

На правах рукописи



**Вяткина Наталья Александровна**

**ВРАЧ И ПАЦИЕНТ  
В ПЕРИОД ПОСТСОВЕТСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ  
РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
(социально-антропологическое исследование)**

Специальность 07.00.07 – этнография, этнология  
и антропология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата исторических наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Центре медицинской антропологии  
ФГБУН «Ордена Дружбы народов  
Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая  
Российской академии наук»

<b>Научный руководитель</b>	<b>Харитоновна Валентина Ивановна -</b> доктор исторических наук, кандидат филологических наук, доцент, ФГБУН «Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН», главный научный сотрудник
<b>Официальные оппоненты</b>	<b>Михель Дмитрий Викторович -</b> доктор философских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и госу- дарственной службы при Президенте Российской Федерации»
	<b>Носенко-Штейн Елена Эдуардовна -</b> доктор исторических наук, ФГБУН «Институт востоковедения РАН», ведущий научный сотрудник
<b>Ведущая организация</b>	ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский уни- верситет» Минздрава России

Защита состоится 23 июня 2022 года в 14.00 на заседании Диссертационного совета Д 002.117.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, созданного на базе ФГБУН «Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН» по адресу: 119334, Москва, Ленинский проспект, 32А, корпус «В», 18 этаж, Малый зал.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Института этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН: [www.iea-ras.ru](http://www.iea-ras.ru)

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 года

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
к.и.н.

Лейбова Наталья Александровна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Начиная с 1980-х годов до сегодняшнего дня российское общество прошло несколько этапов трансформации. Сменившиеся политические, экономические и социальные условия отразились на всех сферах жизни. Здравоохранение оказалось одной из наиболее серьезно изменившихся отраслей. Его система, сформированная в советское время, как и государство в целом, сначала была разрушена, а затем постепенно начала восстанавливаться. В период, взятый для исследования (1980-е гг. – настоящее время), произошли глубинные трансформации от государственных гарантий всеобщности и бесплатности медицинской помощи до появления систем обязательного и дополнительного медицинского страхования (ОМС и ДМС), а затем частных лечебных учреждений, которые имели возможность предложить своим пациентам (клиентам) хорошие условия от инфраструктуры и психологического комфорта до уважения к личному времени и пространству. При этом государственные клиники, в силу недофинансирования, все больше сокращали и регламентировали время приема, уменьшая возможности общения врача и пациента, и все более отдалялись от пациентоориентированности. Поскольку значительная часть населения не имеет средств оплачивать лечение в частных клиниках и вынуждена обращаться к государственной медицине, ситуация остается сложной.

Сегодняшние пациенты в связи с переходом к рыночным принципам в медицине, начавшемся в 1990-х годах, превратились в «разборчивых клиентов». Более того, бурное развитие интернета и СМИ позволили им искать и находить информацию медицинского характера различной степени достоверности, что, с одной стороны, повысило уровень медицинской грамотности населения, а с другой – создало иллюзию надежности этих знаний, что в свою очередь повлияло на взаимоотношения пациентов с врачами, к которым было утрачено доверие, уважение и пиетет.

Престиж врачебной профессии как одной из самых уважаемых в СССР сегодня серьезно пострадал; это произошло по разным причинам, одной из которых стал переход отрасли в сферу услуг (Романов, Ярская-Смирнова 2013)<sup>1</sup>. Негативное влияние на восприятие образа врача во многом подогревали СМИ, регулярно смакующие уголовные дела против медиков. В системе «общество – врачи» последние оказались самой незащищенной частью. От них много требуют и многого ждут, но низкая оплата труда, как и психологический прессинг и правовая незащищенность, не повышают уважения к представителям самой гуманной профессии. Лишь пандемия COVID-19 несколько изменила ситуацию к лучшему.

Врачи и пациенты, несмотря на регулярное взаимодействие различной степени эффективности – в силу разного опыта, знаний, материального благополучия, социального окружения – говорят сегодня на разных языках, что приводит к большому количеству конфликтов, недовольства и взаимных упреков. К сожалению, в стране до сих пор этим проблемам, которые могли бы решаться с помощью медицинских антропологов, не уделяется должного внимания, а профессии «медицинский антрополог» просто не существует (см.: Харитонова 2016; 2020). Медицинская антропология, являющаяся частью социокультурной антропологии, – научное направление и сфера прикладной деятельности, широко представленная на протяжении более полувека на Западе, – способна и в России своими деликатными методами изучать источники проблем, а затем предлагать способы улучшения коммуникации врачей и пациентов. Следствием этого может стать повышение как культуры общения врача и пациента, так и качества медицинского обслуживания. Об этом заботятся сейчас не только медицинские антропологи: проблеме гуманизации медицины и повышению удовлетворенности пациентов и врачей уже достаточно длительное

---

<sup>1</sup> Выходные данные упоминаемых в автореферате научных трудов полностью приведены в библиографии диссертационного исследования.

время уделяется внимание представителями гуманитарных кафедр медицинских университетов, в частности кафедры философии, биомедицины и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (МГМСУ) (Моисеева 2013). В 2021 году эксперты отрасли под руководством В.И. Моисеева объединились, чтобы совместными усилиями повлиять на подготовку будущих медицинских специалистов в новых научно-технических и социально-экономических условиях с целью преодоления дегуманизации медицинского образования (см. Резолюцию Первого Всероссийского совещания заведующих кафедрами социально-гуманитарных дисциплин медицинских вузов и колледжей).

Проблемы, о которых идет речь в диссертационном исследовании с опорой на российский контекст, несмотря на свою специфичность, являются во многом общими для разных стран мира. В медицинской антропологии одним из важнейших аспектов изучения взаимодействия врачей и пациентов (Хубулава 2016) стал вопрос о доверии, который поднимают в своих исследованиях зарубежные специалисты (Robbins 2016; Krot, Rudawska 2016; Carey 2017), это же прослеживается в работах отечественных ученых (Романов, Ярская-Смирнова 2013; Ожиганова 2020). Для мировой медицинской антропологии актуальной является проблема медицинского плюрализма и пациентского выбора в связи с наличием в разных странах мира не только биомедицины, но и иных медицинских систем и практик; это рассматривается с методологической позиции в трудах, например, Д. Тая (Jonathan Taae 2017), Л. Гарро (Mattingly, Garro 2000) и также уже нашло отражение в российских исследованиях (см.: Лехуцер 2017). Медицинская антропология обращает внимание на внутренние проблемы биомедицины и давно наметившийся в ней кризис, что отражается на взаимоотношениях врача и пациента в целом (Лехуцер 2018; Кириленко 2018). «Врач и больной» – это старая как мир проблема (см., напр.: Марков 2015), которая требует обсуждения в различных аспектах. На ежегодной конференции Европейской ассоциации социальных антропологов в июле 2020 г., которая планировалась к проведению в Лиссабоне, но по причине пандемии проходила онлайн, проблема (взаимо)отношений врачей и пациентов, а именно такая категория, как доверие, озвучивалась медицинскими антропологами из Финляндии, Италии, Польши, Германии как наиболее приоритетное направление современных исследований в медицинской антропологии и смежных научных сферах.

Диссертационная работа, обращенная к многосторонней проблематике взаимодействия 'врач – пациент', сконцентрирована на исследовании сложнейшего периода в этих отношениях, значимо их изменивших в силу социальных, экономических, политических трансформаций в современной России, что усиливает ее актуальность.

Вопросы здоровья/болезни, их профилактики/лечение/реабилитацию изучают с помощью своих методологических подходов и методов разные науки, включая собственно медицинские. Медицинская антропология, будучи гуманитарным научным направлением, максимально сближена с социологией медицины (Sociology of Medicine), общественным здоровьем и здравоохранением (Public Health and Health Care), биоэтикой (Bioethics). С представителями этих наук медицинскому антропологу приходится делить исследовательское поле, в том числе в определенном темой диссертации ракурсе.

В последние годы специалистами смежных областей ведутся активные исследования (см., напр.: Присяжная, Корягин 2019; Панова 2019; Гаджиев, Агаларова, Омарова 2020; Жура, Утешева 2020), отраженные в профильных научно-практических журналах «Социология медицины», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Биоэтика». Выполненная диссертационная работа отличается социально-антропологическим подходом, поскольку медицинская антропология (представленная наиболее значимо в научно-практическом и образовательном журнале «Медицинская антропология и биоэтика») включается именно в эту научную область.

**Цель диссертационной работы** – проследить изменения взаимоотношений врача (и шире: медицинского работника) и пациента/клиента в контексте трансформации здраво-

охранения в период с 1980-х годов по настоящее время, а также определить роль медицинской антропологии в совершенствовании взаимоотношений врача и пациента.

Для реализации этой цели необходимо изучить особенности восприятия как врачами/медицинским персоналом, так и пациентами/клиентами осуществлявшихся в здравоохранении изменений, выявить мнения тех и других о происшедшем и рассмотреть специфику отношения врачей/медицинского персонала и пациентов/клиентов друг к другу на разных этапах этого процесса, уточнив основания для конкретных оценок.

#### **Исследовательские задачи:**

- рассмотреть трансформации российского здравоохранения в период с 1980-х годов по настоящее время в контексте социально-экономических, политических и иных сложностей данного исторического этапа с опорой на оценки происшедшего врачами/медицинскими работниками и пациентами для выявления и последующего осмысления закономерностей и факторов, оказывавших влияние на (взаимо)отношения врачей и пациентов;
- проанализировать особенности образа врача и специфику врачебной профессии в оценке медицинских работников и пациентов/клиентов с учетом преобладания патернализма в государственной системе здравоохранения и последующей трансформации медицинской помощи в медицинскую услугу;
- исследовать особенности (взаимо)отношений врача/медицинского работника и пациента/клиента на различных этапах обозначенного периода и выявить факторы, оказывающие влияние на эффективность их взаимодействия.

**Объектом диссертационного исследования** являются врачи/медицинские работники и пациенты/клиенты в период постсоветской трансформации российского здравоохранения, а **предметом** – (взаимо)отношения врача и пациента, предположительно различающиеся в зависимости от происходящего в системе здравоохранения и стране в целом.

**Хронологические рамки** исследования – с 1980-х годов до настоящего времени – обусловлены необходимостью выявить особенности современных взаимоотношений врачей/медицинских работников и пациентов/клиентов, установив истоки и специфику их формирования, начиная с основания, уходящего корнями в советскую систему в 1980-х, через нестабильность и упадок 1990-х, многочисленные реформы 2000-х, рост информированности пациентов с 2010-х годов и до текущей ситуации, на которую в значительной степени оказала влияние пандемия COVID-19.

**Географические рамки** в основном ограничены Московским регионом, однако при необходимости сопоставления материалов для решения конкретных вопросов исследование велось с выходом на иные регионы России (Санкт-Петербург, Самара, Барнаул, Казань, Калуга, Обнинск, Омск, Ульяновск, Тюмень, Сургут, Комсомольск-на-Амуре, Геленджик, Тула, Краснодар). Стоит подчеркнуть, что проблема регионов и центра всегда была острой в России, а новшества, появляющиеся в столице, пусть и не быстро, но становятся отправной точкой и шаблоном для изменений в регионах.

**Степень изученности темы.** Работа по теме диссертации предполагает обращение к различным направлениям научного знания, помимо собственно медицинской и социокультурной антропологии: истории, социологии, политологии, психологии, философии, экономике, биоэтике. Для достижения цели исследования – понимания особенностей (взаимо)отношений врачей и пациентов на различных этапах рассматриваемого периода и того, чем именно обусловлены эти отношения – необходимо учитывать всевозможные факторы от социально-экономических и политических до поведенческих и эмоционально-психологических, иначе описание диады 'врач – пациент' в период постсоветской трансформации российского здравоохранения окажется неполным.

Необходимые для изучения вопросы трансформации советского/российского общества в избранный период времени рассматривались в исследовании с опорой на труды в основном отечественных авторов, например, Т.Т. Синельникова (2020), который в своем анализе системы здравоохранения России рассуждает преимущественно об инфраструктурных

и финансово-экономических изменениях и их влиянии на эффективность управления медицинским обслуживанием. Управление системой здравоохранения и ее эффективность с позиции проблем финансирования и специфики распределения средств представлены в работах Л.В. Пановой, О.А. Бурмыкиной, Е.Б. Яновской (1999), Т.М. Скляр (2003), Л.С. Гринкевича и А.С. Банина (2005), Н.Л. Русиновой, Л.В. Пановой, В.В. Сафронова (2007), Н.Л. Русиновой, В.В. Сафроновым (2014), Н.Л. Русиновой, В.В. Сафроновым (2012), Д. Салиховой (2013), Д.В. Дементьева (2016), Г.А. Борщевского (2018), Л.В. Пановой (2019), А.Е. Чириковой и С.В. Шишкина (2019).

Проблемы профессионализации врачей на различных этапах исторических изменений, включая настоящее время, как и в целом взгляд на медицинское образование, рассматриваются В.А. Мансуровым и О.В. Юрченко (2004), К.О. Папеевой и др. (2014), В.В. Морозовым, Н.В. Курылевой, И.И. Корягиной (2017).

Доступность медицинской помощи в России, ее уровень, проблема социальной справедливости и другие направления общественного здравоохранения отражены в работах Б.Б. Прохорова и И.В. Горшковой (1999), В.В. Кижикевой (2013), И.П. Катковой и В.И. Каткова (2016), А.В. Пластовой и Т.Е. Ложкиной (2017), Е.Н. Даниловой (2018), С.И. Бояркиной и Д.К. Ходоренко (2020).

Оценка многочисленных реформ, попыток модернизации, текущего положения и дальнейших перспектив российского здравоохранения были проанализированы с опорой на публикации М. Ивченковой (2013), Н. Плавунова и др. (2014), А. Зудина (2017), С. Шишкина и др. (2017), О. Аполихина и др. (2018).

Становление и эволюция страховой медицины в России, начиная с 1988 года и заканчивая 2004, подробно изучены в работах С.П. Жулина (2011), Г.А. Борщевского (2018), Д.В. Дементьева (2016), Ф.Н. Кадырова и др. (2021).

Большая часть диссертационного исследования посвящена выявлению особенностей врачебной профессии и врачебной этики, что изучалось с опорой на труды различных зарубежных и российских специалистов. Например, от классиков социологии Т. Парсонса (1939) и Э. Фридсона (1988), которые считали патернализм основой медицинской профессии, подчеркивая ответственность пациента, до классика медицинской антропологии А. Клейнмана (1995), поднимавшего вопросы переживаемого пациентом опыта и рассуждавшего о различных социальных аренах здравоохранения (семейной, профессиональной (биомедицинской) и альтернативной (народной)).

Специфика формирования советского врача исследовалась с опорой на работы Н.А. Семашко «Избранные произведения» (1954), И.С. Сука «Врач как личность» (1984), И.А. Кассирского «О врачевании» (1995), И.А. Ильина «О призвании врача» (1954). Особенности профессионального статуса и характерные черты современных российских врачей анализировались на основе трудов В.А. Мансурова и О.В. Юрченко (2007), А. Набокова (2010), Е.А. Бороздиной (2011), Ж.В. Пузановой и В.В. Хуртиной (2014), И.В. Мелик-Гайказян и Т.В. Мещеряковой (2015), Т.В. Пановой (2021). Вопросы биоэтики, получившие свое становление в нашей стране благодаря философам Б.Г. Юдину и П.Д. Тищенко (1998) и М.Я. Яровинскому (1999), в дальнейшем были развиты в работах Д.Д. Венедиктова и Б.М. Чекнева (2002), Н.Н. Седовой (2007), И.В. Силуяновой (2008), Д.И. Присяжнюк (2011), А.С. Курленковой (2013), В.И. Моисеева (2018) и др. Культура врачебной профессии и профессиональная идентичность медицинских работников рассматриваются через призму исследований Г. Миллерсона (1965), Л.М. Дубового и Т.В. Константиновой (2007), Е.И. Кириленко (2009), А.А. Зайцевой и Н.В. Курылевой (2016), К.А. Галкина (2017), И.В. Лисовской и К.А. Галкина (2018). Различие и сопоставление государственной и частной медицины осуществлено с опорой на работы В.А. Чернец и др. (2008), Д.И. Присяжнюк (2012), А.В. Грот и др. (2018), Е.А. Тарасенко и М.М. Дворяшиной (2019), А.А. Темкиной и М. Ривкин-Фиш (2020) и др.

Российская медицинская антропология (в рамках социокультурной) в последние годы развивается и пополняется благодаря работам Д.В. Михеля (2010), В.Л. Лехциера (2010),

В.И. Харитоновой (2011), А.А. Ожигановой (2011), Е.И. Кириленко (2018), А.А. Темкиной (2018), М.Н. Бахматовой (2018), Е.В. Миськовой (2020), О.Б. Христофоровой (2020), Л.А. Сабуровой (2020) и др. Актуальность, значимость и различные подходы к профессии медицинского антрополога, необходимость этой профессии в системе здравоохранения и ее влияние на работу врача проанализированы В.И. Харитоновой (2016). Трансформация профессии врача в условиях реформ с позиции социологии была изучена одной из первых Д.И. Присяжнюк в ее кандидатской диссертации (2012).

Взаимоотношениям врача и пациента уделялось внимание еще в работе 1913 г. К. Ясперса «Общая психопатология» (изд. 2019), а также в более поздних трудах различных западных ученых: А. Martin (1983), М. Stewart (1995), Williams et al. (1998), Potter&McKinlay (2005), Wypia&Matiassek (2009) и др. Уже в середине 90-х эта проблема озвучивалась исследователями постсоветского пространства (например, Н.В. Элштейн (1996)), современные авторы тоже рассматривают ее в актуальных для наших дней ракурсах, например: А.А. Воробьев и др. (2004), Т.В. Константинова (2006), М.Ю. Сурмач и Е.М. Тищенко (2007), А.С. Готлиб (2011), Е.В. Приз и В.Л. Фисенко (2011), Н.В. Курылева (2012), Н.В. Баракат (2014), А.Е. Чирикова и С.В. Шишкин (2014), Н.Л. Антонова и М.В. Клейменов (2014), Г.Г. Хубулава (2016), А.И. Каштанова (2017), А.Е. Белая, Ч.Г. Гутуева (2017), О.А. Чеботарева и А.С. Паршин (2018)).

Традиционный и укоренившийся в российском здравоохранении патерналистский подход анализируется в диссертации с опорой на исследования О.Н. Бурмыкиной (2000), О.А. Чеботаревой (2006), Н.В. Шушковой (2007), И.В. Силуяновой и А.В. Недоступ (2007), О.О. Мельниковой (2011).

Отдельно в диссертации рассматривается фигура пациента через призму социологии медицины с точки зрения оценки удовлетворенности оказываемой медицинской помощью, ожиданий пациентов, социально-экономического портрета современного пациента, неравенства в доступе к медицинской помощи, принятия клинических решений врачами (А.В. Решетников (2000), И. Пиетиля и др. (2007), В.Н. Ярская (2011), А.В. Грот и др. (2018), Ф.Н. Кадыров и Ю.В. Куфтова (2019), А.С. Готлиб, В.Л. Лехциер (2020) и др.) и философии, которая обращается к субъективным смыслам болезни (В.Л. Лехциер (2009)) или нарративному анализу (В.Л. Лехциер (2012)) для более широкого и одновременно углубленного понимания пациентских проблем.

Взаимосвязь и противопоставление общих показателей здоровья населения и индивида в контексте перформативности практик здравоохранения и онтологии тела представлены с опорой на концепции А.М. Мол (2002).

Выбранное направление диссертационного исследования потребовало рассмотреть понятия «качество медицинской помощи» (в т.ч. факторы, на нее влияющие) и «пациенто-ориентированная медицина» с опорой на работы как западных авторов (Ware et al. (1983), Sitzia&Wood (1997), Flocke et al. (2002), Donabedian (2005), Epstein et al. (2005), Bernham et al. (2008) и проч.), так и отечественных (Н.Л. Русинова, Л.В. Панова и О.Н. Бурмыкина (2006), И.Н. Денисов (2012), К.Н. Калашников и О.Н. Калачикова (2014), Ц.А. Шамликашвили и др. (2015), В.С. Лучкевич и А.В. Зелионко (2016), Д.А. Бугаев и В.Я. Горбунков (2016), И.М. Шейман и С.В. Сажина (2018) и др.).

Отношение к пациенту проанализировано через призму влияния медицинской грамотности, диспансеризации, профилактики, здорового образа жизни и раннего обращения в лечебные учреждения как фактора повышения эффективности предоставляемой населению медицинской помощи (Л.А. Дартау (2008), Л.С. Шилова (2008), С.С. Якушин и Е.В. Филиппов (2014), В.Т. Гуменюк и Г.К. Фетисова (2016), Ш.Ш. Бадиров (2019), Е.А. Тарасенко и О.Б. Хорева (2017), И.М. Шейман и др. (2021) и др.), а также здоровья как индивидуального ресурса и сферы личной ответственности (Н.Л. Русинова, Л.В. Панова и В.В. Сафронов (2010), Н.Л. Русинова и Л.В. Панова (2010), Л.А. Сабурова (2015), И.А. Григорьева (2019)).

СМИ и интернет-пространство сегодня находится под пристальным вниманием не только антропологов (см. напр.: В.К. Малькова (2013)) или социологов (см. напр.: И.А. Григорьева и А.С. Биккулов (2015), Е.А. Тарасенко (2016), С.И. Бояркина (2019), К.А. Галкин (2020)), но и филологов. При этом последние в кандидатских диссертациях уже обращают внимание на общественное здоровье в отображении СМИ (В.В. Кажберова (2020) и языковую личность врача в медиа-дискурсе (Е.В. Волкова (2021))).

Изменения в российском здравоохранении, происходящие на фоне пандемии COVID-19, рассмотрены в диссертации с опорой на работы В.И. Стародубова и др. (2020), А.А. Ожигановой (2020), В.И. Харитоновой (2020; 2021), Л.А. Сабуровой (2020), В.Н. Бурковой и Ю.Н. Феденюк (2020), К.А. Галкина (2021), Т.Б. Рыжковой и Е.А. Тарасенко (2021), В.В. Власова (2021) и др.

При анализе литературы удалось выявить, что взгляды ученых на взаимоотношения врача и пациента и трансформацию этих отношений в переломный для государства и общества период несколько разнятся. Несмотря на большое количество работ в рамках различных направлений академического знания, именно с позиций медицинской антропологии отдельного исследования проблем (взаимо)отношений врача и пациента с учетом изменений, произошедших в российском обществе за последние сорок лет, до сих пор не проводилось. В то же самое время очевидно требуется исследование состояния медицинской системы, медицинского обслуживания населения, конфликтности взаимодействия медицинских работников и пациентов и т.д. для законодательного оформления медико-антропологических прикладных профессий, подготовки кадров и узаконивания их деятельности в отечественном здравоохранении (Харитонова 2016а; 2016б; 2020).

**Методология и методы исследования.** Медицинская антропология как часть социокультурной антропологии, является научным направлением, находящемся на стыке разных наук, что требует вести исследование с учетом и даже частичным использованием методов и методологических подходов близких научных направлений.

В диссертации врачебная профессия рассмотрена с опорой на теоретико-методологическую базу классиков социологии, исследовавших профессиональную роль личности (например, Т. Парсонса) и концепции основ медицинской профессии Э. Фридсона.

*Интерпретативный подход*, введенный непосредственно в медицинскую антропологию А. Клейнманом, позволил при анализе полевых материалов, публикаций в интернете и социальных сетях более глубоко понять и шире взглянуть на проблемы, с которыми сталкиваются как врачи, так и пациенты, а также проанализировать взаимные ожидания обеих сторон.

Для анализа трансформации российского здравоохранения в диссертационном исследовании использовался преимущественно *сравнительно-исторический метод*. Он позволяет сравнить этапы по различным параметрам социально-экономической и политической ситуации, сопоставить статистические и фактологические данные, оценить настроение в обществе, социокультурные изменения и проч. Важнейшим для исследования стал *символический подход* К. Гирца, который дает возможность переосмыслить произошедшие изменения с позиции и врача, и пациента.

В процессе полевой и исследовательской работы использовались предпочтительные в социокультурной и медицинской антропологии методы *контент-анализа, включенного наблюдения, нарративного анализа, опроса и интервьюирования разного типа*. Делался упор на использование *экспертных интервью, качественных онлайн-опросов, включенных и приобщенных наблюдений*; велась работа с источниками по медицинской антропологии и биоэтике (журнальными статьями, интернет-публикациями).

**Источники.** Существенную часть диссертационного исследования составляют полевые материалы. К ним относятся экспертные интервью и данные анкетирования представителей врачебной профессии и пациентов, полученные как оффлайн, так и онлайн в виде комментариев в социальных сетях:

1) исследование на основе мнений 45 врачей различных специальностей и 45 пациентов, полученных в результате опросов онлайн (*ПМА*<sup>2</sup> 2019-а) о доказательной медицине, с одной стороны, отвечающей современным требованиям и, с другой стороны, один из маркетинговых лозунгов, инструмент влияния фармацевтической индустрии и источник конфликтов врачей разных поколений; выборки респондентов делались по принципу «снежного кома», что при работе с такой закрытой группой как врачи представляется наиболее результативным;

2) с опорой на мнения 69 врачей различных специальностей и стажем больше 10 лет была проведена оценка уровня медицинской грамотности пациентов: ни специальность врачей, ни географическая привязка к месту их работы не имела значения, так как современный врач благодаря широкому распространению мессенджеров вынужден консультировать пациентов в режиме 24/7 (*ПМА* 2019-б);

3) анализ онлайн-высказываний пациентов в социальной сети Телеграм о текущем состоянии российской медицины и их опыте обращения в медицинские учреждения был необходим для понимания запросов пациента и проблем, с которыми он сталкивается в системе здравоохранения, оценки настроения и отношения к врачам и медицине в целом (*ПМА* 2019-в);

4) еще более ценным указанные выше материалы сделал анализ онлайн-высказываний пациентов о современном состоянии российской медицины и их опыте обращения в медицинские учреждения (материалы взяты из той же социальной сети, с тем же автором поста и, по сути, среди той же аудитории, но на фоне пандемии COVID-19 в 2020 г.) (*ПМА* 2020-в);

5) экспертные интервью с врачами, представителями коммерческих медицинских организаций и медицинскими антропологами позволили получить более яркую картину происходящих в российском здравоохранении перемен и оценить степень влияния медицинской антропологии на улучшение ситуации (*ПМА* 2020-а; *ПМА* 2020-б; *ПМА* 2021).

Дополнительным материалом для анализа стало наблюдение и фиксирование выступлений и активности в социальных сетях (с последующим публичным обсуждением) некоторых врачей из Москвы, Санкт-Петербурга, Владивостока, Нью-Йорка и Балтимора (мнение бывших соотечественников, а ныне успешно практикующих врачей в США, сохранивших представление о советской и российской медицине в сравнении с западной) (*Гущин* 2019, *Фоминцев* 2019, *Панкратов* 2019, *Демичева* 2019, *Брандт* 2020, *Пинелис* 2020, *Проценко* 2020 и др.); комментарии и публикации «Лиги защитников пациентов»; наблюдение за медицинскими сообществами в социальной сети Facebook: «Превентивная медицина – 2035», «Диалоги о медицине», «Медицинская антропология в России», «Лига защиты врачей», «Мнения о здравоохранении», «Врачебные ошибки» и Telegram: «Сургит», «Сообщество анестезиологов-реаниматологов», «НеМинздрав», «ШБмнк», «Намочи манту», «Бестеневая лампа», «Безвольные каменщики», «Крокодил Ятро-Гена», «Как сказать», «Rumyantseva\_MD», «АКСОН – школа медицины».

**Научная новизна.** Тема диссертационного исследования является междисциплинарной, и многие ученые (социологи, экономисты, специалисты в сфере общественного здоровья и здравоохранения) уже обращали свое внимание на изменения, произошедшие в российском здравоохранении, но, как было указано, в данной работе эти проблемы рассматриваются с учетом достижений предшественников, но с помощью иных методологических подходов (с опорой преимущественно на качественные методы исследования) и с иных позиций (с опорой на высказывания специалистов индустрии здравоохранения, представителей медицинской профессии и медицинских антропологов).

В работе впервые:

1) через оценку медицинскими работниками разных уровней, равно как и пациентами, текущей ситуации и проблем с опорой на существующую литературу смежных научных

---

<sup>2</sup> Полевые материалы автора

областей проведен сравнительно-исторический анализ различных этапов трансформации российского здравоохранения в рамках, заданных границами исследования; изучено мнение врачей и пациентов о произошедших изменениях и влияние, которое эти изменения оказали на взаимоотношения врачей и пациентов;

2) позднесоветский период оценен в диссертации как системообразующий с точки зрения организации процессов внутри лечебных учреждений; выявлено, что он продолжает оказывать влияние на профессиональную идентичность врачей, в том числе формирует поведение и взаимные ожидания врачей и пациентов от их взаимоотношений;

3) в работе проанализирована позиция в рамках заданной темы экспертов отрасли, медицинских антропологов и врачей, начинавших свою профессиональную деятельность в 1980-х годах и продолжающих ее по сей день;

4) выявлены проблемные точки коммуникации современных врачей и пациентов/клиентов, влияние особенностей коммуникации на качество и удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью, а врачами – своей работой;

5) на основе полевых материалов были проанализированы важнейшие проблемы современного российского здравоохранения с позиции пациентов; прослежены тенденции изменения их настроений и отношения к медицине и медицинским работникам на фоне пандемии COVID-19;

6) изучена проблема медицинской грамотности пациентов в оценках врачей, предложены меры ее потенциального повышения для увеличения эффективности взаимоотношений врача и пациента.

До настоящего момента исследования этих проблем в избранном ракурсе в отечественной антропологической науке не предпринималось.

**Научно-практическая значимость работы.** Материалы и выводы диссертации могут быть использованы в учебных курсах по медицинской антропологии и биоэтике, по истории медицины, социологии медицины, общественному здоровью и здравоохранению. Результаты работы могут послужить основой для будущих исследовательских проектов в области медицинской антропологии и биоэтики в России, а в дальнейшем для разработки практических пособий об особенностях коммуникации врача и пациента, государства (в первую очередь системы здравоохранения и Росздравнадзора) и граждан (пациентов) и, конечно же, врачебного сообщества.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Различные этапы трансформации, через которые прошло за 40 лет российское общество, оказали непосредственное влияние на систему здравоохранения. Это проявляется не только в отношениях государства и общества в разрезе обеспечения законодательно закрепленных гарантий, но и во взаимоотношениях государства (системы здравоохранения и Росздравнадзора) с медицинским сообществом и гражданами/пациентами, равно как и врачей с пациентами. Произошедшие в российском обществе перемены, включая рост медицинской грамотности населения, изменили не только сумму знаний пациентов/клиентов о медицине, но и их ожидания от системы здравоохранения, медицинских работников, самого содержания медицинской помощи, к чему оказались не готовы ни врачи, ни система здравоохранения. Сегодня необходимы меры по улучшению качества коммуникаций врача и пациента, в том числе с учетом как этических, так и этнокультурных, этнорелигиозных, этномедицинских сложностей, возникающих в общении медицинских специалистов (не только в сфере биомедицины) и пациентов/клиентов<sup>3</sup>. Для этого необходимо узаконить профессиональные и образовательные стандарты в сфере медицинской антропологии и ввести в систему здравоохранения соответствующих специалистов, наряду со специалистами по медицинской психологии и медиации.

---

<sup>3</sup> В диссертационном исследовании этнокультурные и этнорелигиозные аспекты практически не затрагиваются, поскольку являются слишком обширными и требующими отдельного глубокого изучения темами, выходящими за рамки данной работы.

2. Ожидания врачей и пациентов от взаимных контактов на разных этапах расходятся, хотя цель остается прежней – здоровье человека. В советский период фигура врача официально преподносилась и многими воспринималась сакральной, а его служение считалось подвигом; в современном же российском контексте врач стал фигурой, оказывающей услугу, требования к которой растут, а отношение к врачу сменилось на потребительское и часто неуважительное, чему отчасти поспособствовала ситуация с ковидом и вакцинацией. Необходимо вести работу по восстановлению престижа врачебной профессии и образовательной подготовке современных медицинских работников с учетом перехода к использованию искусственного интеллекта в медицине и телемедицины, переходу к 4П-медицине<sup>4</sup> и т.д., а осуществлять это надо, в первую очередь, опираясь на новые образовательные возможности, включая в подготовку мощную гуманитарную составляющую.

3. Взаимоотношения врача и пациента являются предпосылкой эффективности медицинской помощи. Уровень и характер их взаимодействия зависит от условий, заложенных системой факторов, связанных с врачом и с пациентом. Последние зависят от личностных, культурных и социально-экономических условий и уровня медицинской грамотности пациентов. Специалистам известно, что информация, транслируемая населению во множестве источников, включая интернет и СМИ, чаще всего не является качественной. Наиболее эффективным инструментом получения достоверной информации о здоровье врачи видят не только введение электронных карт (с чем, кстати, возникают дополнительные этические проблемы), но, в первую очередь, личную беседу с пациентом/клиентом. Это требует налаживания качественной коммуникационной работы (с введением в систему общения 'врач – пациент' специалистов помогающих профессий) для повышения уровня медицинской грамотности россиян и толерантности в таких взаимоотношениях, как и комплаентности пациентов без желания вести «партизанские войны» с российской медициной и здравоохранением/государством. Именно это окажет непосредственное влияние на удовлетворенность граждан и снижение затрат государства на здравоохранение.

**Апробация работы.** Результаты диссертационного исследования были отражены в 9 научных статьях и тезисах, 4 из которых опубликованы в изданиях, рекомендуемых ВАК. Отдельные проблемы, рассматриваемые в диссертации, были представлены в виде докладов на 10 научных конференциях, в т.ч. международных, в РФ и за рубежом, вебинарах с международным участием по медицинской антропологии: 30 сентября 2016 г. на IV Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология и биоэтика: проблемы образования и подготовки специалистов» в г. Москва – доклад «Специалисты по культурным компетенциям в США»; 13–15 декабря 2016 г. на Конференции молодых ученых ИЭА РАН в г. Москва – доклад «Медицинская антропология в США и своевременность возникновения в России»; 29 июня – 1 июля 2017 г. на V Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология в нестабильном глобализирующемся мире» в г. Москва – доклад «Здоровьесбережение и интернет»; 1–2 ноября 2018 г. на VI Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицина и (со)общества: интеграция медицинских систем, практик, методов в профилактике и оздоровлении» в г. Москва – доклад «Услуги практиков народной медицины и ТМС в оценке врачей (на примере Тувы)»; 25–27 января 2018 г. на 2-й Международной научной конференции «Health Online 2018: Patient Engagement in the Digital Era» в Любляне (Словения) – доклад «The Internet and Healthcare System in Russia»; 27–29 июня 2019 г. на VII Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология в современном мире: традиционные исследования и новые перспективы» в г. Москва – доклад «Современные подходы доказательной медицины в интерпретации российских врачей и пациентов»; 12 сентября 2019 г. на 3-й Международной научной конференции «Health Online 2019: Digital Technologies And Health Ecosystems» в Любляне (Словения) – доклад «Health

---

<sup>4</sup> Современный подход в медицине, основанный на 4-х принципах Predict (предсказательная), Prevent (превентивная), Personalise (персонализированная), Participate (партисипативная).

Literacy Level of Patients According to Russian Physicians»; 4 июня 2020 г. на вебинаре (с международным участием) Центра медицинской антропологии в г. Москва – доклад «Первые предпосылки изменения отношения пациентов к врачам на фоне эпидемиологической обстановки весны 2020 г.»; 15–17 октября 2020 г. на VIII Международном междисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология на пороге третьего десятилетия XXI века: основные итоги, новые идеи и перспективы» в г. Москва – доклад «Медицинская грамотность пациентов в оценке врачей»; 18-20 ноября 2021 г. на IX Международном междисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология перед новыми вызовами: мир, люди, знания и культуры в эпоху пандемии» в г. Москва – доклад «Отношение пациентов к системе здравоохранения России и изменения, произошедшие на фоне пандемии COVID-19»; 4 июня 2020 г. основные идеи диссертации обсуждались на вебинаре Центра медицинской антропологии (мероприятие с участием более 30 специалистов различных научных направлений из разных стран); обсуждение диссертации состоялось на расширенном заседании Центра медицинской антропологии ИЭА РАН 27 января 2022 г.

**Структура диссертации** отражает задачи исследования. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, словаря специальных терминов, списков источников и использованной литературы и двух приложений. Общий объем работы – 256 стр.

Во **Введении** обоснована актуальность темы, охарактеризована степень ее изученности, методологические подходы и методы исследования, определены объект и предмет, цель и задачи диссертационной работы, отмечены научная новизна и практическая значимость.

В **Главе I «Постсоветская трансформация российского здравоохранения в оценке врачей»** рассматриваются изменения, произошедшие в российском здравоохранении, начиная с 1980-х годов (§1 «Позднесоветский период отечественного здравоохранения»), когда позднесоветская система признавалась и высоко оценивалась во всем мире, была эффективной, многоуровневой, опиралась на профилактику, полностью финансировалась государством и была доступна для всего населения страны. Несмотря на все успехи, уже в этот период система здравоохранения в связи с недостаточным финансированием нуждалась в преобразовании: территориальное разделение усиливалось, материальные и кадровые ресурсы расходовались неэффективно, а показатели заболеваемости и смертности были выше аналогичных показателей западных стран.

Уже в этот период можно было говорить, скорее, не об успехах системы здравоохранения, а о ее стагнации. Продолжали накапливаться негативные тенденции, нашедшие свое отражение в различного рода количественных показателях. Несмотря на то, что врачи склонны оценивать этот период положительно, подчеркивая успехи самой системы, свободу в собственных профессиональных действиях и выгоду для пациентов, тем не менее, они соглашались, что уже тогда требовались значительные изменения.

Рост экономической напряженности к концу 1980-х годов, отмена обязательного распределения выпускников медицинских учебных заведений, появление первых частных лечебных учреждений (стоматологических) и общее ухудшение благосостояния населения (в том числе врачей), привели не только к кризису системы здравоохранения, но и оказали влияние на изменение врачебной этики. Составлявшие основу врачебной деятельности в советский период долг и служение на фоне экономического коллапса 1990-х годов начали отходить на второй план (§2 «Ключевые факторы, влияющие на здравоохранение в 1990-е годы»).

Финансирование отрасли было сокращено, а переход к рыночным условиям, зарождение системы ОМС и появление понятия «медицинской услуги» изменили взаимоотношения врача и пациента. Недостаток средств для соблюдения государственных гарантий по медицинскому обслуживанию населения привел к появлению платных услуг, призванных дисциплинировать граждан и постепенно приучать к ответственному отношению к собственному здоровью, но одновременно ограничил доступность медицинской помощи для

малообеспеченных слоев населения. Оплата труда врачей в этот период сократилась до минимальной, руководство лечебных учреждений в попытках экономии начало вмешиваться в лечебные процессы и назначения, что не только стало истоком дальнейшего противостояния врачей и пациентов, но и разделило врачебное сообщество, не позволив ему сплотиться в дальнейшем.

Отстраненность государства от социальных проблем отчасти компенсировалась в 2000-е годы (§3 «2000-е гг. – время реформ»), когда экономическая ситуация в стране улучшилась, а отрасль здравоохранения подверглась множественным реформам, хотя среди населения и в профессиональном сообществе на фоне снижения качества и доступности медицинской помощи отношение к преобразованиям оставалось негативным.

Служение и врачебный долг окончательно трансформировались в оказание услуг, что привело к росту недовольства пациентов, обвиняющих медицинских работников в грубости, халатности, коррупции и отсутствии индивидуального подхода к лечению. Уровень оплаты труда врачей оставался низким, нагрузка высокой, а постоянные нововведения и реформирование привели к колоссальной бюрократизации и необходимости соблюдения врачами множества регламентов и нормативов.

Начиная с 2010-х годов (*Параграф №4 «Современная ситуация в российском здравоохранении»*), государство провозгласило здоровье граждан приоритетом и важным ресурсом. Произошло смещение акцентов оказания медицинской помощи с лечения на профилактику. На и без того сложные взаимоотношения врача и пациента оказало влияние бурное развитие интернета, предоставившее пациентам широкий доступ к всевозможным медицинским и псевдомедицинским данным и знаниям, дальнейшая коммерциализация сферы здравоохранения, негативная повестка в СМИ, ярко описывающих дела «убийц в белых халатах», «врачей-взяточников» и т.д. Врачи сегодня с досадой констатируют, что и престиж врачебной профессии, и доверие пациентов утеряны, а многочисленные оптимизации здравоохранения и реформы не привели к ожидаемым результатам. Тем не менее пандемия COVID-19, охватившая мир в 2020 году, способствовала изменению настроений. Сегодня врачи снова стали героями, а их знания и профессионализм непререкаемыми авторитетами.

В **Главе II «Врач: специфика профессии и ее восприятие в советском и российском здравоохранении»** рассматриваются особенности и причинно-следственные связи формирования идентичности современного российского врача, а также ее влияние на взаимоотношения врача и пациента. В §1 *«Патерналистский подход как основа медицинской деятельности»* исследуются заложенные советской системой в основание профессии служение, врачебный долг и патернализм во всех его проявлениях.

Патернализм, сформировавшийся и укрепившийся в СССР, что явно прослеживается в здравоохранении, в 2000-х годах столкнулся с запросом со стороны пациентов на пациентоориентированный подход. Пациенты все в большей степени сегодня ожидают партнерства и совместного принятия медицинских решений, что требует внутренней перестройки как врачей, так и самих пациентов/клиентов.

Повсеместное распространение сегодня так называемых *гайдлайнов* и клинических рекомендаций часто негативно воспринимается российскими врачами (если не считать потенциальную пользу таких материалов при юридических разбирательствах), что также связано с установками, возникшими в советский период, когда следование схемам декларировалось как признак плохого врача, его неспособность мыслить.

Государство с советского периода являлось как единственным заказчиком и поставщиком медицинской помощи, так и единственным источником контроля в медицинской сфере, что повлияло на автономию врачебной деятельности, исключило возможность саморегуляции отрасли. Закрытость советской системы, особенности организации процессов, приоритет опыта над новыми знаниями привели к трудностям во встраивании сегодняшней системы здравоохранения в мировую практику и к поздней реакции на запросы современных пациентов о партнерстве и коллегиальности в принятии решений. Гарантия

получения медицинской помощи по ОМС не стала гарантией качества, но появился запрос со стороны пациентов на здоровье как личный ресурс, что привело к росту напряженности и недовольства во взаимоотношениях врачей и пациентов.

В §2 «*Врач в государственном учреждении и коммерческой клинике (медицинская помощь и медицинская услуга)*» проанализировано влияние возросшего количества коммерческих лечебных учреждений и платных услуг. Комфорт и внимание, которые предложили своим клиентам частные медицинские учреждения, не позволил государственным учреждениям конкурировать с ними; пациенты же разделились на тех, кто имеет возможность обращаться в коммерческие медицинские организации, и тех, кто вынужден идти в государственные клиники только потому, что там им гарантировано получение бесплатной медицинской помощи.

С начала 2000-х годов произошло увеличение объема и доступности медицинской информации, возможность изучения пациентского опыта в других странах, доступ к современным исследованиям и научно-популярной информации. Пациент в России стал более осведомленным, проявляет желание быть вовлеченным в процесс лечения и принятия решений, хочет равноправия и партнерства во взаимоотношениях с врачом. При этом в ходе многочисленных трансформаций системы здравоохранения население потеряло доверие как к самой системе, так и к врачам.

В параграфе также проводится сравнительный анализ государственных и частных медицинских учреждений, выявляются их плюсы и минусы как для системы, так для врачей и пациентов. Отдельно рассматривается понятие *качество медицинской помощи* и его критерии. По мнению врачей, пациенты могут оценить только уход, но не само содержание оказанной медицинской помощи, что в современных условиях подвергается сомнению не только со стороны пациентов, но и медицинских антропологов, например. «Удовлетворенность» оказываемыми услугами и обслуживанием в структуре качества выходит на первый план, хотя этот показатель остается сложным в оценке.

Вынужденный поиск врачами дополнительных источников заработка, широкое освещение в СМИ громких дел о врачебных ошибках, а также рост неудовлетворенности пациентов приводит к росту недовольства со стороны врачей и их профессиональному выгоранию. По мнению медицинского сообщества, утверждение «клиент всегда прав» не может трансформироваться в выражение «пациент всегда прав».

В §3 «*Врач (профессия и специалист/человек) в оценке пациента/клиента*» исследуется падение престижа врачебной профессии, которое медики связывают с низким уровнем оплаты труда, переработками и, как следствие, профессиональным выгоранием, стрессом, отсутствием мотивации, слабой технической оснащенностью лечебных учреждений и созданием негативного образа врачей в СМИ. Пациенты же полагают, что основная причина падения престижа медицинской профессии кроется в недостаточной подготовке специалистов и отсутствии проявления человеческих качеств в общении врачей с пациентами, с чем часто соглашаются медицинские антропологи.

Современная ситуация, когда внедренные стандарты оказания помощи и коммерциализация отрасли пришли на место сопереживания и человечности во взаимоотношениях с конкретной индивидуальной личностью, вызывает опасение врачебного сообщества. Врач стал единицей отлаженного производственного процесса, а пациент превратился в требовательного потребителя. При этом ожидания обеих сторон от взаимодействия выходят за рамки регламентов и формальностей: пациенты ожидают эмпатии и человеческого участия, врачи – уважения и внимательности в соблюдении назначений.

Расхождение реальности и ожиданий приводит к тому, что оценка пациентами системы здравоохранения и врачей сегодня далека от позитивной. На основе изучения высказываний пользователей в сети интернет о системе здравоохранения в России в целом и их личном опыте, в частности, в главе проведен нарративный анализ, показавший текущие настроения и оценки отрасли пациентами. Несмотря на то, что современные пациенты часто считают себя достаточно информированными в вопросах здоровья и декларируют жела-

ние принимать активное участие в лечении себя и своих близких, врачи считают такую информированность мнимой. В случае появления угрозы собственному благополучию и благополучию своих близких пациенты не готовы принимать самостоятельных решений и предпочитают, чтобы врач взял на себя ответственность в принятии решений, т.е. запрос на патернализм все еще присутствует в их сознании.

Ожидания граждан от государственной системы здравоохранения остаются высокими, при этом значительная часть населения не предпринимает дополнительных усилий для продления или улучшения качества собственной жизни. Несмотря на предпринимаемые государством меры в области формирования здорового образа жизни и профилактики, активного творческого долголетия, массово наблюдаемые несоблюдения назначений, игнорирование рекомендаций необходимости посещения повторного приема и проч. приводят к накоплению раздражения с обеих сторон. Врач остается зависимым от системы и профессионально ограниченным в своих действиях, что не дает ему возможности в полной мере концентрироваться на потребностях пациента. Особенно остро эта проблема ощущается в регионах.

Приведенные в параграфе многочисленные мнения пациентов говорят, кроме всего прочего, и о проблеме пациентского выбора, которая находится в фокусе внимания современной медицинской антропологии. Внутренняя борьба рационального и эмоционального, необходимость принятия решений в условиях стресса и физической боли, ограниченность знаний и в целом информации создают ощущение неопределенности и неудовлетворенности со стороны пациентов, а также являются источником конфликтов.

В параграфе проанализированы изменения оценки ситуации в здравоохранении, произошедшие в связи с пандемией COVID-19. В целом, пациенты стали более активно защищать российскую медицину (в сравнении с зарубежной) и российских врачей, которые поставлены в безвыходные условия системой здравоохранения и чиновниками. Пользователи сети интернет, как показывают данные, полученные в начале пандемии в 2020 году, гораздо охотнее и активнее делились положительным опытом обращения к государственной системе здравоохранения и с большим уважением отзывались о врачах.

**В Главе III «Пациент и эффективность медицинской помощи в контексте взаимоотношений врача и пациента»** дается определение и выделяются составляющие элементы пациентоориентированной медицины, отмечаются важность и необходимость повышения уровня коммуникации между врачом и пациентом как условия эффективного лечения и удовлетворенности пациента врачом, а врача своей работой.

В §1 *«Навыки коммуникации врачей и их востребованность пациентом»* прослежена изначальная закрытость врачебного сообщества и границы во взаимоотношениях между врачом и пациентом. При этом по всему миру именно налаженная коммуникация стала одной из важнейших основ здравоохранения, от нее во многом зависит удовлетворенность пациента, комплаентность и, как следствие, результаты лечения. Соблюдение рекомендаций и назначений напрямую связаны с тем, как они донесены до пациента, что делает навык коммуникации для врачей одним из наиболее важных. Этот навык важен и для большей удовлетворенности врачами своей работой. Комфорт от общения с пациентом, получение обратной связи, наблюдение результата своего труда – все это может позволить бороться с психоэмоциональными издержками врачебной профессии. Таким образом, формирование пациентоориентированной медицины – это необходимое и важное направление деятельности для всех вовлеченных в здравоохранение сторон. И зарубежные, и российские эксперты сходятся во мнении, что только благодаря сформированному и налаженному качественному общению врача и пациента возможно лечение конкретного индивида с его уникальными особенностями.

В §2 *«Взаимоотношения врача и пациента/клиента в контексте множественности культурных, личностных и социальных предпосылок»* рассматривается влияние на диаду «врач – пациент» культурных факторов, воспитания, образования, этнической идентичности, религиозных воззрений т.д., чему уделяется большое внимание со стороны медицин-

ских антропологов. Болезнь объединяет в себе и понимание ее причин, и опыт ее переживания и лечения, особенности поведения заболевшего и его близких, подходы к принятию решений и оценку результата лечения. Плохо отлаженная коммуникация на любом из этапов может оказать влияние на качество медицинской помощи в целом.

В СССР и РФ изучение взаимоотношений врача и пациента и других культурных и социальных аспектов болезни не были приоритетными. Наиболее достоверными представлялись количественные данные и показатели, например, здоровья и смертности. Сегодня с ростом запроса на партнерские отношения между врачом и пациентом все больше исследователей обращаются к медицинской антропологии, которая благодаря активному развитию в последние десятилетия, в том числе в нашей стране, уже достигла значимых успехов, хотя как таковая профессия медицинского антрополога, как и описание круга его возможностей и обязанностей, пока все еще находится в стадии обсуждения профессионального междисциплинарного сообщества.

Существует несколько мнений о распределении ролей, которое вело бы к наилучшим результатам во взаимоотношениях врача и пациента: от уважения и имплицитного распределения полномочий до своеобразной игры со стороны врача, благодаря которой он способен поддерживать и вести коммуникацию в нужном русле. В любом случае, несмотря на недостаток времени, выделенный на прием в российских медицинских организациях, и на колоссальную нагрузку, наши специалисты все еще считают беседу врача и пациента самым действенным инструментом достижения наилучшего результата лечения.

В §3 *«Влияние информированности и пациентской грамотности на эффективность коммуникации врача и пациента/клиента»* анализируется объем и характер различного рода информации, с которой сталкивается пациент на приеме. При этом от его уровня медицинской грамотности зависит, например, такой значимый фактор, как правильная интерпретация полученной от врача информации. Поэтому врачу необходимо внимательно и чутко выстраивать беседу, учитывая при этом видение, пожелания, тревоги и ожидания пациента. Многие специалисты подчеркивают необходимость использования врачами более простого языка для общения с пациентами, безусловно, ориентируясь на их уровень медицинской грамотности и образования.

Высокий уровень осведомленности в вопросах медицины оказывает положительное влияние на приверженность профилактике, формированию здорового образа жизни и более ответственному отношению к собственному здоровью и, как следствие, ведет к более внимательному соблюдению назначений и рекомендаций врача.

С советского периода государство в балансе ответственности за личное здоровье граждан играло ведущую роль. В современных условиях оно сталкивается с финансовыми, административными и информационными ограничениями, что приводит к необходимости рассуждать не о «праве» на получение медицинской помощи, а об «обязанностях» по сохранению своего здоровья пациентами и гражданами. Это, в свою очередь, требует серьезных изменений в обществе, часть которых уже произошла под воздействием социально-экономических и поведенческих трансформаций, а часть еще предстоит осуществить государству посредством правильно выстраиваемых коммуникационных компаний и привлечения медицинских антропологов для более точного и полного донесения сложного комплекса сообщений обществу, включая отдельно медицинское сообщество.

В §4 *«Представления врачей и пациентов/клиентов о факторах эффективности их взаимодействия»* изучена позиция обеих сторон диады. Для современного пациента важны и уровень, и качество оснащения лечебного учреждения высокотехнологичной помощью, и доступность, как в физическом, так и в финансовом плане, и удобство инфраструктуры, и уровень взаимоотношений с врачом, и непрерывность этих взаимоотношений.

Присущий российскому здравоохранению патернализм сформировал у врачей особое чувство ответственности и контроля и, как следствие, выработал обязательность неукоснительного соблюдения со стороны пациентов правил и установок внутри медицинской

организации и соблюдения всех назначений и рекомендаций. Все это требует от врача в современных условиях еще более развитых навыков коммуникации, так как для полного донесения до пациента информации о его состоянии и перспективах необходимо интерпретировать многочисленные и разнообразные данные высокотехнологичной диагностики, обсуждения возможных вариантов лечения таким образом, чтобы пациент соблюдал все назначения и в дальнейшем следовал рекомендациям о здоровом образе жизни и профилактики.

**В Заключение** подведены основные итоги диссертационного исследования.

- 1) Произошедшие за последние 40 лет изменения в целом в государстве, обществе, экономике оказали существенное влияние на систему здравоохранения. Пациенты превратились в разборчивых клиентов, объем знаний о здоровье, который им доступен из-за использования интернета оказался неисчерпаемым, что привело и к иллюзиям о собственной компетентности, и к пренебрежению мнением врачей и специалистов, а также к запросу на более качественное обслуживание. Государство, обозначив здоровье граждан приоритетом, несмотря на многочисленные реформы и попытки модернизации, пока в полной мере не смогло наладить процессы в отрасли. И если в Московском регионе можно говорить об успехах, особенно на фоне пандемии COVID-19, то ситуация в регионах остается плачевной: количество платных услуг растет, граждане продолжают выражать недовольство и системой здравоохранения, и врачами. При этом основным бенефициаром назревших изменений является непосредственно государство (система здравоохранения), для которого актуально сокращение расходов, улучшение статистических показателей (рождаемости, смертности, заболеваемости и проч.), повышение доверия к системе со стороны граждан (и пациентов, и врачей), стимулирование ответственного отношения к собственному здоровью граждан и т.д.
- 2) Врачи, находясь в ежедневном контакте с пациентами, регулярно сталкиваются с эмоциональными перегрузками (и от объема требований пациентов, и от руководства лечебных учреждений о соблюдении спущенных сверху предписаний). Как следствие, врачи вынуждены постоянно напоминать о необходимости вежливого и этичного общения, что происходит на фоне роста публично обсуждаемых уголовных дел против медиков. Таким образом, необходима комплексная работа по повышению престижа врачебной профессии по всем возможным направлениям от улучшения их финансового благополучия, условий труда, правовой защищенности до целенаправленной информационной политики. Все это может быть воплощено посредством организации коммуникационной и правовой поддержки государством медицинского сообщества, а также своевременно и в полном объеме информирования общества обо всем от изменений нормативно-правовых актов и прозрачности финансирования системы до пропаганды мер профилактики и политики формирования здорового образа жизни.
- 3) Для повышения эффективности и качества оказываемой медицинской помощи и связанной с этим удовлетворенности пациентов необходимость повышения уровня коммуникации между врачом и пациентом видится первоочередной задачей (повышение эмпатии и взаимного уважения, развитие партнерства и пациентоориентированности). Налаживание взаимоотношений врача и пациента, как и повышение уровня медицинской грамотности населения, необходимо осуществлять комплексно, что может быть предложено к реализации медицинскими антропологами в тесной взаимосвязи непосредственно с представителями врачебной профессии совместно с психологами, социологами, маркетологами, управленцами и экономистами в сфере здравоохранения. Повышение уровня медицинской грамотности населения, профилактика и здоровый образ жизни сегодня становятся основными источниками потенциальной экономии систем здравоохранения по всему миру. Комплексный междисциплинарный подход к разработке программ и коммуникационных страте-

гий с участием специалистов различных сфер, в том числе медицинских антропологов, видится наиболее перспективным и даже необходимым. Вклад медицинских антропологов будет полезен и для врачей: выявление реального уровня информированности и понимания пациентами назначений, налаживание эффективного диалога между врачом и пациентом, получение обратной связи со стороны пациентов, большая удовлетворенность от своей работы и, как следствие, большая эффективность труда. Пациенты тоже окажутся в выигрыше от активного вовлечения медицинских антропологов в работу современных лечебных учреждений: получаемые медицинские знания будут более доступны и структурированы, мнения и голоса пациентов получают возможность быть услышанными, комплаентность в связи с этим вырастет, важность профилактики и соблюдения здорового образа жизни будут восприняты с большей ответственностью и вовлеченностью. Поэтому создание профессии и внедрение в систему здравоохранения медицинских антропологов (в прикладном варианте профессии специалиста в сфере этнокультурных и этических компетенций) в современных российских условиях представляется крайне актуальным.

В Словаре специальных терминов дана интерпретация отдельных понятий.

В **Приложении №1** представлено экспертное интервью с практикующими врачами и специалистами российской медицинской антропологии.

В **Приложении №2** приведены данные исследования автора диссертации об уровне медицинской грамотности пациентов в оценке врачей.

Основные положения диссертационного исследования отражены в следующих публикациях:

***Статьи, опубликованные в рецензируемых изданиях,  
рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования РФ:***

- 1) Вяткина Н.А. Народная медицина тувинцев глазами врачей (по материалам опроса врачей и другого медицинского персонала в Республике Тыва и соседних регионах) // Новые исследования Тувы. 2018. № 4. С. 77–92.
- 2) Вяткина Н.А. Современное положение и перспективы развития доказательной медицины в России в оценке врачей и пациентов // Вестник антропологии. 2019. №3 (47). С. 123–143.
- 3) Вяткина Н.А. Уровень медицинской грамотности российских пациентов в оценке врачей // Сибирские исторические исследования. 2019. №4. С. 162–179.
- 4) Вяткина Н.А. Изменение отношения пациентов к здравоохранению как результат пандемии COVID-19 в России // Вестник антропологии. 2022. № 1. С. 174–192.

***Публикации в других научных изданиях:***

- 5) Вяткина Н.А. Медицинские антропологи в США: профессиональная деятельность // XII Конгресс антропологов и этнологов России: сб. материалов. Ижевск, 3–6 июля 2017 г. / Отв. ред.: А.Е. Загребин, М.Ю. Мартынова. – Москва; Ижевск: ИЭА РАН, УИИЯЛ УрО РАН, 2017. С. 229.
- 6) Харитонов В.И., Вяткина Н.А. Медицинский антрополог – практик и исследователь – в современном мире и российской реальности // XII Конгресс антропологов и этнологов России: сб. материалов. Ижевск, 3–6 июля 2017 г. / Отв. ред.: А.Е. Загребин, М.Ю. Мартынова. – Москва; Ижевск: ИЭА РАН, УИИЯЛ УрО РАН, 2017. С. 241–242.
- 7) Вяткина Н.А., Присяжная Н.В. Социология медицины и медицинская антропология: различия и точки соприкосновения // Медицинская антропология и биоэтика [электронное издание]. 2017. № 2(14) (1,17 а.л.) ([http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3389](http://www.medanthro.ru/?page_id=3389)).
- 8) Vyatkina N.A. The Internet and Healthcare System in Russia // 2nd International Scientific Conference “HealthOnline 2018 Patient Engagement in the Digital Era: Book of papers with peer review and abstracts. 25–26.01.2018”, edited by K. Kacjan Zgajnar and A. Starc. Ljubljana: University of Ljubljana. P. 265–272.

- 9) Вяткина Н.А., Харитонов В.И. Современный врач и народная медицина: восприятие врачами идей медицинской интеграции // XIII Конгресс антропологов и этнологов России: сб. материалов. Казань, 2–6 июля 2019 г. / Отв. ред.: М.Ю. Мартынова. – Москва; Казань: ИЭА РАН, КФУ, Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2019. С. 43–44.