушить доверие своему пациенту,

так же как и дерматологу с измененной кожей лица сложно заручиться доверием пациента. Наоборот, если врач своим примером покажет пациенту действенность методики лечения, пациент, воодушевленный живым примером, будет соблюдать и выполнять все требования назначенного лечения. Например, если врач-диетолог покажет своему пациенту свою фотографию, где он был много полнее. Потом, после проведенной коррекции диеты и физической нагрузки, наш врач-специалист приобрел прекрасную форму, в которой находится в настоящий момент. Но следует помнить о том, что обман в таких ситуациях недопустим. Если врач будет рассказывать несуществующие истории из своей жизни, в какой-то момент ложь может быть раскрыта. В таком случае, продуктивного диалога врач-пациент достигнуто не будет.

Целью нашей работы явилось определение духовно-нравственных аспектов медико-социальных проблем современных врачей Воронежской области. Для реализации данной цели был проведен анонимный опрос-анкетирование врачей-хирургов, урологов, участковых терапевтов и врачей общей практики (ВОП). В исследовании принял участие 81 врач. Наибольший удельный вес среди них составляют мужчины (60,5%), по возрасту преобладают лица в возрасте 30–39 лет (30,0%), на втором месте – 50–59 лет (по 20,0%), на третьем – 40–49 лет (18,8%), на четвертом – 60 лет и старше (16,2%), на пятом – до 30 лет (15,0%). Большинство специалистов Воронежской области – выпускники лечебного факультета Воронежской медицинской академии (85,2%) со стажем работы 10 лет и более (82,5%). Стаж работы по специальности более 10 лет имеет только половина (50,7%) обследованных. Среди обследованных 55,3% лиц – это врачи-урологи, 25,0% – врачи общей практики; 10,5% – хирурги ЦРБ и 9,2% – участковые терапевты.

При опросе оказалось, что более половины врачей считают нормы своей рабочей нагрузки завышенными (64,0%). Примерно половина (49,4%) обследованных владеют несколькими медицинскими специальностями, среди которых: хирургия (19,8%); рентгенология, функциональная диагностика (7,4%); организация здравоохранения и общественное здоровье (3,7%); терапия, онкология, врач

скорой помощи, акушер-гинеколог (по 2,5%) и другие (8,6%). Этот факт объясняет потребность узких специалистов в знании смежных специальностей. Квалификационную категорию имеют всего 57,3% лиц, из которых 17,3% – высшую, 28,0% – первую и 12,0% – вторую категории. Ученую степень кандидата медицинских наук имеют 6,2%; почетные звания – 2,5%; государственные награды – 3,7% опрошенных. 17,3% являются членами, а 22,2% – желают вступить в одну из медицинских ассоциаций. Среди основных задач общественной медицинской организации 50,6% опрошенных видят проведение обучающих семинаров; 40,7% – правовую защиту; 35,8% – влияние на процессы организации медицинской помощи, образования; 24,7% – объединение единомышленников.

На вопрос о выборе профессии большинство анкетированных ответили: помогать больным (71,6%); для 32,1% лиц – это интересная работа; для 22,2% лиц – желание разобраться в заболеваниях; для 17,2% лиц – семейная традиция и возможность трудоустройства, и лишь для 6,2% – престиж профессии. 65,4% врачей, охваченных исследованием, испытывают трудности в своей работе. Среди трудностей для внедрения современных технологий в практику врача 32,1% лиц указали отсутствие медицинского оборудования; 29,6% лиц – недостаток медицинского оборудования; 22,2% лиц – отсутствие моральных и материальных стимулов; 19,8% лиц – недостаток материалов; 16,0% лиц – недостаток баз для практического освоения и по 14,8% лиц – морально-устаревшее оборудование и удаленность центральных баз для освоения. На вопрос о желании сменить место работы основная масса специалистов региона ответила отрицанием (47,9%), 19,2% – утвердительно; остальные – 32,9% затруднились ответить. Опрос показал, что 33,8% врачей отметили, что их работа, кроме выполнения своих профессиональных обязанностей, сочетается с обязанностями непрофессионального характера, в частности, с выпиской рецептов, выполнением общественных работ и др.

Тенденция современного последипломного медицинского образования диктует необходимость постоянного повышения квалификации на протяжении всего трудового стажа. Только половина опрошенных (50,0%) готовы постоянно

повышать уровень своих знаний; 38,5% лиц – не чаще, чем один раз в пять лет. Наиболее предпочтительной формой получения профессиональной информацию являются конференции (24,7%), на втором месте – личное общение (21,0%), на третьем – Интернет (18,5%). При этом готовы полностью самостоятельно оплачивать свое обучение только 2,9% лиц; 38,2% – частично, и более половины (51,5%) отрицательно ответили на этот вопрос.

Оценка взаимосвязи медико-социальных характеристик врачей проводилась по значениям коэффициентов парной корреляции. При анализе полученных коэффициентов корреляции во внимание брались лишь те, достоверность которых была статистически доказана. По результатам анализа, возраст врачей имеет прямую достоверную связь со стажем работы ( $r = +0,64$ ), квалификационной категорией ( $r = +0,24$ ) и материальным положением ( $r = +0,26$ ) и обратную достоверную связь с полом ( $r = -0,28$ ) (с увеличением возраста увеличивается доля женщин-врачей) и участием в медицинских ассоциациях ( $r = -0,25$ ) (в медицинских ассоциациях состоят более молодые врачи).

Удовлетворенность своей работой напрямую связана с числом лет, прошедших после последней специализации ( $r = +0,25$ ), членством в одной из медицинских ассоциаций ( $r = +0,23$ ) и обратную достоверную связь с выбором профессии врача с целью трудоустройства при любом общественно-политическом строе ( $r = -0,30$ ).

Желание смены работы имеет прямую достоверную связь с продолжительностью рабочего дня ( $r = +0,30$ ), выполнением работ, не соответствующих должностным обязанностям ( $r = +0,46$ ), и обратную достоверную связь с удовлетворенностью работой ( $r = -0,48$ ), материальным положением ( $r = -0,28$ ), жилищно-бытовыми условиями ( $r = -0,34$ ).

Полученные результаты анкетирования во многом огорчают. Во-первых, почти половина опрошенных докторов не имеют квалификационной категории (42,7%). Важно отметить, что материальных затрат для получения категории не требуется. Среди анкетированных врачей в нашем исследовании не принимали

участие доктора моложе 30 лет. Вторая квалификационная категория может присуждаться при имеющемся врачебном стаже более 3 лет. Получают специальность врачи в возрасте от 24–25 лет. К 30 годам, в большинстве своем, они имеют за спиной врачебный стаж 5 лет. Из этого следует, что среди участников нашего исследования все доктора имеют возможность получить квалификационную категорию, по меньшей мере, вторую. На практике оказалось, что только 42,7% опрошенных нами докторов имеют категорию. За последние годы изменилась тарифная сетка начисления заработной платы медицинским работникам. В настоящее время наличие квалификационной категории очень сильно может повысить объем заработной платы. С учетом невысокого уровня врачебного оклада, любое прибавление к оплате труда должно было вызвать активный интерес докторов. Почему такой важный критерий, как повышение заработной платы, недостаточен для мотивации врачей к получению квалификационной категории.

Возможно, медико-социальные проблемы исходят из особенностей духовно-нравственных особенностей врачей. Студент-медик, поступив в медицинский вуз, гордится своим местом в обществе. В последующем, став практикующим врачом, он с гордостью осознает важность своей профессии. Врачи – особая среда, особый слой общества, которые спасают человеческие жизни. Гордость за свое присутствие в профессии, за свою принадлежность к профессии сопровождает врача всю его жизнь. Возможно, именно эта гордость и мешает врачам иногда увидеть истину. На наш взгляд, те доктора, которые при имеющемся значительном врачебном стаже не имеют квалификационной категории, попали под влияние гордости за профессию, забыв при этом, что надо гордиться не только принадлежностью к профессии, но и своими личными достижениями в медицине. Работа врачей сопряжена с недостатком личного времени, так как, уйдя с работы и сняв белый халат, врач остается врачом. Оформление документации для получения квалификационной категории, несомненно, требует затраты времени. Но именно в ходе подготовки документов врач может оценить свою работу по весьма четким критериям, представленным в отчете врача. Работая ежедневно

в одном и том же лечебном учреждении, с одним и тем же коллективом, сложно вырасти профессионально. Сложно говорить об отсутствии мотивации для получения врачебной категории – она есть (ощутимые материальные преимущества). Но что останавливает наших докторов? Что мешает им получить квалификационную категорию? Мы предполагаем, что в данном случае главную роль на себя берет самодостаточность наших докторов и присутствие мнения, что их престиж обусловлен самой профессией, категория для этого необязательна. Мы возлагаем свои надежды на молодое поколение врачей, которые, возможно, будут более активными и будут бороться за свой престиж и официальную заработную плату.

Вторым неутешительным выводом явилась сложившаяся ситуация с общественными медицинскими организациями. Доступность последних не вызывает сомнений. Польза для практикующих врачей, вступивших в такие организации – колоссальна. Но найти логичного ответа на крайне низкий процент анкетированных докторов, вступивших в медицинские общественные организации (8%), сложно. Еще печальнее ситуация с тем, что еще всего лишь 18% опрошенных желают вступить в таковые организации. То есть, остальные 74% даже не желают стать членом той или иной организации по специальности. Возможно, опять низкая мотивационная составляющая не дает нашим докторам открыть глаза и посмотреть трезво на сложившуюся ситуацию в современной медицине. Ведущие головные медицинские центры страны открыты для практикующих докторов: проводятся презентации в онлайн режиме, видеоконференции, круглые столы для специалистов. Активно работают сайты по консультированию сложных клинических случаев. Доктор из любой точки Земли может задать интересующий вопрос, спросить мнение коллег по спорному или сложному случаю. Почему так мало специалистов нуждаются в этом? Что заставляет их игнорировать помощь более опытных коллег? На наш взгляд, имеет место излишняя уверенность в своих силах. Уверенность в своих силах и своей правоте – неотъемлемая черта медиков, без которой не будет успешной работы. Но уверенность должна быть разумная, иметь свои рамки. Врач горд за свою профессию, но все знать невоз-

можно. Обращение за советом к более опытному коллеге – не является показателем незнания, а, наоборот, свидетельствует о том, что врач-специалист видит пациентов не как стандартную ситуацию с одинаковыми диагнозами, а подходит к лечению каждого больного со всей ответственностью и желает искренне помочь каждому из них. Спросить – не значит не знать, а значит задуматься о более глубоком смысле.

### ***Список литературы***

1. Золотухин О.В. Здоровьесберегающие технологии в обучении врачей на циклах повышения квалификации / О.В. Золотухин [и др.] // Культура физическая и здоровье. – 2014. – №4 (51). – С. 79–81.

2. Мадыкин Ю.Ю. Новые формы проведения интерактивных семинаров для врачей / Ю.Ю. Мадыкин [и др.] // Тенденции развития психологии, педагогики и образования: Сборник научных трудов по итогам научно-практической конференции. – Казань, 2015. – С. 40–45.

3. Плотникова И.Е. Проблемы и перспективы гуманизации высшего медицинского образования / И.Е. Плотникова, А.А. Филозоф, Л.В. Бут // Современная педагогика. – 2014. – №2 (15). – С. 3.

4. Берлева С.Ю. Психолого-педагогические рекомендации для повышения мотивации обучающегося медицинского ВУЗа к устному ответу / С.Ю. Берлева, Л.Н. Цветикова, И.Е. Плотникова // Современная педагогика. – 2015. – №9 (34). – С. 59–63.

5. Сависько А.А. Формирование духовно-нравственной позиции будущего врача / А.А. Сависько, Ю.А. Сидоренко, А.А. Сависько // Успехи современного естествознания. – 2010. – №9. – С. 169–170.