Министерство образования и науки Российской Федерации

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)

Философский факультет
Кафедра социологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП,
д-р. социол. наук, профессор
_____ А. Ю. Рыкун
«17» июня 2016 г.

Щекотин Евгений Викторович

ЭКСПЕРТНОЕ РЕШЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОЙ И ВРЕМЕННОЙ ОГРАНИЧЕННОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОЗА ВРАЧА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание степени магистра социологии
по направлению подготовки
39.04.01 – Социология

Руководитель ВКР
д-р социол. наук, проф.
_____ А. Ю. Рыкун
«06» июня 2016 года

Автор работы
студент группы 1203
_____ Е. В. Щекотин

Томск – 2016

Министерство образования и науки Российской Федерации

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Философский факультет
Кафедра социологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП,
д-р. социол. наук, профессор
_____ А. Ю. Рыкун
«17» июня 2016 г.

ЗАДАНИЕ

по подготовке магистерской диссертации
студенту Щекотину Евгению Викторовичу группы **№1203**

1. Тема ВКР работы Экспертное решение в условиях информационной и временной ограниченности (на примере диагноза врача неотложной медицинской помощи)

2. **Срок сдачи** магистерской диссертации: а) на кафедре – 01 июня 2016 г.;
б) в ГЭК 18 июня 2016 г.

3. **Исходные данные к работе**: **Цель**: проанализировать, каким образом осуществляется взаимодействие и координация интересов и ожиданий врача и пациента в процессе конструирования диагноза. **Задачи**: 1. проанализировать теоретические модели принятия решения; 2. изучить структуру принятия решения в процессе диагностики; 3. рассмотреть модели обоснования справедливости на основе концепции «социологии градов» Л. Болтански и Л. Тевено; 4. охарактеризовать метод кейс-стади как наиболее оптимальный для достижения цели исследования; 5. выявить практики согласования принципов справедливости в процессе взаимодействия врача НМП и пациента. **Объект исследования** – действия врача, которые осуществляются в процессе принятия решения о диагнозе (диагностики). **Предмет исследования** – совокупность элементов, задействованных в принятии решения о диагнозе в условиях ограничения информации и времени. **Методы, применяемые в исследовании**: метод включенного наблюдения, неформализованное интервью, анализ документов, формализованные экспертные интервью.

4. **Краткое содержание работы**: Работа состоит из введения, двух глав и заключения. Глава 1 Конструирование диагноза как социальное действие: принятие решения и проблема рациональности, Глава 2 Конструирование диагноза в условиях временной и информационной ограниченности: кейс-стади врача неотложной медицинской помощи.

5. Дата выдачи задания «15» февраля 2016 г.

Руководитель ВКР
д-р социол. наук, зав. каф. социальной работы _____ А. Ю. Рыкун

Задание принял к исполнению 15.02.2016 г. _____

АННОТАЦИЯ

Объем выпускной квалификационной работы составляет 76 страниц, во время написания работы было использовано 67 источников.

Процесс принятия решения о диагнозе (диагностика) является сложным образованием, где помимо медицинских компонентов присутствуют и социальные составляющие. Сложность этого процесса обусловлена вовлеченностью в принятие решения о диагнозе не только врача, но и самого пациента. Целью данного исследования является анализ практики взаимодействия врача и пациента и координация их взаимных ожиданий и интересов. Актуальность исследования определяется необходимостью повышения эффективности работы медицинских учреждений в плане оказания медицинской помощи гражданам, и в частности оказания НМП. Данный вид медицинской помощи появился в российском нормативном поле 10 лет назад, и до сих пор ее правовой статус остается не вполне проясненным.

Структура работы включает 2 главы, состоящих из 5 параграфов. В первой главе рассмотрены рациональные основания принятия решения. С позиции теории субъективной рациональности проанализированы этапы принятия решения о диагнозе и выделены в качестве особого компонента представления о справедливости, который необходимы для согласования рациональности принятого решения. Во второй главе рассмотрены практики согласования режимов справедливости в процессе взаимодействия врача НМП и его пациентов. Выделены основные принципы справедливости, на основе которых осуществляется координация представлений врача и пациента, выявлены практики управления рисками принятого решения, которые использует врач НПМ в своей профессиональной деятельности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5
1 Конструирование диагноза как социальное действие: принятие решения и проблема рациональности 8
1.1 Возможности теория рационального выбора (ТРВ) для концептуализации процесса принятия решения 8
1.2 Принятие решения с позиции «субъективной» рациональности 20
1.3 Диагноз как практика согласования принципов справедливости 27
2 Конструирование диагноза в условиях временной и информационной ограниченности: кейс-стади врача неотложной медицинской помощи 41
2.1 Профессиональная деятельность врача неотложной медицинской помощи: общая характеристика и методология исследования 41
2.2 Практика согласования режимов справедливости в процессе принятия решения о диагнозе врачом неотложной медицинской помощи 50
Заключение 70
Список литературы 72
Приложение А Программа исследования 77
Приложение Б Список экспертов 81
Приложение В Опросный лист 82
Приложения Г Дневники наблюдений 83
Приложения Д Интервью 132

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Социология медицины является активно развивающимся направлением современной социологии. Однако вопросы диагностики практически не обсуждаются исследователями в отличие от других проблем социологии медицины. Вместе с тем изучение диагноза как социального конструкта имеет большое теоретическое и практическое значение, например, для понимания взаимодействия врача и пациента, медикализации, опыта нездоровья, изучения социальных движений, связанных с проблемами здоровья и т.д. [60. P. 279]. «Социология диагноза» как одно из направления в социологии медицины появилась относительно недавно в 90-е гг. XX века и в российской социальной науке практически не представлена.

Процесс диагностики (постановки диагноза) является по своей сути принятием решения. В целом, структура принятия решения о диагнозе как определенного социального действия подчиняется общим закономерностям, свойственным процессу разработки и принятия управленческих решений. В тоже время, принятие решения о диагнозе обладает существенными особенностями, которые обусловлены спецификой самого предмета исследования и границами ситуации, в которой этот процесс происходит. В ситуации оказания неотложной медицинской помощи (НМП) взаимодействие врача и пациента происходит в условиях жесткого дефицита времени, возможности получения информации существенно ограничены техническим оснащением врача. Также, в случае оказания НМП врач зачастую выступает не только как медицинский работник, реализующий свои непосредственные профессиональные функции. Большое значение приобретает социальная роль врача – пациенты возлагают на него свои ожидания, которые могут выходить далеко за рамки профессиональных обязанностей врача. Отмеченные ограничения накладывают определенные коррективы на процесс принятия решения.

Принятие решения о диагнозе является двухсторонним процессом, в котором участвует врач и пациент как две активно действующие силы. Такая интерактивная природа диагноза высвечивает определенный спектр проблем, которые не получили достаточного освещения в современной научной литературе. Речь идет о причинах возникновения конфликтов между врачом и пациентом. Суть данных конфликтов, как правило, связывается либо с нарушением административных регламентов, регулирующих взаимодействие между врачом и пациентом, либо с психологическими особенностями профессиональной деятельности. Однако не менее важное значение в возникновении конфликтов имеет рассогласование ценностных представлений, интересов и принципов справедливости, которыми руководствуются врач и пациент. В этой связи исследование структуры процесса

принятия решения о диагнозе как сложного, многослойного явления, в котором переплетаются медицинские, административные, социальные и психологические компоненты, приобретает особую актуальность. Это позволяет реконструировать внутреннюю логику принятия решения представителями профессиональной сферы, которая приобретает большое знание в системе российского здравоохранения.

Проблема – исследование процедуры принятия решения о диагнозе в практике врача неотложной медицинской помощи.

Объект – действия врача, которые осуществляются в процессе принятия решения о диагнозе (диагностики).

Предмет – совокупность элементов, задействованных в принятии решения о диагнозе в условиях ограничения информации и времени.

Цель – проанализировать, каким образом осуществляется взаимодействие и координация интересов и ожиданий врача и пациента в процессе конструирования диагноза.

Задачи:

1. проанализировать теоретические модели принятия решения;

2. изучить структуру принятия решения в процессе диагностики;

3. рассмотреть модели обоснования справедливости на основе концепции «социологии градов» Л. Болтански и Л. Тевено;

4. охарактеризовать метод кейс-стади как наиболее оптимальный для достижения цели исследования;

5. выявить практики согласования принципов справедливости в процессе взаимодействия врача НМП и пациента.

Научная новизна исследования. Новизна исследования определяется его предметом и выбранной методологией. Применение антропологического метода позволяет рассматривать деятельность врача как управленческую практику, реализуемую на уровне микровзаимодействий, в форме непосредственного контакта. Изучение процесса принятия решения «вблизи», как отдельного микрособытия, имеющего свою структуру и внутреннюю динамику, представляет научный и практический интерес, т.к. позволяет рассмотреть механизм этого действия как процесс живого общения, как практику реализации довольно строгих норм и регламентаций.

Методологическая и теоретическая основа исследования. Работа выполнена в рамках такого направления современной социологии как социология медицина. В качестве теоретической основы исследования принятия решения использовалась теория рационального выбора, и в частности, модель субъективной рациональности Р. Будона. Анализ представлений о справедливости принятого решения опирается на теоретическую

схему «социологии градов» Л. Болтански и Л. Тевено. Основным методом эмпирического исследования является метод включенного наблюдения, также использовались методы: неформализованное и формализованное экспертное интервью, анализ документов.

Практическая значимость работы. Результаты исследования представляют определенный практический интерес, т.к. позволяют воссоздать схему взаимодействия врача и пациента, в результате которого конструируется диагноз. Обнаружена связь ценностных суждений и принятия решения о диагнозе. Изучение различий ценностных ориентаций врача и пациента позволяет понять структурные причины конфликтов и разногласий, которые возникают в процессе их взаимодействия. Результаты исследования могут быть использованы при разработке нормативных документов, регулирующих оказание НМП. Также полученные результаты могут использоваться для анализа профессиональной деятельности представителей других специальностей, которые связаны с принятием решениях в условиях ограниченности времени и информации (например, сотрудников МЧС и т.д.).

Положения, выносимые на защиту:

1. диагноз является сложным конструктом, составленным из медицинских, социальных, административно-правовых, психологических и технических элементов;

2. решение о диагнозе является результатом координации посредством переговоров и соглашений, которые осуществляются между вовлеченными в ситуацию сторонами (врачом, пациентом и «третьими лицами» – родственниками, друзьями и т.п.);

3. принятие решения о диагнозе включает в качестве обязательного компонента согласованность представлений о справедливости решения. Рассогласование таких представления является причиной конфликтов;

4. эффективность принятого решения о диагнозе определяется не столько результатами терапии, сколько степенью убежденности пациента в справедливости диагноза и оказанной помощи;

5. врач в процессе своей профессиональной деятельности вырабатывает специфические практики управления рисками, позволяющие ему оптимизировать риски принятого решения в будущем.

Апробация результатов исследования. Основные научные положения исследования были представлены на междисциплинарном научном симпозиуме «Потенциал философии управления» (Челябинск, 30.10. 2015), Всероссийской научной конференции «X Ковалевские чтения. Россия в современном мире: взгляд социолога» (Санкт-Петербург, 13-15.11.2015), The International Conference Social Sciences Today: Current Issues and New Horizons (Томск, 24-25.04. 2015).

1 Конструирование диагноза как социальное действие: принятие решения и проблема рациональности

1.1 Возможности теории рационального выбора (ТРВ) для концептуализации процесса принятия решения

Теория принятия решения может быть рассмотрена как частный случай теории рационального выбора [53. С. 51]. Поэтому исходные постулаты ТРВ допустимо в равной степени будут справедливы и для теории принятия решения. «Проблема рационального выбора трактуется в наиболее общем виде как определение наилучшего варианта действия по достижению цели при ограниченных ресурсах» [53. С. 43]. С момента своего «вторжения» на дисциплинарное поле социологии ТРВ прошла несколько фаз последовательных изменений, в результате которых первоначально простые принципы экономического подхода Г. Беккера, превратились в гораздо менее ясные социологические конструкции.

Основные положения ТРВ можно резюмировать в форме следующих допущений [53. С. 45-46]:

1) рациональность субъективна. Это означает, что рациональность в ТРВ обладает «субъективными критериями»: каждое индивидуальное «я» устанавливает такой стандарт рациональности, который считает лучшим для себя. «Объяснения рационального выбора связывают индивидуальное поведение с субъективными верованиями и предпочтениями индивида, а не с объективными условиями и возможностями, стоящими перед ним» [30. С. 28].

2) рациональность ограничена. Факторами ограничения выступают информация и время. Информация, которая доступна действующему субъекту в каждый конкретный момент времени, является не полной. Поиск полной информации имеет логический предел, который подразумевает, что на некотором этапе дальнейший сбор информации становится слишком дорогим. Как отмечает, В. П. Култыгин, бесконечный сбор может быть признаком иррациональности действия. Таким же ограничивающим фактором является временной фактор. Принятие решение, осуществление выбора требует определенного, разумного количества времени. Когда времени на принятие решения оказывается слишком мало, то возникает риск не получить необходимую информацию и, соответственно, увеличивается риск принять нерациональное решение. В том случае, когда на принятие решения тратиться слишком много времени, то велики шансы упустить тот момент, когда нужно действовать, и, как результат, утратить контроль над ситуацией.

3) рациональность индивидуалистична. ТРВ подчеркивает автономию действующих акторов внутри общества. Социальные практики объясняются, скорее, путем обращения к верованиям и пожеланиям индивидов, а не наоборот [30. С. 38].

Еще одну характеристику ТРВ вводит В. П. Култыгин – различие между стратегическим и параметрическим выборами [30. С. 29]. Кратко, суть данного различия можно сформулировать следующим образом: стратегический выбор подразумевает, что действующий субъект должен принять во внимание выбор других индивидов, прежде чем он примет собственное решение; в случае параметрического выбора принимаемые решения не зависят от выборов других индивидов. ТРВ ориентируется на ситуации стратегического выбора, т.к. он позволяет объяснить, каким образом рациональные индивиды объединяются для достижения общих целей.

Основные идеи ТРВ пришли в социологию из экономической теории [25. С. 35]. Распространение ТРВ на изучение широкого круга социальных явлений (дискриминация, брак, образование, преступность и т.п.) можно рассматривать как форму «экономического империализма» [30. С. 30]. Основоположником применения экономического подхода для изучения социального поведения людей является американский экономист Г. Беккер. Г. Беккер утверждает, что основной принцип экономического подхода – максимизация полезности как основа человеческого поведения – может быть использован для анализа поведения любого социального субъекта. Место социальной структуры занимает рынок как способ регуляции поведения индивидов. Допущение стабильности предпочтений, являющееся фундаментальным для экономического подхода, по мнению Г. Беккера, вполне применимо и для анализа социальных форм [7. С. 31-32]. «В самом деле, я пришел к убеждению, что экономический подход является всеобъемлющим, он применим ко всякому человеческому поведению» [7. С. 35].

Дж. Коулман, рассматривая социологическую интерпретацию ТРВ, выделяет два уровня теории и три типа отношений, которые складываются между этими уровнями. Первый (макро)уровень – это системы, второй (микро)уровень – уровень отдельного актора. Соответственно, первый тип отношений – это влияние системных явлений на ориентации индивидов, второй – действия индивидов, которые считаются рациональными, третий – сочетание этих действий в некоторой институциональной структуре, которое ведет к системным последствиям [25. С. 36].

Использование такой двухуровневой теории позволяет Дж. Коулману интегрировать ТРВ в социологию. Он рассматривает ТРВ как сочетание допущений, относящихся к экономической теории и социологии. Он выделяет первые 4 элемента, которые являются

прямым заимствованием из неоклассической экономической теории, другие же 4 элементы взяты из социологии [25. С. 36]:

1) методологический индивидуализм. Кратко суть данного постулата можно раскрыть через утверждение ряда предположений: о существовании совершенной информации, которой обладает индивид; о совершенной рациональности действий людей, которая основана на информированности людей и их предпочтениях [25. С. 36]. Дж. Коулман отмечает, что ТРВ в социологии сохраняет установку неоклассической экономической теории о рациональности действий индивида, при этом посылка о совершенном рынке заменяется понятием социальной структуры, которая придает действиям индивидов системный эффект [25. С. 37].

2) принцип максимизации или оптимизации актора: в узком смысле это означает, что действия индивидов направлены на максимизацию полезности, в широком – что индивиды всегда ориентированы на некую цель и когда эта цель определена, последующие действия индивида, связанные с ее достижением, субъективно рассматриваются индивидом как эффективные [25. С. 37].

3) понятие социального оптимума (оптимума Парето): это такое состояние, при изменении которого в лучшую сторону для одного индивида или группы людей, обязательно происходит ухудшение ситуации для другого индивида или группы [25. С. 38].

4) понятие социального равновесия: это такое состояние, в котором ни один отдельно действующий актор не может улучшить своих результатов, сколько бы он не изменял свои действия. Равновесие возникает в ситуации, когда у акторов отсутствуют мотивы к изменению своих результатов [25. С. 39].

5) достижение полезности путем отказа от контроля. Данное утверждение является противоречием с точки зрения неоклассической экономической теории, для которой для которой очевидно, что максимизация полезности достигается путем установления контроля над каким либо ресурсом. Однако как отмечает Дж. Коулман, вполне возможна ситуация, когда индивиды максимизируют полезность, в одностороннем порядке отказываясь от контроля. Например, когда индивид передает контроль над собственными действиями другому индивиду, полагая, что это приведет его к лучшему результат. Наиболее вероятнее такой сценарий в ситуации ограниченной информации, когда результат действия в значительной степени не определен. В этом случае возникает доверие к действиям некоторых людей, которые как считается, лучше разбираются в ситуации [25. С. 41].

6) социальный капитал – любое проявление неформальной социальной организации, которое выступает как продуктивный ресурс для одного или более акторов [25. С. 41]. Акторы могут рационально инвестировать в социальный капитал, т.к. он приносит вполне

осязаемые дивиденды в форме нужных и полезных связей, знакомств и т.п. В то же время, социальный капитал является общественным благом, поэтому какие-то акторы будут испытывать его недостаток. Социальная природа данного капитала указывает на его зависимость от действий других людей. Социальный капитал зависит от свойств социальной структуры, характера закрытости социальных сетей, длительности социальных отношений и множественности связей.

7) социальное происхождение прав – рациональность того или иного действия в данной среде определяется распределением прав [25. С. 42]. Социальное распределение прав, сложившееся в процессе рациональных и эгоистичных действий индивидов, приводит к некоторому результату, относительно которого у этих индивидов складываются разные интересы, что приводит к возникновению конфликта.

8) институты. В рамках ТРВ институты выполняют две роли: а) объединяют действия отдельных акторов и позволяют им производить системный эффект (переход с микроуровня на уровень системы) (это, например, рыночные и электоральные институты); б) транслирование состояний системы и, таким образом, воздействие на ориентации отдельных акторов (влияние с макроуровня системы на микроуровень действий акторов) (прежде всего, средства массовой информации) [25. С. 43].

В своей классической форме, представленной экономическим подходом Г. Беккера, ТРВ опирается на антропологическую модель «экономического человека». Модель «экономического человека» предполагает определенную интерпретацию рационального поведения индивида. Так, Г. Саймон пишет, что «в экономической теории рациональный человек – это максимизатор, соглашающийся лишь на лучший вариант» [43. С. 17]. В. В. Радаев выделяет шаги, которые характеризуют действия «экономического человека», в том числе и в процессе принятия решений:

1. Выработка идеальных представлений о желаемом благе в виде совокупности требований к предполагаемому месту работы или приобретаемому продукту.

2. Сбор по возможности полной и систематической информации об имеющихся альтернативах.

3. Выявление из всех возможных вариантов той альтернативы, которая наилучшим образом удовлетворяет субъективным требованиям.

4. Осуществление поиска до того момента, пока не находится соответствующий лучший вариант [38. С. 109]. Предоставленная последовательность шагов является универсальной процедурой при осуществлении выбора в рамках «экономического подхода» ТРВ.

Если обратиться к проблеме принятия решения о диагнозе, то можно увидеть, что именно такая модель принята в медицинском профессиональном сообществе и воспроизводится в педагогической практике подготовки специалистов-медиков. Она предполагает сбор максимально полной информации и выделение на основе этой информации определенного набора альтернатив, т.е. заболеваний. Эту модель принятия решения можно назвать «биомедицинской», т.к. она принимает во внимание только определенный тип информации – данные о биологическом состоянии тела пациента, об основных параметрах функционирования организма. В этом случае пациент рассматривается вне всякого контекста, он наделяется чертами идеального типа, который выводиться за рамки всех многообразных отношений, в которые он вовлечен в реальной повседневной жизни. Контекст в биомедицинской модели имеет значение только в том случае, если он значимо влияет на биомедицинские параметры организма пациента (например, образ жизни, возраст, профессия и т.п.).

В основе применения биомедицинской модели принятия решения о диагнозе лежит допущение о возможности заключить в скобки, вывести из рассмотрения социальный контекст, в котором осуществляется конкретное практическое взаимодействие врача и пациента. Врач и пациент интерпретируются как абстрактные, идеализированные фигуры. Врач, в той же степени, что пациент лишаются всех социальных, «человеческих» качеств – врач рассматривается как аналитическая машина, которая на основе собранных данных принимает решение, т.е. определяет диагноз. Пациент также становится абстрактным образом – он редуцируется к некоторому потоку данных, к совокупности признаков-симптомов, которые анализирует врач.

Данная модель задает определенную ретроспективу взаимодействия врача и пациента: это взгляд с позиции стороннего наблюдателя, с точки зрения объективных («научных» в смысле поддающихся количественному представлению) критериев. Эта деперсонализированная схема взаимодействия получила легитимацию в качестве единственно допустимого способа диагностики не только в границах медицинского профессионального сообщества, но в нормативных актах, регулирующих процесс оказания медицинской помощи.

Такая значительно упрощенная точка зрения на рациональное поведение индивида неоднократно подвергалась критики. Так, в рамках экономической науки Г. Саймон выдвигает концепцию «ограниченной рациональности», в рамках которой предлагает отказаться от специфичной экономической трактовки рациональности как процесса максимизации в пользу более широкого, близкого к обиходному толкованию этого понятия [43. С. 18]. Он утверждает, что в границах «экономического подхода» рациональность

рассматривается как характеристика самого решения, в то время как в ситуациях с высоким уровнем неопределенности более значимым оказывается процедурный аспект решения [43. С. 29]. То есть рациональным будет являться не само принятое решение, а процедура его принятия.

В частности, процедурная сторона рациональности проявляется в процессе сбора информации о возможных альтернативах. Г. Саймон отмечает: «Классическая теория – это теория человека, выбирающего из фиксированных и известных альтернатив с известными последствиями» [44. С. 64]. Однако такая модель оказывается существенным упрощением: в реальности альтернативы выбора не являются данными, их необходимо еще найти и определить последствия каждого выбора [44. С. 64]. Как показывает Г. Саймон, поиск альтернатив на практике связан не с максимизацией выгоды, а с удовлетворением – выбор, как правило, заканчивается раньше, чем будут рассмотрены все возможные альтернативы [43, с. 30]. Человек является не «максимизирующим» существом, а «удовлетворяющимся», которое ориентируется на ближайшие достижимые цели [44. С. 71].

Таким образом, процесс принятия решения в модели Г. Саймона связан с двумя главными понятиями – поиска и принятия удовлетворительного варианта [2. С. 176]. В процессе поиска альтернатив актор сталкивается с несколькими ограничивающими факторами: неполнотой информации, ограничением «вычислительной мощности» интеллекта и ограниченностью внимания. Г. Саймон показывает, что человек не стремиться собрать всю возможную информацию об альтернативных вариантах, а останавливает выбор в определенном смысле произвольно – в тот момент, когда по тем или иным причинам признает лучшей, наиболее «удовлетворяющей» какую-то альтернативу («первый подходящий вариант»). Такими причинами могут быть возрастающие издержки по поиску информации, или же поиск альтернатив может быть прекращен, когда лучший из предложенных вариантов превосходит уровень притязаний актора [43. С. 30].

Также поиск альтернатив ограничивается вычислительной сложностью решаемой задачи [43. С. 32]. Принятие решений относительной той или иной альтернативы требует определенного количества ресурсов (вычислительных мощностей) для обработки информации. Видимо, в техническом аспекте (приложение компьютерных моделей для задач, связанных с принятием решений) произошли значительные изменения по сравнению с той ситуацией, которую описывает Г. Саймон. Однако, в тех случаях, когда решение должен принимать актор, который не может использовать компьютерные модели – а таких случаев по-прежнему подавляющее большинство, то его единственным вычислительным устройством является собственный интеллект. В данном случае вычислительные мощности человеческого интеллекта выступают в качестве лимитирующего фактора, т.к. они остаются

неизменными на протяжении длительного периода времени, в то время как объем входящей информации неуклонно возрастает. В этой связи, Г. Саймон отмечает, что и внимание становится ограниченным ресурсом – в ситуации переизбытка информации сложно определить, что же именно требуется принять во внимание, а что можно проигнорировать. «Управление вниманием и учет косвенных последствий действий – вот две важнейших проблемы рациональности процедуры, стоящие перед современным обществом» [43. С. 35].

Р. Хайнер, развивая концепцию ограниченной рациональности, показывает, что в отличие от актора неоклассической теории, который должен реагировать на любое изменение в окружающих условиях, т.е. обладает абсолютной гибкостью, реальные люди довольно негибки. Они располагают определенным ограниченным набором правил, которые применяют к наиболее часто встречающимся в жизни ситуациям. Эти правила не являются универсальными, но позволяют эффективно действовать в условиях неопределенности [2. С. 178]. Следование определенным правилам, которые на практике подтвердили свою способность достигать поставленной цели, снижает неопределенность ситуации, повышает надежность решения. Поведение актора становится более предсказуемым, но в тоже время следование такому правилу не гарантирует оптимальное решения, которое приведет к максимальному результату. Таким образом, актор в определенных случаях предпочитает следовать более надежным и предсказуемым правилам, не стремясь максимизировать возможную полезность [59].

Если использовать модель ограниченной рациональности для анализа процесса принятия решения о диагнозе, то это означает, что врач становится менее абстрактной фигурой – он предстает как живой человек, который в силу свои человеческих качестве и жизненного опыта определяет заведомо неполный набор альтернатив-заболеваний. Врача не следует интерпретировать по аналогии с вычислительным механизмом, который в строгом соответствии с введенными данными выдает однозначный ответ. В реальной медицинской практике не редки случаи, когда диагноз как когнитивное действие не согласуется с реальностью – действительным течением заболеванием. Развитие заболевание представляет собой отнюдь не линейную функцию, в большей степени это похоже на ветвящиеся графы. Задача врача – определить по слабым сигналам траекторию это движения заболевания: перейдет ли ОРВИ в пневмонию или нет? пережил ли пациент инсульт или это был всего лишь скачок артериального давления? Эти и подобные им вопросы не редкость в практике врача. Здесь рациональным будет как раз такое решение, которое не является максимально соответствующим определенным объективным критериям (потому что часто просто нет достаточной информации для этого), а такое, которое является в наибольшей степени удовлетворительным для данного комплекса обстоятельств.

Также, использования удовлетворенности как критерия рациональности позволяет обнаружить в процессе принятия решения таких компонентов, которые напрямую относятся к субъективному миру человека. Удовлетворенность связана не только с некоторым эмоциональным состоянием, но и с ценностными, смысловыми структурами личности человека.

Р. Будон развивает идеи Г. Саймона и идет еще дальше в своей критике неоклассического подхода, предлагая концепцию «субъективной рациональности». Он трактует понятие рациональность гораздо шире, чем Г. Беккер и Г. Саймон. Рациональность действия, согласно Р. Будону, определяется ситуативно: «Понятие рациональности, следовательно, может быть задано только в определенных ситуациях» [11. С. 61]. Р. Будон показывает, что существует огромное количество ситуации, в которых актор, осуществляющий выбор, не способен найти решающего довода в пользу того или иного варианта. В этом случае, в качестве основания для принятия решения могут выступать доводы, которые на первый взгляд не являются рациональными в строгом смысле этого термина (то есть отклоняющиеся от жесткой схемы «средство-цель») [11. С. 62-63]. Эти доводы могут, в том числе относятся и к сфере, традиционно определяемой как иррациональная (например, мифы, «представления», ценности, традиции и т.д.). Таким образом, Р. Будон показывает, что рациональность актора нельзя определить посредством только универсальных, внешних критериев, она определяется самой ситуацией, в которую вовлечен этот актор [11. С. 64].

Р. Будон критикует «отвлеченный» на процесс установления рациональности действия. Не сторонний наблюдатель должен выносить суждение о рациональности или иррациональности того или иного действия, а сам актор определяет степень рациональности своего действия, руководствуясь своими собственными смыслами и представлениями. Р. Будон подчеркивает, что рациональность поведения актора определяется тем, насколько адаптивными оказываются его действия в конкретной ситуации [11. С. 65].

Таким образом, Р. Будон стремиться интерпретировать понятие «рациональность» чрезвычайно широко, далеко выходя за границы неоклассического варианта ТРВ. Р. Будон, обращаясь к веберовскому пониманию рациональности, рассматривает ее как результат индивидуальных действий, смысл которых определяется внутренними установками сами акторов [63. P. 476]. Радикальной трансформации подвергается и принцип индивидуализма, краеугольный камень ТРВ. Р. Будон показывает, что принятие решения не является действием полностью независимым от действий других людей. Существует сложная связь между действием отдельных акторов и интерсубъективным действием некоторой группы, которая выражается в виде «эффектов агрегирования» [11. С. 71].

Для понимания процесса диагностики важен как раз последний тезис Р. Будона, связанный с переинтерпретацией понятия индивидуализма. Действительно, врач и пациент оказываются связанными друг с другом в процессе принятия решения – врач и пациент должны прислушиваться друг к другу, в противном случае возникает конфликтная ситуация. На решение врача влияет пациент с помощью определенного механизма обратной связи, который будет рассмотрен во второй главе. Рациональность решения о диагнозе, таким образом, определяется не индивидуально врачом, на это решение влияет другой человек – пациент. В этом смысле, решение о диагнозе можно рассматривать как в некотором смысле коллективное действие.

Еще более радикальный вариант критики неоклассического подхода к рациональности предлагает А. Этциони. Он полагает, что индивидуальные решения являются функцией, по крайней мере, двух форм полезности, несводимых друг к другу: 1) стремление к получению удовольствия и выгоды, и 2) моральных обязательств [58. P. 111]. Акторы в процессе принятия решения руководствуются целями, которые связаны с достижением личного удовлетворения, но и теми целями, которые возникают в связи с их моральными обязательствами. Такой «гуманистический» взгляд на процесс принятия решения значительно усложняет определение рациональных оснований того или иного действия. Существование двух противоречивых ценностей-целей создает конфликт, который приводит к внутреннему диссонансу в сознании актора. Этот конфликт имеет определенные психологические последствия: он может привести актора к бездействию, к снижению способности определять рациональность тех или иных решений, непоследовательности выбора и т.д. [58. P. 114-15].

По мнению А. Этциони рациональность принимаемых решений существенно ограничивается интеллектуальными способностями людей. Люди часто не осмысливают полученную информацию, склонны совершать выбор под влиянием эмоций или ценностных установок. Кроме того, в тех случаях, когда решение принимается на основе знаний, не редко оказывается, что этих знаний не достаточно для принятия полностью рационального решения. А. Этциони считает, что решения, принимаемые коллективными субъектами более эффективны, чем решения индивидуальных субъектов [58].

Таким образом, можно резюмировать, что ТРВ в том виде, в котором она пришла из экономического неоклассического подхода в социологию, подверглась существенной трансформации. Под сомнение последовательно были поставлены все базовые постулаты ТРВ:

1) Г. Саймон показал, что целью реального актора является не максимизация, а удовлетворение. Таким образом, количественный критерий рационального решения оказался под сомнением.

2) Р. Будон обратил внимание на ситуативную обусловленность рациональности каждого конкретного решения, тем самым опровергнув допущение о возможности универсальной рациональности.

3) А. Этциони поставил под сомнение принцип индивидуализма в ТРВ. Принятие решения является сложной смесью устремлений к удовлетворению индивидуальных желаний и моральных требований, которые накладываются обществом.

Французский социолог Л. Тевено отмечает, что понятия «социальная норма» и «рациональность» разделяют социологов и экономистов на два непримиримых лагеря [49]. Несовместимость этих двух понятий в рамках одной дисциплины или течения, вызывает попытки либо их строго разграничить, либо редуцировать одно из понятий к другому. В изложенном выше обзоре основных этапов развития ТРВ можно заметить эти попытки. Л. Тевено предлагает решение этой жесткой дилеммы, полагая, что эти два понятия могут согласовываться в рамках одной концепции. Таким предметом исследования может стать понятие «действия» или точнее «координация действий» [49. С. 94].

Л. Тевено рассматривает прагматический аспект согласования действий. Он подчеркивает, что суждение индивида (относительно самого себя и относительно других людей) зависит от согласования действий с окружающим миром. «Форма суждения напрямую зависит от модальностей согласования действия с окружающим миром, который может заключать в себе других индивидов» [49. С. 110]. Таким образом, любое действие содержит в себе оба понятия – как рациональный компонент, так и элемент социальной нормы. Вопрос заключается лишь в том, каким образом они соотносятся в процессе координации одного действия. В зависимости от того, как конкретно выстраивается взаимодействие индивида и окружающего мира, могут складываться различные конфигурации. И здесь вполне допустимо использовать объяснение действия при помощи понятия намерение, если сложившаяся конфигурация требует принимать во внимание замыслы другого индивида, и также уместна будет координация действия на основе общего суждения (представляющего расчетную рациональность), если этого достаточно для объяснения действия [49. С. 110].

Л. Тевено выделяет три главных аспекта таких конфигураций, которые отличаются отношением индивида к окружающей среде. Первый аспект связан с необходимость учета других индивидов при оценке действия. Если индивид может это делать, учитывая только свои собственные действия, он будет рассматривать внешнюю среду как объективно данную.

Соответственно, понятия интереса и рационального расчета будут адекватны для данной ситуации. Но если действия индивида зависимы от действий других индивидов, то оценивать действие необходимо так, чтобы принимать во внимание этих других. Таким образом, общее благо в этом случае нельзя разложить на сумму частных независимых интересов [49. С. 111].

Второй аспект касается возможностей, которыми располагает индивид для интерпретации внешнего мира. Эти возможности варьируются в зависимости от того, насколько привычной является данная среда для индивида. Когда у индивида имеется прошлый опыт действия, он может ограничиться пониманием этого действия, не стремясь его обобщить. Напротив, в незнакомой окружающей среде, индивид не может прибегнуть к простому пониманию, он вынужден искать более общие ориентиры. Третий аспект связан с возможностью обоюдного согласования: индивид может полагаться только на самого себя при согласовании действия с окружающей средой, или же ждать пока другие предложат свои варианты согласования [49. С. 111].

Л. Тевено, опираясь на три изложенные выше аспекта конфигурации, выделяет два полярные позиции согласования действия. Первая, в которой индивид должен полностью дистанцироваться от окружающего мира, должен стать на позицию наблюдателя-интерпретатора, познающего мир с точки зрения его упорядоченности, близка к модели рационального выбора [49. С. 111]. «Этот подход основывается на устойчивых формах отношений, схемах мира, которые соотносятся и с номонологической задачей, и с осуществлением политических и административных мер» [49. С. 112]. Данная позиция имеет свои ограничения, связанные с тем, что здесь не учитываются действия других индивидов, влияние обстоятельств и т.п. Вторая позиция полностью полярна первой - здесь, напротив, согласование действия зависит от действий других участников, окружающий мир рассматривается как неупорядоченный и непостоянный. В этом случае выработка общих суждений не обязательна, каждый индивид ожидает подсказок от других индивидов, т.е. согласование действия происходит по преимущественно ситуативно [49. С. 112].

Первая позиция выражает тот способ согласования, который сложился при объяснении действия в рамках концепции рационального выбора, второй, соответственно, указывает на способ согласования, принятый в концепциях объясняющих действия посредством социальной нормы. Л. Тевено предлагает третью точку зрения, отличную от первой и от второй. Этот способ согласования действия соотносится со следующей прагматической конфигурацией:

– общее благо, касающееся всех остальных индивидов;

– ссылка на общие ориентиры, на которых каждый может основать свои суждения и взять за точку отсчета в диспутах;

– нацеленность на взаимное согласование, которое возникает на основе обобщенного суждения и позволяет производить поправки действий, имеющие универсальных характер [49. С. 113].

Л. Тевено отмечает, что для того, чтобы охарактеризовать данную конфигурацию согласования действия, необходимо обратиться к изучению потребности в справедливости [49. С. 113]. Стремление к справедливости является ключевым компонентом в обеих моделях согласования – в модели соответствия норме, и в модели рационального действия. В первом случае, представления о справедливости задают общие ориентиры и формы общей оценки, когда речь идет о согласовании действий широкого круга незнакомых людей, в пределе всего человечества. Обращение к нормам справедливости позволяет согласовать намерения отдельных, незнакомых друг с другом индивидов и сделать их поведение предсказуемым. Во втором случае представления о справедливости дают возможность выработать общий стандарт, установить согласие относительно номенклатуры благ, без которой невозможна координация посредством рынка.

Л. Тевено показывает, что постепенная трансформация теории рационального выбора, привела к пониманию того факта, что координация действия требует учитывать действия других людей. Это требование заставляет отказаться от узкой трактовки рациональности как способности к расчетам и рассматривать ее в более широком контексте суждения о действии [49. С. 116]. Отсюда возникает возможность рассматривать возможность согласование действия через призму взаимосвязи окружающей среды и действия. Различные отношения между согласованием действия и средой позволяют выделить различные модальности суждения о координации действия. В частности, одна из этих модальностей связана с согласованием действия посредством представлений о справедливом. Такой теоретический шаг позволяет избежать противостояния в объяснении согласования действия (в том числе, и принятия решения) либо только социальными факторами, либо узко трактуемой рациональностью.

Таким образом, принятие рационального решения как способ согласования действия заключает в себя обе модели координации – на основе общих суждений (т.е. рациональности в узком значении), и путем выяснения намерений, участвующих в ситуации индивидов (т.е. социальных норм). Взаимодействие этих моделей осуществляется посредством представлений о справедливости. Рациональным будет являться такое решение, которое в равной мере соответствует двум формам справедливости – установленной из согласия всех участвующих людей, и определяемой из общих объективированных суждений (норм рациональности). В дальнейшем, опираясь на данную модель, рассмотрим, каким образом осуществляется согласование этих форм справедливости в повседневной практике людей, на примере взаимодействия врача и пациента.

1.2 Принятие решения с позиции «субъективной» рациональности

Теперь рассмотрим процесс принятия решения, опираясь на теоретическую модель «субъективной» («ситуационной») рациональности Р. Будона. Основные черты рациональности в данной модели можно резюмировать следующим образом: критерии (стандарты) рациональности того или иного решения определяются конкретной ситуацией, в которой находится принимающий решение индивид; рациональность решения зависит от внутренних установок актора, а не только от «внешних» (объективно определяемых) параметров; принятие рационального решения не является сугубо индивидуальным действием, в значительной степени оно связано с другими людьми.

Рассмотрим, какие основные этапы принятия рационального решения можно выделить, используя модель субъективной рациональности. В целом, структура принятия рационального решения хорошо изучена в литературе, посвященной различным аспектам управления: управление в организации, общий менеджмент и т.п. Целью данного исследование не является детальный анализ подходов и классификаций к выделению этапов принятия решения, поэтому в качестве теоретической основы рассмотрим подход, предложенный в работе М. Мескона, М. Альберта и Ф. Хедоури [33]. Данный выбор обусловлен высокой популярностью работы среди исследователей, а также прикладной направленностью, ориентацией на решение конкретных задач, возникающих в повседневной практики организации.

В работе [33] выделяются несколько типов решений: интуитивные решения, решения, основанные на суждениях, и рациональные решения. Само решение определяется как выбор альтернатив [33. С. 153]. Интуитивные решения принимаются на основе эмоций и ощущений. Решения, основанные на суждении, связаны с опытом и накопленными знаниями. Можно сказать, что такие решения принимаются на основе аналогий с теми ситуациями, которые уже встречались прежде. Рациональные решения принимаются при помощи объективных аналитических процедур, и они не зависят от прошлого опыта. Очевидно, что авторы придерживаются неоклассического понимания рациональности в выборе решения, т.к. рациональность фактически отождествляется с эксплицитными правилами, которые доступны внешнему наблюдению, т.е. которые возможно объективировать в виде некоей системы суждений, которая не зависит от конкретных обстоятельств и субъекта. Такая форма рациональности, по мнению авторов, способствует повышению вероятности эффективности решения, особенно в непривычной сложной ситуации [33. С. 153].

Принятие рационального решения включает в себя следующие этапы:

1) *диагностика проблемы* – определение проблемы или установление правильного и полного диагноза. Первый этап диагностики проблемы связан с осознанием и установлением симптомов, т.е. признаков. Второй этап диагностики – со сбором необходимой (и следует отметить – доступной) информации. При этом речь идет о релевантной информации, потому как субъект, принимающий решение, практически всегда сталкивается с ситуацией избыточной информированности. В этой связи важное значение приобретают навыки работы с информационным потоком, способность управлять информацией, особенно в условиях ограниченного времени на принятие решения.

Если обратиться к объекту нашего исследования (врач неотложной медицинской помощи), то для анализа его деятельности вполне применимы, предложенные М. Месконом, М. Альбертом и Ф. Хедоури, требования к диагностике проблемы (в данном случае недомогания). Действительно, врач стремится правильно определить симптомы заболевания и собирает необходимую информацию. При этом он также использует определенные приемы, для того чтобы выделить релевантную информацию из поступающего потока, т.к. зачастую сведения о состоянии пациента, которые сообщает сам пациент, имеют малую информативность для целей постановки диагноза. Возможности врача для получения информации ограниченны техническими возможностями – его «оснащение» составляет только медицинский чемодан, укомплектованный в соответствии с Приказом № 100 МЗ РФ. В набор такого медицинского чемодана из технических устройств, позволяющих получить дополнительную информацию о состоянии пациента, включается термометр, тонометр, фонендоскоп и глюкометр (следует отметить, что в данном исследовании глюкометр отсутствовал в укладке чемодана, т.к. врач его не применял и выложил, чтобы уменьшить массу чемодана). Таким образом, в качестве исходной информации для принятия решения о диагнозе используются данные, полученные при осмотре пациента врачом; сведения, изложенные самим пациентом (некоторый нарратив); информация используемых технических устройств (как правило, это 1-2 прибора, обычно тонометр и фонендоскоп);

2) *формулировка ограничений и критериев принятия решения*. Суть данного этапа состоит в том, что субъект, принимающий решение, должен понимать, что в его распоряжении всегда находится ограниченное количество ресурсов для решения проблемы, а также, что он действует в определенной среде, которая сама по себе способна генерировать разные типы ограничений, которым субъект не в силах управлять.

Если обратиться к модели субъективной рациональности, то данный этап оказывается важнейшим для принятия решения. Определение типа и формы ограничения, его значимости является субъективным фактором, порой эти ограничения могут быть

эксплицированы субъектом и в этом случае они становятся объективным фактором, влияющим на принятие решения. Но гораздо чаще такие ограничения действуют имплицитно и становятся заметны только при пристальном исследовании. В случае принятия решения о диагнозе в качестве фактором, ограничивающем решение, может являться сам пациент. Речь идет не только о том, что пациент, будучи источником информации, может предоставлять недостоверную информацию, вносить неосознанное искажение или каким-то иным образом затруднять сбор необходимых данных. Более важным фактором является тот факт, что пациент не является пассивным объектом, который только наблюдает за тем, как врач принимает решение. Пациент во взаимодействии с врачом занимает активную позицию, он имеет возможность воздействовать на врача при помощи разных средств: в случае несогласия или неудовлетворенности действиями врача, он может написать жалобу, инициировать конфликт, который в любом случае невыгоден врачу. На наш взгляд, в этом проявляется существенное отличие между неоклассической («менеджериальной») моделью принятия решения, изложенной в [33], и моделью субъективной рациональности. Объект управления в модели, основанной на неоклассическом понимании, рассматривается как бездеятельная, пассивная сторона, которая способна только воспринимать управленческие решения, а трудности при реализации этих решений объясняются проблемами коммуникации и т.п. факторами. В модели субъективной рациональности учитывается факт влияния других людей на принимаемое решение. В случае нашего исследования объектом управления выступает другой человек, обладающий собственной волей и интересами, т.е. он способен не только сопротивляться решениям, с которыми не согласен, но сам подталкивать врача к выгодным ему решениям.

Современный пациент по выражению А. Джутел является «информированным потребителем», он имеет такой же доступ к информации, что и врач. Поэтому «идеальный» вариант взаимоотношений врача и пациента – это сотрудничество, совместное обсуждение состояния пациента и совместное же принятие решения, каким образом действовать в дальнейшем [60. P. 294]. Однако, к сожалению, такой позитивный сценарий практически никогда не реализуется. Профессиональные знания врача всегда ограничены, на его решения накладывает отпечаток личный профессиональный опыт. К тому же на врача оказывают давление многочисленные социальные факторы, некоторых из которых рассмотрим во второй главе. Все это позволяет А. Джутел утверждать, что диагноз не существует как реальность, онтологически. Диагноз представляет собой понятие, концепт, который связывает биологическое, технологическое, социальное, политическое и живое [60. P. 294].

Ф. Браун предлагает выделить в рамках социологии медицины отдельное направление – «социологию диагноза». Он подчеркивает, что в социологии медицины

интересы исследователей сконцентрированы вокруг проблемы болезни, нездоровья, в то время как исследования посвященных общим аспектам процесса диагностики отсутствуют, за исключением исследований посвященных диагностики некоторых конкретных заболеваний [55. P. 38]. В тоже время, Ф. Браун, что процесс диагностики занимает центральное место в процедуре последовательного конструирования болезни. Ф. Браун два типа диагностирования заболеваний: 1) заболевания для которых биомедицинское определение принимаются без конфликтно и 2) заболевания, для которых применение биомедицинского определения является проблемой или оно может привести к конфликту [55. P. 41]. В первом случае сам пациент – профан в медицине, не играет активной роли в определении болезни. Сюда он относятся инфекционные заболевания, различные хронические заболевания и т.п. Во втором случае в определение болезни вовлекаются не только врачи-профессионалы, но и сами пациенты, социальные движения и прочие заинтересованные участники. К числу таких конфликтных заболеваний Ф. Браун относит заболевания, связанные с состоянием окружающей среды, авариями, генетической предрасположенностью и т.п.

На наш взгляд, конструктивистский подход, который развивает Ф. Браун в отношении «проблемных» заболеваний, вполне применим и к заболеваниям, которые он предлагает описывать определять посредством биомедицинских понятий. В диагностики таких вполне рутинных заболеваниях, как ОРВИ или гипертония также можно обнаружить социальные компоненты, которые смешиваются с биомедицинскими. В качестве таких социальных компонентов выступают ограничения разной природы, с которыми сталкивается и вынужден считаться врач в процессе диагностики.

В этой связи проблема выяснения ограничения приобретает решающее значение в процедуре принятия решения о диагнозе. Во-первых, критерий эффективности принятого решения приобретает субъективный смысл – различные субъекты могут считать эффективным различные решения. Под эффективностью принято понимать соотношение между целью и средствами, необходимыми для ее достижения. Так, например, если речь идет об экономической эффективности, то здесь под целью понимается полученный результат, имеющий определенное количественное значение, а под средствами – затраты для достижения данного результата [32]. Эффективность в этом случае является одномерной величиной, которая к тому допускает вполне объективное измерение. В случае субъективной рациональности эффективность выявление критерия эффективности решения оказывается более сложным процессом: различие целей, которые могут преследовать вовлеченные в принятие решение субъектов, увеличивает сложность. Так, если допустить, что врач и пациент ориентируются на разные цели, то, соответственно, различны будут и средства,

которые используются для достижения этих целей. В этом случае будут различаться и критерии оценки эффективного решения. Решение о диагнозе, таким образом, требует согласования целей и интересов всех сторон-субъектов, принимающих участие в принятии этого решения. Процесс согласования целей еще более усложняется, если в него вовлекаются не только врач и пациент, но и другие участники, например, родственники пациента, администрация поликлиники (в роли контролирующей инстанции) и т.п.

Если рассматривать эффективность с точки зрения модели субъективной рациональности, то появляется необходимость эксплицировать субъективно полагаемые цели и сопоставить их с используемыми средствами. В таком случае, как показывает Р. Будон, действия, представляющиеся стороннему наблюдателю иррациональными, в действительности оказываются вполне рационально обоснованными (см. примеры в [11. С. 63-64]). Однако ситуация с участием двух субъектов оказывается намного сложнее: субъективные цели необходимо согласовать в рамках какого-то компромисса, т.е. нужно сформулировать некую консолидированную цель, которая в равной степени была бы приемлемой как для врача, так и для пациента. Согласование разных интересов в таком случае возможно только на основе общих ценностей, понятных и разделяемых всеми сторонами. Если согласование целей не предполагает обращение к понятию «общего блага» (как конститутивного основания ценностной системы), то это означает, что стороны пришли согласию на основе соблюдения сугубо личных интересов. В этом случае речь может идти о таком явлении как коррупция (здесь этот термин используется в широком смысле, как действие, связанное с получением непосредственной личной выгоды).

Следует отметить, что точки зрения анализ процесса принятия решения, учреждение здравоохранения (сотрудником которого является врач и, соответственно, правила и нормы которого он обязан соблюдать) мало чем отличается от любой другой организации, оказывающей услуги. Различие связано со спецификой той услуги, которая предоставляется в рамках такого учреждения. Забота о здоровье пациента, которую предоставляет учреждение здравоохранения, не предполагает получение непосредственной выгоды (выраженной в экономических или каких-то подобных показателях). Поэтому получение прибыли, денежного вознаграждения не может быть целью при принятии решения о диагнозе. Такие цели лежат в этической и социально-политической плоскости. Этический императив, который должен руководствоваться медицинский работник восходит еще к временам Гиппократа, который одним из первых сформулировал морально-этические принципы врачебной деятельности (сегодня эти принципы получили выражение в форме «клятвы Гиппократа» в ее различных вариациях). Другая сфера целеполагания – социально-политическая, она связано с участием государства в системе здравоохранения. Как показал

М. Фуко, к концу XVIII века в практике государственного управления возникла такая категория как «население». Забота о «населении» с того момента становится важнейшей функцией государства [52]. С тех пор участие государства в сфере заботы о здоровье становилось все более весомым и значимым. Постепенное развитие принципов и форм социального государства привело сегодня к возникновению государственной системы здравоохранения, в рамках которой государство принимает на себя обязанности по заботе о здоровье граждан. Эти положения закреплены законодательно (например, в Конституции РФ (статья 41)). Таким образом, государство посредством установления разнообразных норм и регламентов, регулирует сферу оказания медицинских услуг.

Отсюда, можно сделать вывод, что согласование целей, на достижение которые направлено решение о диагнозе, должно происходить посредством обращения к общим для всех заинтересованных сторон представлениям о «должном». То есть диагноз как решение должен быть определенным образом «легитимизирован» путем обоснования и согласования. Обоснование в данном случае включает в себя не только и не столько обращение к медицинским фактам (знаниям и опыту врача), сколько достижение консенсуса относительно справедливости принятого решения. Это подразумевает, что такое согласие не обязательно должно достигаться на основе объективных медицинских фактов и данных (которые, к тому в реальной медицинской практике допускают широкую интерпретацию). Согласие о принятом решении в большей мере основывается на представлении о справедливости этого решения. В случае, когда одна из вовлеченных сторон считает данное решение не справедливым, то возникает конфликт.

Такой взгляд на проблему принятия решения о диагнозе открывает широкое поле возможных исследований. В частности, большой интерес представляет психологический и этический аспекты, связанные с восприятием личностей врача и пациента друг другом. В рамках данного исследования внимание будет направлено только на один аспект согласования решения – это воздействие представлений о справедливости на принятие решения. В дальнейшем данное положение будет рассмотрено подробнее;

3) *определение альтернатив*. В случае принятия решения о диагнозе в практике неотложной помощи определение альтернатив связано, как правило, с выявлением тяжести состояния больного. Важно, прежде всего, установить насколько тяжелым и опасным является состояние пациента – необходима ли госпитализация или врач может справиться своими силами? Эта первичная дилемма определения альтернатив. Определение альтернатив осуществляется с учетом ограничений, который выделяет врач. Следует отметить, что при определении альтернатив врач придерживается определенного алгоритма – сначала определяется, входит ли данный случай в группу наиболее часто встречающихся

заболеваний (в практике врача неотложной помощи, которая наблюдалась в нашем случае это три заболевания – ОРВИ, повышенное артериальное давление и остеохондроз). Затем, если обнаруженные признаки свидетельствуют о том, что данный конкретный случай не попадает в группу наиболее вероятных заболеваний, врач приступает к более тщательному сбору информации, что увеличивает продолжительность времени принятия решения);

4) *оценка альтернатив*. Выявленные альтернативы должны быть оценены определенным образом. Этот этап непосредственно связан с оценкой степени тяжести состояния пациента;

5) *выбор альтернативы*. Выбор следует непосредственно после оценки альтернатив – определив состояние пациента, врач принимает решение, какими будут его дальнейшие действия.

Еще два этапа непосредственно следуют за выбором альтернативы – это реализация решения и обратная связь [33]. В случае принятия решения о диагнозе врач также должен совершить определенные действия, т.е. реализовать принятое решение. Собственно, это те действия, которые должны облегчить состояние пациента. Важно отметить следующий момент – для пациента важен сам факт действия, а отнюдь не его реальные последствия. Это значит, что такие действия не всегда направлены непосредственно на то, чтобы помощь пациенту или облегчить его состояние медицинскими средствами. Например, в некоторых случаях врач ставит укол простой дистиллированной воды, просто для того чтобы пациент успокоился (естественно пациенту об этом не сообщается). В этом случае пациент удовлетворяется данным действием и признает его справедливым, для него оказывается важен сам факт действия, оказанного внимания. В других случаях врач дает общие рекомендации по лечению (такие как соблюдение диеты, ведение дневник наблюдения за давлением) для того, чтобы занять или отвлечь пациента. Таким образом, принятие решения (т.е. выбор альтернативы) и его немедленная реализация являются неразделимыми элементами диагноза в практике врача неотложной помощи, поэтому в дальнейшем мы будем рассматривать принятие решение о диагнозе как комплекс действий, включающих в себя как непосредственно выбор альтернативы, так и ее реализацию.

Особое внимание следует обратить на этап обратной связи. В наблюдаемой нами практике врача неотложной помощи данный этап выражен очень четко – практически каждое посещение пациента завершается прямым вопросом «Есть ко мне вопросы, претензии, пожелания?». Насколько известно, такое действие не является обязательным для врача. Данная практика возникла вследствие серьезно конфликта с пациентом. Теперь врач активно ее использует для выявления согласия или не согласия пациента с принятым решением.

1.3 Диагноз как практика согласования принципов справедливости

В данном параграфе будет рассмотрены основные типы представлений о справедливости, которые встречаются в практике принятия решения о диагнозе. Представления о справедливости как формы согласия связаны с развитием «социологии градов» Л. Болтански и Л. Тевено [9]. Кратко суть позиции Л. Болтански и Л. Тевено можно определить следующим образом: взаимодействие между людьми строится на достижении согласия [9. С. 67]. Это достигается путем такого когнитивного действия как сближение, которое позволяет на основе значимых критериев классифицировать различные персонажи и объекты, рассматривать их в отрыве от частных обстоятельств. Такое сближение осуществляется посредством соотнесения сближаемых объектов с чем-то более общим для них. Все разнообразные формы сближения, которым следуют акторы в своей повседневной жизни, так или иначе отсылают к принципам справедливости, правды или правильности [9. С. 70]. Эти общие формы сближения, основанные на представлениях о справедливости, имеют свойство способствовать разрешению споров.

Наличие способности к сближению позволяет людям координировать свои действия. Легитимность того или иного действия, признание его справедливым требованием, опирается на «императив обоснования справедливости» [9. С. 75]. Координирование действий людей посредством обращения к общему благу (некоторого легитимного порядка) предполагает выстраивание определенной иерархии ценностей, которая позволяет достигать согласия. «Для справедливого обоснования ситуации согласно общему высшему принципу необходимо, чтобы каждый человек и каждый объект, вовлеченный в ситуацию, соответствовал ей» [9. С. 80]. Такая ситуация, которая является «когерентной», не содержит сомнительных, неопределенных объектов, представляется как естественной.

При этом, как отмечают Л. Болтански и Л. Тевено, отличие предлагаемого ими подхода в том, что он допускает существование различных форм «легитимности» или «рациональности», при этом научная и техническая точность рассматриваются наравне с другими формами справедливого обоснования [9. С. 81]. Л. Болтански и Л. Тевено пишут: «мы отказываемся от противопоставления двух определений правильного соответствия: как справедливости, с одной стороны, и как точности, с другой. Мы рассматриваем при помощи одних и тех же концептуальных инструментов ситуации, в которых нарушение соответствия будет расценено как несправедливость, и те, в которых речь будет идти о дисфункции» [9. С. 81]. Таким образом, несоответствие (то есть конфликт, разногласие) может быть вызвано как неправильным поведением людей (этическими причинами), так и неправильным соотношением между людьми и вещами (например, доходы, должности, материальные

объекты и т.п.). Но также разногласия может возникать по причине неправильного взаимодействия на уровне вещей.

Такой ход мысли позволяет Л. Болтански и Л. Тевено перевести обсуждение проблемы справедливости от сферы метафизических построений политической философии в сферу практического разума, практической мудрости, благоразумия, рассудительности [9. С. 82]. Если обратиться к области нашего исследования, то это можно интерпретировать как переход от изучения принципов справедливости, которые реализуются в отношения врача и пациента и которые, как правило, можно обнаружить в различных административных актах, этических и обучающих документов, к более прозаическому уровню прагматики оправдания, к исследованию самой практики установления справедливости. Принципы справедливости носят нормативный характер, они закреплены в объективированной форме (текста, заповеди и т.п.), в то время как практика в рамках подхода Л. Болтански и Л. Тевено – это ситуативное действие. Они анализируют ситуацию, отказываясь от предварительного определения действующих сил и вовлеченных сторон [14. С. 228]. Поэтому определение каждой конкретной ситуации (в нашем случае – процесса принятия решения о диагнозе), является постоянно возобновляемым действием, которое требует каждый раз заново согласовывать формы справедливости.

Для анализа практических форм установления справедливости, Л. Болтански и Л. Тевено предлагают модель «социологии градов». Они выделяют несколько «систем величия» – совокупностей общих принципов, правил, к которым в определенный момент обращаются спорящие как решающему аргументу для разрешения спора. Такое обращение к общим принципам побуждает людей к достижению согласия или, напротив, к дает им повод выражать протест, чувствовать себя ущемленными, требовать восстановления справедливости [9. С. 116]. Основания этих общих принципов, как правило, не объясняются в повседневных спорах между людьми, поэтому Л. Болтански и Л. Тевено обращаются к определенному набору текстов по политической философии, которые в наибольшей мере, по их мнению, раскрывают эти принципы справедливости и общего блага.

Л. Болтански и Л. Тевено отмечают, что необходимость обращения к этим принципам высшей справедливости возникает, когда стороны не смогли договориться полюбовно и когда вопрос о достижении согласия перестает быть их частным делом. В этом случае согласие требует обращения к более высокому и общезначимому уровню, чем уровень межличностных интеракций. Принципы справедливости и общего блага, которые называют принципами (или порядками) величия, Л. Болтански и Л. Тевено объединяют в несколько групп – «модели градов». «Модели градов» строятся на основе нескольких аксиом-требований:

а1) принцип общности человеческой природы, объединяющей всех членов града [9. С. 127]. Это предполагает тождество людей, которые составляют сообщество и которые способны действовать согласованно. Принцип общности человеческой природы исходит из того, что все люди в равной степени наделены человеческой природой, и исключения, которые допускают деление на полноценных и неполноценных людей, не допускаются.

а2) принцип различия – исключает идиллии и эдемы [9. С. 128]. Под идиллией и эдемом Л. Болтански и Л. Тевено подразумевают такое состояние сообщества, когда все согласны со всеми. Для членов града может быть, по крайней мере, два возможных состояния или положения. Наличие таких состояний позволяет выделить формы обоснования действий.

а3) общее достоинство – все состояния, в которых могут находиться члены града, должны обладать общим достоинством [9. С. 129]. Только в такой человеческой общности, допускающей множество состояний, равный доступ к этим состояниями и их общее достоинство, возникает возможность для достижения соглашений между людьми, а также для возникновения разногласий. Такие разногласия принимают форму споров относительно присвоения того или иного состояния человеку, не затрагивая более глубокие и более конфликтные вопросы определения этих состояний.

а4) принцип упорядочения состояний (принцип величия) – часто для достижения согласия необходимо не только объяснение или предвосхищение действия, но и их упорядочение в зависимости от степени значения [9. С. 129]. В этом случаев классификация состояний преобразуется в шкалы ценностей, значимости благ, связанных с этими состояниями. Л. Болтански и Л. Тевено отмечают, что все модели политической философии («грады»), которые они выделяют, содержат внутреннее противоречие, связанное с тем, что люди объединены согласно принципу общности человеческой природы и при этом они упорядочены в соответствие с принципом величия.

а5) формула инвестирования – показывает, каким образом может быть преодолено отмеченное выше противоречие. Эта формула связывает благополучие высшего состояния с платой или жертвой, которая требуется для его достижения [9. С. 130].

а6) принцип общего блага – благополучие, возрастающее по мере продвижения к высшим состояниям, приносит пользу всему граду, т.е. является общим благом. Общее благо противопоставляется эгоистичному наслаждению, которым необходимо пожертвовать ради достижения состояния высшего величия [9. С. 131]. Состояние «великих» людей (т.е. достигших высшего состояния) отличается от состояния «простых» или «малых» не только тем, что первые достигают большего благополучия, но и тем, что их величие

распространяется на всех, в том числе на самих «простых» людей. «Эгоистическое счастье «малых» как бы дополняется благополучием великих» [9. С. 131].

Модель града, построенная на принципах перечисленных аксиом, обладает рядом достоинств. Она позволяет рассматривать множественность принципов согласия, т.е. исключает утопию эдема, для которого характерно отсутствие разногласий [9. С. 133]. Модель града допускает только один порядок величия и соответствующий ему высший принцип справедливости, однако она не отрицает существования других высших принципов. Установление согласия относительно высшего принципа осуществляется путем редукции – упорядочивания в соответствии со значимостью каждого из них, вплоть до наименее значимого, который в этом случае рассматривается как частное благо. Устанавливается такой порядок, в котором одна из форм общего наделяется легитимностью общего блага града, а все остальные связываются только с эгоистическими, частными наслаждениями, самоудовлетворению.

Если рассмотреть процесс принятия решения о диагнозе с такой точки зрения, то многие конфликты и споры, возникающие в ходе взаимодействия врач и пациента, могут быть объяснены как следствие рассогласования принципов справедливости, которыми руководствуется каждая из сторон. Редукция этих принципов осуществляется посредством практического выяснения, установления целей и намерений врача и пациента. Последовательное исключение разных принципов, в конце концов, завершается установлением согласия относительно того, в границах какого града принятое решение о диагнозе будет в полной мере легитимным. В противном случае, если такое согласование оказывается не успешным и диагноз, установленный врачом, рассматривается пациентом как несправедливый, т.к. не согласуется с его моделью града, возникает разногласие, конфликт. Причем конфликт может инициировать как пациент, так и врач. В определенных случаях врач, что называется «идет на принцип», он отказывается принимать условия пациента, тем самым обостряя ситуацию разногласия. Такие случаи является единичными, в подавляющем большинстве наблюдаемых эпизодов врач соглашался с условиями пациентов, если они каким то образом обозначались.

Таким образом, можно отметить, что установление принципа справедливости, который будет легитимным для данного конкретного случая принятия решения о диагнозе, является практическим действием. Это действие осуществляется посредством переговоров, согласования позиций сторон, их интересов и целей, в процессе чего происходит последовательная редукция принципов справедливости и установление града, в пределах которого будет действенным данный диагноз. Это ситуативный процесс, каждый раз он разворачивается заново и приводит к различным результатам.

Рассмотрим основные модели градов, которые выделяют Л. Болтански и Л. Тевено.

1) рыночный град

При его анализе Л. Болтански и Л. Тевено обращаются к трудам А. Смита, в которых выделяются основные элементы этого града. В этом граде справедливый тип отношений связан с рыночными связями, действия должны осуществляться в соответствии с «собственными интересами» [9. С. 90]. Рыночные отношения объединяют людей посредством редких благ, которые вызывают всеобщее желание обладать ими. В силу соперничества желаний цена блага, связанная с его обладанием, зависит от желаний обладания других людей [9. С. 85-86]. Величие в рыночном граде воплощается в форме богатства. Возможность обогащения в равной степени доступна всем людям [9. С. 135]. Жертвой или платой за приобщение к этому величию является необходимость постоянно быть начеку, в деле, чтобы не пропустить возможность для обогащения. Это подразумевает отказ от личных привязанностей, долгосрочных проектов и верности традициям [9. С. 135]. Общее высшее благо воплощается богатыми людьми, которые благодаря своей деятельности поддерживают конкуренцию. Блага, обмениваемые на рынки, оказываются полезными для всего града в целом, поэтому пользу приносит сами по себе роскошь и изобилие [9. С. 135]. Высшим общим принципом достижения согласия является рынок. Рынок выступает как испытание, которое должны пройти спорящие стороны.

2) *град благодати и вдохновения*

Классическим произведением, в котором в самой полной мере раскрывается данный принцип справедливости, по мнению Л. Болтански и Л. Тевено является труд «О граде Божием» Блаженного Августина. Августин противопоставляет два мира (града), земной и небесный, Царство Божие. Эти грады находятся в иерархических отношениях друг к другу: общее благо – божественная благодать, – в разной мере распределена между ними [9. С. 140-141]. Высшей формой величия здесь выступает «благодать». Наличие благодати обеспечивает благополучие и согласие существ. В граде благодати порицаются земные блага и интересы, являющиеся причиной безумия и разногласия [9. С. 144-145]. Град Божий является всеобщим, он указан свыше [9. С. 142]. Величием наделяется «дух», который не стремиться к славе и тщеславию, к богатству и роскоши, т.е. равнодушен к благам града. Это дух смирения [9. С. 145]. Смирение, реализуемое через отрешение и аскетическую жизнь, позволяет установить связь с трансцендентальным началом, с Богом. Отрешенность, достигающая наивысшей степени в образе аскета-отшельника, приводит к разрыву всех других социальных связей [9. С. 146]. Жертвой, которую приносит «великий», является отрешение от собственного тела [9. С. 147]. Как отмечают Л. Болтански и Л. Тевено, в наше время святость уже не является типичным для человека способом самореализации, тем не

менее обращение к высшему принципу вдохновения возможно в тех случаях, когда необходимо оправдать справедливость утверждения о том, что человек может достичь величия, не заботясь о признании со стороны других или мнении окружающих [9. С. 147].

3) *патриархальный град*

В этом граде величие людей определяется их положением в системе отношений, основанной на строгой иерархии и личной зависимости [9. С. 150]. Человек здесь не может существовать вне какой-либо корпорации, которая в сою очередь рассматривается как лицо, имеющее определенное положение в иерархической структуре. Также человек определяется через свою принадлежность к роду, который обладает собственной идентичностью, превосходящей идентичность отдельного индивида. В патриархальном граде любые связи между людьми мыслятся по образу рода и семейных отношений. Каждый человек является отцом по отношению к своим подчиненным и с сыновним почтением относится к авторитету старших [9. С. 150]. Величие в патриархальной форме можно оценить лишь на основании личной зависимости, из которой люди извлекают определенный вес и авторитет. Человек должен знать свое место, свое положение в этой системе отношений [9. С. 151]. Незнание свое места считается в патриархальном граде признаком сумасшествия.

В качестве классического текста, содержащего образец патриархального града, Л. Болтански и Л. Тевено используют сочинение французского автора XVII века Боссюэ «Политика, извлеченная из священного писания» [9. С. 152]. Боссюэ обосновывает легитимность королевской власти, ссылаясь на то, что она представляет собой наилучшую форму организации отношений между Государем, государством и подданными [9. С. 153]. Государь здесь является «отцом народа», которые принимает на себя бремя ответственности за своих подданных. Эта ответственность и связанное с ней одиночество, составляет жертву Государя и, соответственно, определяет меру его величия [9. С. 154-155]. Государь в патриархальном граде выступает как высшее существо, которое гарантирует согласие между людьми. В этой системе Государь является «служителем» Господа – он хранитель «клятвы верности», залог «подчинения», которое обеспечивает иерархическую связь между всеми людьми в государстве [9. С. 156].

Власть Государя представляет собой расширение отцовской власти. Принцип субординации лежит в основе справедливости и социальной связи, поскольку «подчинение сил» сдерживает безграничное выражение эгоистических желаний [9. С. 157]. Положение в такой системе отношений зависит от степени приближенности к богу или к государю, являющегося его служителем. В то же время существование великих оправдывается только лишь их желанием «защищать слабых». Благодаря защите и опеке Государя каждый подданный становится сильнее. Легитимность государя основана не только на опеке,

которую он оказывает зависящим от него подданным, но также неотделима от его самоотречения, отказа от эгоистических стремлений [9. С. 158].

4) *град репутации*

В этом граде величие человека определяется мнением других [9. С. 162]. Классическими текстами для града репутации выступают труды Т. Гоббса. В отличие от рыночного града, в граде репутации нет внешних по отношению к людям благ, за которые могла бы возникнуть конкуренция. Признание репутации касается непосредственно людей, а их атрибуты выступают как признаки (знаки) их известности, уважения, почета [9. С. 164]. Величие личности проистекает из оказываемых ей знаков почтения. Гоббс выстраивает посредством понятий «знаков» и «признаков» иерархию людей в соответствии с разными уровнями «величия». Наибольшим величием обладают те люди, кому оказывается наибольшее число знаков уважения, т.е. те, кому оказывают доверие наибольшее количество других людей [9. С. 164]. Степень могущества человека определяется признанием его другими, которые тем самым и наделяют его этим могуществом. Поскольку величие человека зависит от мнения окружающих, то его самооценка не играет никакой роли [9. С. 165].

Известность человека определяет его достоинство – быть известным в силу чего-либо (богатства, занимаемого поста, великих деяний) означает почет, безвестность, напротив, порождает бесчестье [9. С. 166]. Между выказываемыми знаками уважения и «истинным» уважением нет никакого различия. В граде репутации положение «простых» людей определяет низкой самооценкой по причине невысокого мнения о них других людей [9. С. 166]. Такая связь между признанием и справедливостью предполагает, что ценность человека или предмета может меняться в зависимости от колебания мнения. Разногласия вызваны разрывом между самооценкой человека и оценкой его другими людьми [9. С. 168]. Протест оскорбленного человека, который указывает на нарушенную справедливость, возникает как следствие ошибки в самооценки, т.е. завышенной оценки самого себя или излишних притязаний. В отличие от града благодати здесь не возможен конфликт между мнением и совестью – публичные действия, связанные с внутренним вдохновением и личной убежденностью, являются признаком безумия [9. С. 168].

5) *гражданский град*

Для характеристики принципа справедливости гражданского града Л. Болтански и Л. Тевено обращаются к работе Ж.-Ж. Руссо «Общественный договор». Общее благо и общественное согласие в этом граде основаны на власти суверена, величественного и беспристрастного. Власть суверена выше, чем личные интересы, однако в отличие от модели патриархального града, суверен не олицетворяется с государем [9. С. 175]. Суверен в

гражданском граде не имеет телесного воплощения, он представляет собой слияние стремлений отдельных граждан в одной общей воли. Ради этого общего блага граждане отказываются от личных особенностей [9. С. 175]. Для установления справедливого порядка необходимо, чтобы люди обратились от целостности первого порядка, которую составляют те непосредственные группы и классы, к которым они принадлежат, к целостности более высокого уровня, второго порядка [9. С. 178]. Эта целостность второго порядка основана на достижении общего для всех блага, отказе от следования своим эгоистичным интересам. Только такая целостность позволяет установить общее согласия. Л. Болтански и Л. Тевено показывают, что общее согласие является определенным состоянием, которого может достичь каждый человек. Здесь нет противопоставления общего блага частному – абстрагируясь от своей частной воли, индивид осознает волю общую [9. С. 179]. Таким воплощением общей воли является закон: он выражает волю деперсонифицированного суверена, он не подвержен влиянию частых интересов [9. С. 180].

Величие человека в гражданском граде определяется добродетелью, т.е. способностью отказаться от сиюминутных желаний и плотских побуждений в пользу общего блага [9. С. 181]. Заслуги здесь измеряются тем, насколько человек служит общественным делам, касающихся интересов всех [9. С. 182]. В этой связи все личные отношения в гражданском граде воспринимаются как сомнительные и подозрительные. Любые отношения между людьми, не опосредованные обращением к общему благу, препятствуют выражению общей воли, тяготеют к частным интересам.

6) *Научно-технический град*

Принцип справедливости, лежащий в основе научно-технического града, Л. Болтански и Л. Тевено рассматривают на примере трудов А. де Сен-Симона. Научно-технический град основывается на объективном характере вещей, а не на субъективной воле людей. Общество – это «организованная машина», в которой каждый член, каждый орган выполняет установленную функцию [9. С. 193]. Устойчивое, правильное общество подчиняется «естественному ходу вещей». В этой органической машине мораль, а значит и представления о справедливости, понимается как совокупность функциональных правил, которые регулируют отношения между индивидом и обществом таким образом, чтобы они оба были в наибольшей степени счастливы [9. С. 194]. В научно-техническом граде высшим благом предстает удовлетворение всех потребностей, а теми, кто способен действовать в общих интересах являются ученые (в первую очередь, естественники) и «промышленники» [9. С. 195]. Поэтому величие определяется знаниями, умом, способностью управлять хозяйством (торговлей, производством, земледелием) на основе подсчета затрат и выгод [9. С. 196].

С позиции подсчета затрат определяется любое управление, в том числе и правление страной [9. С. 197]. В научно-техническом граде величие людей оценивают эксперты, которые распределяют на основе «научно позитивной компетенции», т.е. объективно установленных, научных критериях, вознаграждение «производителям» и «потребителям» [9. С. 198].

Разработанная Л. Болтански и Л. Тевено социология градов не свободна от критики. Представляются справедливыми вопросы по поводу выбора именно этих шесть принципов оправдания справедливости, а также о том, насколько универсальными они являются для разных культурных систем [14. С. 236]. Тем не менее, данный подход на наш взгляд, представляет безусловную эвристическую ценность, поскольку он вскрывает определенный аспект в процессе принятия решения, который выходит за рамки принятой трактовки рациональности. Хотя Л. Болтански и Л. Тевено обращаются в первую очередь к вопросам политической философии, публичным политическим дискуссиям, предложенные ими модели вполне применимы для анализа споров, возникающих на уровне повседневной жизни, в непосредственных взаимодействиях людей друг с другом.

Позднее Л. Болтански в соавторстве с Э. Кьяпелло дополнили рассмотренные выше модели еще одной моделью града – проектного града [8]. В этом граде центральное место занимает образ посредника, медиатора, который приобретает решающее значение в процессе формирования сетей [8. С. 205]. Величие людей и вещей в этом граде определяется их активностью, при этом активность рассматривается не в рамках привычных оппозиций, таких как «работа» и «не-работа» и т.п. Активность связана с участием в проектах, как своих собственных, так и в проектах других людей [8. С. 208-209]. Активность рассматривается, прежде всего, как непроизводительная активность встреч, которая, тем не менее, способствует расширению сети. Расширение сети отношений с разными людьми и объектами является критерием величия в проектном граде. Поэтому огромное влияние приобретают люди, способные выстраивать максимально длинные сети – не создавая непосредственно никакого продукта, такие посредники соединяют друг с другом самых различных участников, тем самым, способствуя появлению каких то новых вещей.

Л. Болтански и Л. Тевено подчеркивают, что принципы справедливости могут распространяться не только на людей. Они также включают в себя вещи – в этом случае речь идет о «мирах» [9. С. 209]. Вещи, включенные в тот или иной «общий мир», позволяют людям устанавливать положение величия. Без обращения к вещам, спор был бы нескончаемым действием, его нельзя было бы разрешить в испытании [9. С. 209]. Не вдаваясь в подробности, рассмотрим схему анализа, предложенную Л. Болтански и Л. Тевено. Она включает в себя следующие элементы:

1) высший общий принцип – это принцип координации, характеризующий град. Он устанавливает эквивалентность между людьми и вещами, и обеспечивает вынесение квалификационного суждения, необходимого для определения их объективной значимости [9. С. 223-224].

2) наивысшая степень величия – определяет положение в порядке величия [9. С. 224].

3) достоинство людей – определение достоинства людей связано с одной стороны с определенным пониманием человеческой природы, а с другой – связывает порядок величия с определенной способностью людей (например, со свойствами человеческого тела) [9. С. 225].

4) перечень субъектов – каждый мир включает в себя некоторый список субъектов, который, как правило, ранжируется по степени величия – «великие существа» и «простые существа» [9. С. 225].

5) перечень объектов и диспозитивов – каждый мир формирует свой специфичный перечень объектов и диспозитивов, которые способствуют объективации величия людей [9. С. 225-226].

6) формула инвестиции – определяет необходимую жертву, которая позволяет достичь величия [9. С. 226].

7) протокол о величии – показывает каким образом положение великого, способствующее общему благу, включает в себя положение простого [9. С. 226-227].

8) естественные отношения между людьми и вещами [9. С. 227].

9) форма гармонии естественного порядка – она представляет форму реальности, на которую ссылаются как на самоочевидную, естественную форму [9. С. 227-228].

10) образцовое испытание [9. С. 228].

11) способ выражения суждения [9. С. 228].

12) состояние «простых существ» и упадок града [9. С. 228].

Используя описанную схему анализа Л. Болтански и Л. Тевено, показывают каким образом, на основе градов представляются различные «миры». Кратко охарактеризуем представление каждого из миров.

1) *мир вдохновения*. Величие людей в мире вдохновения определяется в зависимости от того, пережили ли они порыв вдохновения и наивысший подъем чувств [99. С. 252]. Признаками величия является проявление самого вдохновения, например, озарение, эмоции, чувства, страсти. Они переживаются как нечто захватывающее, обогащающее, воодушевляющее, чарующее, волнующее и т.п. [9. С. 253]. В мире вдохновения люди и вещи не поддаются измерению, разуму, определению, они далеки от того, что является обычным.

Для достижения величия в мире вдохновения человек стремиться избегать всего привычного, он идет на риск, отказывается от привычек и норм, прописных истин и принципов [9. С. 255].

2) *патриархальный мир*. Здесь порядок и согласие между людьми устанавливаются через обращение к роду, традиции и иерархии [9. С. 261]. Величие человека проявляется в уважении и высокой оценки со стороны вышестоящих персон. Великий человек в патриархальном мире ведет себя корректно, «правильно», соблюдает приличия, он благожелателен, тактичен, сдержан [9. С. 262]. Люди квалифицируются согласно их отношению друг к другу, в зависимости от большей или меньшей значимости в общей иерархии. Предметы в патриархальном мире призваны поддерживать и подчеркивать эти отношения между людьми (подарки, поздравления, пожелания и т.п.) [9. С. 267-268]. В этом мире приветствуется отказ от эгоизма – великие люди несут ответственность за свое окружение, имеет по отношению к ним определенные обязанности. Обязанности проявляются в приветливости, услужливости, любезности, в щедрости сильного и готовности помочь [9. С. 270-271]. Упадок града проявляется через противоположные качества – невоспитанность, бесцеремонность, крикливость, чрезмерная вычурность и нескромность, бестактность, развязность [9. С. 278].

3) *мир репутации*. Положение в этом мире определяется мнением других – «успех зависит от реакции общественного мнения» [9. С. 281]. Люди образуют публику, мнение которой преобладает. Величие в мире репутации связано с известностью. Великими являются те, кто признан, известен, прославлен, известен, заметен и т.д. Человеческое достоинство в мире репутации составляет самолюбие, страстное желание быть признанными. По степени известности устанавливается эквивалентность величия людей, при этом не учитываются их другие качества (профессия и т.п.) [9. С. 282]. Достижение известность осуществляется при помощи определенных средств и диспозитивов: имиджа, марки, рекламные и информационные носители и т.д. [9. С. 284]. Формула инвестиции в мире репутации связана с отказом от закрытости и секретности, частная жизнь жертвуется в угоду публики. Естественные отношения здесь принимают форму убеждения, влияния, привлечения внимания [9. С. 286]. В мире репутации падение величия связано с безразличием и банальностью, отсутствием какого-либо образа, непризнанностью, утратой репутации и славы [9. С. 290].

4) *гражданский мир.* Его особенность в том, что главное место здесь занимают не люди как индивиды, а коллективные образования, возникшие на основе объединения людей. Ценность людей определяется их принадлежностью к коллективам и способностью выступать в качестве представителей этих коллективов [9. С. 290]. В гражданском мире

коллектив выступает как высший принцип, он превосходит и объемлет людей. Великими здесь являются массы и коллективы, величие коллективов выражается в их размере [9. С. 291]. Величие возрастает, если коллективы и люди стремятся к объединению, общим для всех целям. Проявлением величия также является представительство, т.е. способность представлять в своем лице других людей [9. С. 292]. Качество представителя указывает на место в порядке величия, представитель наделяется авторитетом и властью в организации, он обладает правом и полномочиями [9. С. 292].

Особенно ценится в гражданском мире такое качество людей и вещей как законность. Оно может характеризовать тексты (нормативные документы, законодательные акты), представителей, членов (сотрудники, штатные члены), делегатов и т.п. Достоинство здесь определяется стремлением к свободе, обладанием гражданскими правами, политическим участием [9. С. 293]. Субъектами в гражданском мире выступают коллективные лица и их представители – органы управления, партии и т.д., объектами – законные формы (права, законодательство, постановления, распоряжения и т.п.) [9. С. 294-295]. Формулой инвестиции является отказ от частного, от личных интересов в пользу общих, коллективных [9. С. 298]. Величие зависит от вступления в ту или иную организацию – член организации приобретает значение и вес, наибольшим величием обладают представители и избранные лица, наделенные полномочиями выражать общие интересы [9, с. 300]. Гражданский мир существует только в рамках государства [9. С. 301]. Состояние упадка гражданского града наступает, когда начинает преобладать частное над общим. Простым является все, что разделяет, разобщает, разъединяет [9. С. 302].

5) *рыночный мир*. Высшим принципом для рыночного мира является конкуренция [9. С. 307]. Действия людей движимы желаниями к обладанию редкими благами. Объекты, которые обладают наибольшей ценностью – это товары, которые можно хорошо продать. Великие люди богаты, они владеют миллионами, живут в роскоши и обладают ценными и редкими вещами [9. С. 308]. Положение великого не связано со временем, не имеет значения ни память о прошлом, ни планы на будущее, важно только то положение, которое человек занимает в данный момент. Простыми являются люди, которые терпят провал, неудачу, проигрывают в соперничестве, простые предметы – те, которые не вызывают желания, а напротив отталкивают [9. С. 309]. Бедняк почти лишен достоинства в рыночном граде, т.к. он не имеет возможности покупать и продавать, и тем самым участвовать в общем благе. Достоинство человека проявляется через желание обладать чем-либо, любовь к вещам, эгоизм [9. С. 309]. Субъектами в рыночном мире являются индивиды, стремящиеся удовлетворить свои желания: клиенты, конкуренты, продавцы, покупатели. Объектами выступают предметы роскоши, репрезентирующие богатство обладателя [9. С. 311].

Формула инвестиции здесь реализуется как реакция на меняющиеся обстоятельства, как свобода и независимость от личных связей, она также предполагает поддержание эмоциональной дистанции, контроль над эмоциями, внимание к другим [9. С. 312-313]. Падение рыночного града связано с преклонением перед деньгами [9. С. 317].

6) *научно-технический мир*. Это мир технических объектов и научных факт, у него много общего с рыночным миром, тем не менее, различия также значительны. Высшим общим принципом здесь является эффективность, результативность, производительность, способность обеспечивать нормальное функционирование [9. С. 319]. Величие людей в научно-техническом мире связано с достижением эффективности, надежности, функциональности. Качества великих людей и вещей – функциональные, действенные, профессиональные, выражают их надежность и предсказуемость, устойчивость в будущем [9. С. 319-320]. Соответственно, простые люди неэффективны, непродуктивны и малопроизводительны, вещи являются простыми, когда они субъективны, ненадежны, сломаны и т.п. [9. С. 320]. Достоинство человека определяется в терминах работы – это рабочий потенциал, энергичность, деятельность. Субъектами связаны с профессиональными квалификациями: эксперты, специалисты, ответственное лицо, работник и т.д. Положение в иерархии величия основывается на шкале квалификаций. Объектами являются инструменты, средства, задействованные в производственной задаче, методы, приемы и т.п. [9. С. 321-322].

Формулой инвестиции в научно-техническом мире является прогресс, который связан с вложением в динамику, развитие, в будущее [9. С. 324]. Естественные отношения – это такие отношения, которые обеспечивают размеренную деятельность и слаженное функционирование людей и вещей. Естественные отношения реализуют факторы производства, которые организованы в виде структур или систем, состоящих из приспособленных механизмов [9. С. 325]. Функционирование отношений в научно-техническом мире способствует установлению стабильности, устойчивости во времени. Для научно-технической деятельности требуется обустройство соответствующей среды, приспособлений и т.п. [9. С. 326]. Гармония научно-технического порядка выражается в организации системы, структуры, где каждый элемент обладает своей функцией, но эта гармония устанавливается только тогда, когда в системе присутствует рост, расширение [9. С. 327]. Падение научно-технического мира связано со стиранием человечности, с отношением к людям как к вещам [9. С. 328].

В этом параграфе по необходимости кратко были рассмотрены основные положения социологии градов, развиваемой Л. Болтански и Л. Тевено. Хотя сами авторы концепции подчеркивают связь предложенной социальной концепции с политической философией, и обращаются к примерам, связанным с разного рода публичными действиями, представляет,

что вполне допустимо применить ее и для ситуации принятия решения о диагнозе. Диагноз представляет собой не только суждение, которое выносит эксперт-врач, но и, как показывает практика, результатом переговоров. О диагнозе в прямом смысле договариваются. Пространство этих переговоров и соглашений является публичным в том смысле, что врач выступает в роли представителя определенной инстанции (системы здравоохранения РФ), которая заботиться об общем благе – в данном случае, о здоровье пациента. Государственная система здравоохранения функционирует для того, чтобы реализовывать определенную форму заботы государства о своих гражданах, здоровье людей здесь предстает одним из аспектов общего блага. Врач, в роли представился государства, оказывается вовлечен в определенный ситуативный конфликт – должен ли он действовать в рамках гражданского мира (и соответственно, руководствоваться принципами и правилами, принятыми в этом мире) или же в рамках научно-технического мира (т.к. медицина является наукой и предполагает строгие объективные стандарты оценки)? Порой эти две формы представления себя редуцируются до какого-то одного мира, но чаще они вынуждены устанавливать неустойчивое равновесия друг с другом. Нарушение этого равновесия приводит к явному конфликту между врачом и пациентом. Именно в случаях конфликта, несогласия можно зафиксировать наличие социального компонента принятия решения о диагнозе, что оправдывает наше обращение в проблеме оправдания справедливости тех или иных суждений.

2 Конструирование диагноза в условиях временной и информационной ограниченности: кейс-стади врача неотложной медицинской помощи

2.1 Профессиональная деятельность врача неотложной медицинской помощи: общая характеристика и методология исследования

Методика исследования: кейс-стади

Представленное исследование по своей сути представляет кейс-стади. Исследователь всесторонне изучал деятельность одного врача неотложной медицинской помощи на протяжении 7 месяцев (с ноября 2015г. по мая 2016 г.). Процесс изучения включал в себя включенное наблюдение за взаимодействие врача и пациентов, неформализованные интервью с врачом, изучение отдельных документов (должностные инструкции, записи в книге отзывов, бланк осмотра пациентов и т.п.). Также в качестве дополнительного метода использовался метод формализованного экспертного интервью (для обоснования представительности выбранного объекта исследования).

Единого взгляда на сущность метода кейс-стади в современной науки пока не сложилось [19. С. 54]. Не сложилось даже единства относительно того, как интерпретировать кейс-стади – как отдельный, самостоятельный метод или он является более общим исследовательским подходом. В данном исследовании мы будем придерживаться определения кейс-стади, предложенного Р. Йином: это глубокое исследование современных феноменов в контексте их реальной жизни, особенно когда границы между контекстом и явлением явно не определены [67. P. 18]. В. И. Добреньков и А. И. Кравченко выделяют две разновидности кейс-стади: первая (монографический «анализ случая») связана с изучением взаимосвязи предмета исследования с объектом (какое-то явление рассматривается в зависимости от эволюции среды его протекания); вторая разновидность изучает предмет исследования, который имеет отношение к разным объектам и которые не образуют для него единой среды [19. С. 59]. В данном исследовании изучается первая разновидность кейс-стади – объектом исследования выступает врач неотложной помощи (конкретный индивид), в качестве среды – пациенты, с которыми он взаимодействует в разных контекстах.

Таким образом, методология кейс-стади связана с глубоким, полным и комплексным анализом социального феномена на примере отдельного эмпирического объекта (случая). Достоинство данного метода обусловлено тем, что он дает «возможность получения более глубокой информации о латентных процессах, скрытых механизмах социальных отношений; только с помощью такого качественного подхода можно реконструировать сферу неформальных отношений, существующих между людьми» [24. С. 177]. Как отмечает

В. В. Семенова, для более глубокого изучения ситуации одновременно применяют разноплановые источники информации и интенсивные методы: включенное наблюдение, глубинные интервью, изучение официальных и неформальных документов [45]. Общая схема такого исследования состоит в определении проблемы, контекста ситуации; вопросов, подлежащих изучению; формулировке выводов по принципу «какие уроки можно извлечь из данного случая». Результаты такого всестороннего исследования значимы для всех объектов, на которые распространяется данная ситуация.

Следует отметить определенные трудности в применении данного метода. Наиболее важной трудностью является репрезентативность, т.е. способность данного объекта представлять изучаемый класс явлений в целом [19. С .58]. Для преодоления данной трудности необходимо соблюдение ряда условий: определение типологических особенностей объекта (наличие значимых общих признаков какого-то класса объектов у конкретного изучаемого объекта); также необходимо определить уникальные особенности объекта (частные признаки, которые не противоречат признакам генеральной совокупности); важно выделить четко предмет исследования – он должен быть тем же, что и в генеральной совокупности [19. С. 58].

В качестве основного метода сбора данных в данной работе использовался метод включенного наблюдения. Выбор данного метода обусловлен тем, что другие методы социологического исследования не позволяют в полном объему получить ту информацию, которая необходима для реализации поставленных в исследовании целей и задач. Так как исследование связано с изучением рутинных практик (для врача взаимодействие с пациентами является рутинным действием, которое осуществляется практически полусознательно, без рефлексии), непосредственное наблюдение необходимо для того, чтобы выделить и зафиксировать эти практики. Выбор метода непосредственного наблюдения связан с необходимостью преодоления ряда затруднений. Во-первых, медицинская диагностика связана с осмотром, в ходе которого пациент может чувствовать себя неловко и вовсе отказаться в присутствие исследователя, обнажать свое тело. Поэтому, для сохранения естественности поведения пациента, а также для того чтобы не оказывать влияния на непосредственное общение врача и пациента, использовался метод включенного наблюдения. Во-вторых, в связи с тем, что принятие решения о диагнозе предполагает выезд врача на дом к пациенту, возникла бы необходимость объяснения причины, по которой исследователь сопровождает врача. Этот момент также затруднил бы проведение исследования. Поэтому исследователь под видом помощника врача (в медицинском халате) непосредственно наблюдал за взаимодействием врача и пациента в их реальном жизненном контексте.

Проведение данного исследования требует высокого уровня доверия между врачом и исследователем. Поэтому исследование проводилось в течение 7 месяцев для того, чтобы установить доверительные отношения. Следует отметить, что в ходе первых наблюдений врач демонстрировал определенную настороженность, которая исчезла к моменту завершения исследования. Помимо непосредственного наблюдения, исследование включало в себя длительные и свободные беседы с врачом, которые часто проходили в неформальной обстановке. Часть этих бесед была зафиксирована в форме неформализованных интервью. Эти интервью стали важным источником информации, т.к. в них врач дает объяснения многим своим действиям.

Неотложная медицинская помощь: понятие НМП, современные формы организации

Как отмечают О. Ю.Александрова с соавторами до 2006 г. понятий «экстренная» и «неотложная» помощь в законодательстве РФ не было [3. С. 28]. Термин неотложная помощь получил правовой статус только в последние 10 лет. Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выделены следующие виды медицинской помощи (ст. 32):

1) первичная медико-санитарная помощь;

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь [51].

ФЗ № 323 предусмотрены следующие формы оказания медицинской помощи:

1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью [51].

В этом же законе (ст. 32) перечислены условия, в которых может оказываться ПМСП:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [51].

Согласно статье 35 № 323-ФЗ «скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях» [51]. Таким образом, в российском законодательстве оказываются несколько форм неотложной помощи: неотложная форма ПМСП и неотложная форма скорой медицинской помощи.

Справедливым представляется вопрос, который задают О. Ю.Александрова и Т. В. Рамненок: в чем же разница между этими видами помощи. Разница, по их мнению, в том, какая медицинская организация оказывает такую помощь, а не в содержании этой помощи: первичную медико-санитарную в экстренной форме оказывают поликлиники, а скорую медицинскую помощь в неотложной форме – служба скорой помощи [4. С. 10]. Как отмечают О. Ю. Александрова и Т. В. Рамненок, на практике ситуация складывается таким образом, что «поликлиническая служба подменяет обязанности скорой по оказанию медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, поскольку ни диспетчерская служба станций скорой медицинской помощи, ни регистратура поликлиники по телефону не может определить угрозу жизни пациента. В условиях, когда в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи (даже в форме неотложной), устранить угрозу жизни невозможно, врач неотложной службы поликлиники будет вынужден все равно либо самостоятельно госпитализировать пациента, либо вызывать все ту же скорую помощь» [4. С. 10-11]. Данная точка зрения представляется справедливой, потому что действительно отсутствие четких границ между этими двумя видами медицинской помощи, на практике приводит к противоборству двух государственных структур, оказывающих эти виды помощи.

Исторически сложились три модели организации неотложной медицинской помощи [23]:

1) американская модель – предполагает, что на догоспитальном этапе оказания помощи работают парамедицинские бригады, которые оснащены оборудованием для транспортировки больных и оказания реанимационных мероприятий. Главная цель бригады – незамедлительно доставить пациента в отделение неотложной медицинской помощи;

2) франко-германская модель – предполагает работу на догоспитальном этапе как врачебных, так и парамедицинских бригад. Решение о том, какую бригаду неотложной помощи послать в конкретном случае принимает врач-диспетчер;

3) российская модель оказания неотложной помощи претерпела ряд существенных трансформаций за последние 40 лет. Так, до 1978 г. оказание этого вида помощи входила в обязанности амбулаторно-поликлинической службы, затем она была передана службе скорой помощи. В дальнейшем предпринимались попытки разделить эти виды медицинской помощи, т.к. по разным классам заболеваний от 30 до 80% вызовов бригад скорой помощи составляют больные с хроническими заболеваниями вне обострений, при этом известно, что скорая помощь является самым дорогостоящим видом первичной медико-санитарной помощи [34, с. 7]. Таким образом, в советском и российском законодательстве периодически осуществлялись попытки снизить затраты на скорую помощь, путем передачи части вызовов в лечебно-профилактические учреждения. Однако, такие попытки, по общему признанию, не привели к успеху, напротив, отсутствие четкой дифференциации этих двух видов медицинской помощи, отсутствие правовой регламентации взаимодействия различных медицинских служб, оказывающих неотложную помощь, негативно сказывает на качестве этой помощи [23].

П. И. Кузенко выделяет несколько моделей организации неотложной помощи, которые сложилось на территории РФ [28. С. 35-36]:

– единая служба скорой и неотложной медицинской помощи города, возглавляемая станцией скорой и неотложной медицинской помощи с ее централизованным управлением и монопольной ответственностью за деятельность всей системы в целом (г. Москва, до 2011 года);

– отдельные службы скорой медицинской и неотложной медицинской помощи (круглосуточной) с четко регламентируемым взаимодействием (г. Москва, с 2011 года);

– отдельные службы скорой медицинской и неотложной медицинской помощи без четко регламентируемого взаимодействия, при этом врачи отделения неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинического учреждения обслуживают вызовы с территориальных участков вне рабочего времени участковых врачей, но не круглосуточно (г. Пермь, г. Санкт-Петербург, г. Тюмень, г. Самара, г. Новомосковск);

– отсутствие службы неотложной медицинской помощи (большинство субъектов Российской Федерации до 2011-2012 гг.).

В последнем случае неотложная помощь оказывается в амбулаторных условиях участковой службой и узкими специалистами, так как в функции врача поликлиники входит оказание неотложной помощи.

В целом, подводя итог рассмотрению понятия неотложной медицинской помощи, следует отметить, что на сегодняшний день нет однозначных правовых определений этого понятия, в многочисленных нормативных актах, регулирующих процедуру оказания первичной медико-санитарной помощи, это понятие смешивается с понятием скорой медицинской помощи. Не сложилось и единой практики в организации предоставления этого вида помощи, в каждом регионе она выстраивается согласно региональным нормам.

На территории Новосибирской области процедура оказания неотложной медицинской помощи регламентируется Приказом министерства здравоохранения Новосибирской области № 299 от 07.02.2013г. «О создании службы неотложной помощи взрослому населению на территории города Новосибирска» [37]. В соответствии с данным приказом при государственных учреждениях здравоохранения создаются кабинеты неотложной медицинской помощи, и устанавливается должность врача неотложной медицинской помощи (НМП). Кабинеты медицинской помощи обеспечиваются необходимым оборудованием и лекарственными средствами (согласно Положению о кабинетах неотложной медицинской помощи взрослому населению на территории города Новосибирска), а также медицинским транспортом для оказания помощи пациентам, которые не могут самостоятельно посетить поликлинику.

В «Положении о кабинетах неотложной медицинской помощи взрослому населению на территории города Новосибирска» перечислены функции врача НМП: «В функции врача НМП входит выполнение вызовов на дом к больным, которые не в состоянии посетить поликлинику, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, неопасных для жизни и не требующих экстренной специализированной медицинской помощи (далее – неотложные состояния). Функции врача НМП выполняются врачом-терапевтом, в т.ч. специально назначенным врачом, принятым на должность врача-терапевта, или поочередно штатными врачами-терапевтами поликлиники в форме совместительства (дежурства) в соответствии с графиком дежурств, утвержденным руководителем территориальной поликлиники. Время работы врача НМП устанавливается в рабочие дни с 14.00 до 20.00 (прием вызовов до 19.00), в выходные и праздничные дни с 09.00 до 15.00 (прием вызовов до 14.00 ч.)».

В Приложении 2 к этому же Приказу приведен «Перечень состояний для оказания неотложной медицинской помощи». Приведем данный перечень полностью:

1. Повышение артериального давления на фоне гипертонической болезни, атеросклероза, стрессовых состояний, головокружение, головная боль у больных с гипертонической болезнью, вегето-сосудистой дистонией, атеросклерозом церебральных сосудов

2. Ухудшение состояния при травмах после оказания больному медицинской помощи (боли под гипсом, повышение температуры и т.д.).

3. Повышение температуры тела выше 38°С у больных без выраженных двигательных и координаторных нарушений, у больных с хронической патологией, ОРВИ, гриппом, обострением хронических заболеваний.

4. Головные боли на фоне мигрени, не купирующиеся таблетированными препаратами.

5. Боли в области поясницы, суставах (остеохондроз, миозит, артриты, артрозы), не купирующиеся таблетированными препаратами.

6. Ухудшение состояния больных с хроническими заболеваниями, по поводу которых обращаемость населения за скорой медицинской помощью подлежит учету (онкологические заболевания, заболевания эндокринной системы, заболевания нервной системы, заболевания органов дыхания, заболевания желудочно-кишечного тракта), без потери сознания, без признаков кровотечения, без резкого внезапного ухудшения состояния здоровья, не требующие обезболивания наркотическими средствами.

8. Стрессовые ситуации.

9. Другие поводы к вызову по распоряжению старшего врача оперативного отдела ГБУЗ НСО «Станция скорой медицинской помощи» [37].

В Приложении 1 представлена «Инструкция по передаче обращений из оперативного отдела ГКУЗ НСО «Станция скорой медицинской помощи» в амбулаторно-поликлинические учреждения на территории города Новосибирска для обслуживания врачами неотложной медицинской помощи». При обращении больного в скорую помощь, в случае если его состояние соответствует приведенному выше примерному перечню состояний, его обращение передается через службу «Единая регистратура Новосибирской области» в поликлинику, на территории которой находится больной. Регистратор в территориальной поликлинике в течение 15 минут передает вызов врачу НМП для исполнения [37].

Таков общий порядок предоставления НМП на территории Новосибирской области. Следует отметить, что ряд установленных норм далеки от реальной практики врача НМП.

Так, например, в Положении о кабинете НМП отмечается, что норматив нагрузки на врача НМП составляет 2 вызова в час, т.е. на оказание помощи одному пациенту отводиться 30 минут. Однако, в связи с тем, что в выходные и праздничные дни (когда и проводилось наблюдение) работал только один врач НМП вместо предусмотренных штатным расписанием двух (численность прилепленного к поликлинике населения такова, что нормативами предусмотрены две ставки врача НМП), то реальное время, которое врач НМП мог потратить на один вызов – не более 15 минут. Также следует учесть, что в это время включается время передвижения на автотранспорте к месту проживания пациента (могут возникать задержки – пробки, шлагбаумы во дворах и т.п.), и время, которое врач тратит на то, чтобы подняться в квартиру пациента (этот процесс также может заняться некоторое время – дверь в подъезд (не у всех пациентов есть домофон), подъем на лифте и т.п.). В итоге – фактическое время на то, чтобы принять решение о диагнозе и оказать помощь, редко превышает 5 минут. В период эпидемий количество вызовов за смену может составлять 20-25.

Описание исследования

Как уже отмечалось выше, в исследовании использовались два основных метода – метод включенного наблюдения и метод неформализированного интервью. В качестве дополнительных методов использовался метода анализа документов и формализованное экспертное интервью. Наблюдение проводились во время выездом врача НМП на дом пациентов и в кабинете НМП в поликлинике. Исследователь под видом медработника сопровождал врача неотложной медицинской помощи во время посещения им пациентов в течение всей рабочей смены (с 9.00 до 15.00). Всего исследователь отработал 4 полные смены в выходные и праздничные дни (29.11.2015, 06.12.2015 – воскресенье, 23.02.2016 – праздничный день, 23.04.2016 – суббота). Такой график наблюдения был выбран, чтобы не подвергать врача опасности взыскания со стороны руководства поликлиники, т.к. исследование проводилось без согласования с ним. Также исследователь провел наблюдения в течение двух будних дней в кабинете неотложной помощи в поликлинике, где работает врач (уже в качестве фельдшера), под видом больного наблюдая взаимодействие врача и пациента. Наблюдения в кабинете проходили 30.03.2016 и 20.04.2016 г.

Всего наблюдалось 46 эпизодов взаимодействия врача с пациентами на выезде и 13 в поликлинике. Если исключить случаи, когда выезд был связан с установление факта смерти, случаи, когда наблюдение было не возможно по тем или иным причинам, то остается 42 эпизода наблюдения на выезде и 9 эпизодов в поликлинике. Средняя продолжительность одного наблюдения 3-5 минут, большинство диагнозов связано с небольшой группой заболеваний (ОРВИ, гипертония и остеохондроз). Место проведения наблюдения – районная

поликлиника в г. Новосибирске и территория города, закрепленная за поликлиникой. По результатам наблюдения с врачом была проведена серия из 4 неформализованных интервью, как правило, сразу по завершению рабочей смены.

Выбор метода включенного наблюдения обусловлен тем, что он позволяет непосредственно контактировать с наблюдаемым явлением, будучи включенным в изучаемый объект. Исследователь в данном случае выдавал себя за медицинского работника и сопровождал врача во время его визитов к пациентам. Некоторая первоначальная осторожность со стороны врача, со временем исчезла, врач практически перестал замечать присутствие исследователя, охотно обсуждал наблюдаемые явления с исследователем. Пациенты же воспринимали исследователя как медика благодаря наличию «белого халата». Функция исследователя как медицинского работника состояла в переноске медицинского чемодана. Исследователь имел возможность непосредственно наблюдать взаимодействие пациента и врача, в некоторых случаях разговоры записывались на диктофон, спрятанный в кармане халата. В случаях наблюдения в кабинете НМП, исследователь изображал пациента, который ждет приезда скорой помощи. Исследователь находился в приемном помещении, в непосредственной близости от стола, за которым врач вел прием.

Безусловным достоинством метода включенного наблюдения является возможность получать информацию в ходе прямого контакта. В тоже время данное исследование носит ограниченный характер, т.к. наблюдение осуществлялось только за действиями одного врача, и доступными для изучения были только практики, которые присущи профессиональной деятельности данного врача.

Для разъяснения определенных моментов, которые вызывали интерес исследователя, с врачом проводились беседы в форме свободных (неформализованных) интервью. Такая форма интервью оправдана, т.к. в ходе наблюдения некоторые действия или поступки не получали всего логического объяснения, в этом случае исследователь обращался за разъяснением к врачу. Беседы вырастали вокруг обсуждения отдельных эпизодов наблюдений, поэтому заранее предусмотреть определенные вопросы не представлялось возможным. Часто беседы протекали в неформально обстановке (за чаепитием, в процессе разговора на отвлеченные темы и т.д.), поэтому интервью по необходимости носят отрывочный, неструктурированный характер, представляя собой фрагменты разговоров на определенную тему.

Объектом исследования является врач НМП Максим Викторович Г., 29 лет. Образование – средне-специальное, фельдшер, факультет «Лечебное дело», специализация – фельдшер скорой медицинской помощи (СМП). В должности врача НМП работает 3 года, с момента создания кабинета неотложной помощи. Общий стаж работы в медицине – 7 лет. До

перехода в поликлинику работал на станции СМП 3 года. На основе интервью с экспертами был составлен усредненный образ врача НМ. В качестве экспертов выступили коллеги Максима Викторовича (М. В.) – 2 фельдшера, работающие в одном кабинета НМП с М. В., 2 врача, этой же поликлиники, имеющие опыт работы в СМП и НПМ, 5 фельдшеров с разных подстанций СМП г. Новосибирска и Новосибирского сельского района Новосибирской области [Приложение Б].

По результатам опроса экспертов был составлен портрет типичного врача НМП. Возраст врача от 30 до 40, образование средне-специальное, факультет «Лечебное дело», специализация – фельдшер СМП. Врач НМП должен иметь опыт работы на станции СМП от 1 до 10 лет, иметь общий стаж работы в медицине не менее 5 лет. Профессиональная траектория типичного врача НПМ, по мнению опрошенных экспертов, должна включать этап работы на СМП. После периода работы на СМП фельдшер переходит на работу в НПМ по разным причинам. Назывались такие причины как более удобный график работы, проблемы со здоровьем, профессиональное несоответствие (не подходит к работе на СМП, списание по разным причинам и т.п.). В целом можно отметить, что переход в поликлинику на НМП экспертами связывается с желанием медработника «облегчить себе жизнь», т.к. эта работа более спокойная, требует значительно меньше напряжения сил, осуществляется по привычному графику (на станциях скорой помощи установлены посуточные дежурства). Среди наиболее важных качеств, которыми должен обладать врач НМП, эксперты выделили такие как скорость реакции, стрессоустойчивость, умение быстро и правильно ориентироваться в ситуации, способность быстро принимать решения, грамотность.

2.2 Практика согласования режимов справедливости в процессе принятия решения о диагнозе врачом неотложной медицинской помощи

В медицинской литературе отмечается, что сложился определенный алгоритм действий, которые врач должен осуществить в процессе диагностики. Принятие решения о диагнозе (диагностика) строится по следующей схеме:

1. расспрос: жалобы больного; история болезни; история жизни;

2. непосредственное (клиническое) обследование больного: осмотр; пальпация; перкуссия; аускультация. Предварительный диагноз;

3. дополнительные методы обследования: лабораторные методы; инструментальные методы. Клинический диагноз [1. С. 67].

Данная схема сложилась вследствие обобщения многовекового врачебного опыта и, как можно заметить, включает в себя в основном сбор информации, достаточной для

принятия решения. Первый этап – это расспрос пациента. Рассказ пациента о своем состоянии порой носит весьма неструктурированный характер, он может быть наполнен излишними деталями, нечеткими формулировками, размытыми характеристиками своего состояния и т.п. В ситуациях оказания неотложной медицинской помощи на выезде врач имеет ограниченный лимит времени (редко продолжительность взаимодействия врача и пациента длится больше 10 минут).

Рассмотрим в качестве примера жалобы одного из пациентов:

«Врач: здравствуйте, кто у Вас болеет и где ?... что у Вас болит? беспокоит что?

Женщина (около 80 лет): что у меня болит? К смерти гонит… не могу… вот такое впечатление, что сердце, а у меня желудок.

В.: давление мерили? (обращаясь к фельдшеру) Померяй давление.

Фельдшер: какое у Вас нормальное давление?

Ж.: ну, 140 нормальное…

В.: а с желудком что? Есть заболевания хронические?

Ж.: до этого не было… не знаю…

В.: а сейчас есть?

Ж.: а сейчас вот операция… два месяца почти все время дома, дома» [Дневник наблюдения 3,3].

Вот другой типичный пример, когда рассказ пациента переполнен деталями, не несущими значимой информации:

«Врач: что болит?

Женщина (70 лет, жалобы на тошноту): вот живот! все болит, здесь боли, а вчера я ходила, я вчера же была в больнице, анализы брала, ну вот, у меня раз там живот скрутило, я пошла быстро к Маргарите Сергеевне, забрала анализы, вот думаю, надо бежать скорее домой, у меня как скрутит живот, сразу у меня понос

В.: ыгы…ыгы…ыгы-ыгы…

Ж.: я домой бежала, бежала, и ничего, живот скрутило и весь вечер, вот с 6 вечера все вот тут вот режет, болит и …

В.: лекарства никакие не принимали?

Ж.: потом начало тошнить, ну … эти… обезболивающие эти… как они…начало тошнить, меня вырвало, колбаса прям вот так во, как половинки, и творог

В.: ыгы-ыгы

Ж.: и все тошнит, тошнит меня, рвет, я пальцы туда, думаю побольше вырву, вырву. и так вот всю ночь промучилась» [Дневник наблюдения 6, 6].

В ситуации недостатка времени, врач для получения необходимой информации применяет определенные приемы работы с информацией:

1) «конденсация информации» – врач задает несколько точных, направленных на уточнение деталей вопросы, часто связанные с уточнением текущего состояния пациента («сейчас что болит?», «а сейчас что сильнее всего беспокоит?»)

2) прерывание – врач прерывает пациента, предлагая перейти к осмотру пациента.

Технические возможности для получения информации при непосредственном осмотре также ограниченны комплектацией медицинского чемодана, который снабжен термометром и тонометром (также в комплектацию входит глюкометр, но врач не использует этот прибор), в распоряжении врача также находится личный фонендоскоп. В качестве инструмента для осмотра также используется обычная столовая ложка (при осмотре горла пациента), которую врач просит у самого пациента. В качестве дополнительного источника информации врач используется записи и документы, которые находятся у пациента (записи ЭКГ, кардиограммы, медицинские карточки и т.п.).

Жесткое ограничение времени, которое отводится на принятие решения о диагнозе, и скромная техническая вооруженность составляют характерную особенность при работе на вызове. Работа в кабинете неотложной медицинской помощи в этом отношении более свободна: наблюдались случаи, когда на осмотр врач тратил более 30 мин., кабинет оснащен рядом технических приборов (установка для ЭКГ, электронный термометр, тонометр, дефибриллятор, глюкометр, тонометр для измерения внутриглазного давления), которые позволяют оперативно собрать необходимую информацию.

Однако, как было показано выше, для принятия решения о диагнозе, одной только информации о функциональном состоянии недостаточно. Важно также согласование режимов справедливости, в рамках которых осуществляется взаимодействие. Схема диагностики в соответствии с приведенным выше алгоритмом указывает на то, что врач должен руководствоваться принципами справедливости научно-технического града. Организм представляется как определенная система, функционирование которой отклоняется от нормы, цель врача – установить неполадки и восстановить работоспособность организма. Однако реализация данного принципа справедливости на практике не наблюдалась.

В процессе наблюдение было выявлено, что врач руководствуется принципами справедливости гражданского града. Себя и свою деятельность он соотносит в первую очередь с системой здравоохранения как государственным учреждением.

Об этом свидетельствуют следующие высказывания врача: *«То есть, быстро уйдя, мы, конечно, экономим время, но, тем не менее, есть риск, что пациент потом перезвонит,*

пожалуется, скажет, что, мол, меня обслужили плохо, я не доволен. И придется повторно ехать на вызов, ну или там отписываться от жалоб, чего не хочется» [Интервью 1]. Врач является представителем определенного коллективного лица – в данном случае районной поликлиники (которая в свою очередь, репрезентирует систему здравоохранения РФ в целом). Справедливая цель врача – это не вылечить пациента (т.е. восстановить его нормальное функциональное состояние), а удовлетворить его. В противном случае, врач опасается санкций, которым он может быть подвергнут как член этого коллективного тела.

Здесь просматривается определенная «бюрократическая логика» – задача состоит в том, чтобы таким образом выстроить взаимодействие с пациентом, чтобы пациент не выразил свое неудовольствие врачу как представителю определенного коллективного субъекта, который в свою очередь обладает возможностью воздействовать на врача (в отличие от пациента). В тоже время врач ограничен административными регламентами и вынужден руководствоваться утвержденными нормами. Соблюдение этих институциональных требований зачастую носит откровенно имитационных характер:

«То есть логика в чем, часто написанное и фактически назначенное очень сильно отличаются. Ну, например, если посмотреть типичный мой осмотр, да, там будет – осмотр кожный покровов, осмотр зева, небных миндалин, изучение носового дыхания, каждому пациенту согласно бумагам, я слушаю сердце, щупаю живот, щупаю дыхание, определяю синдром Пастренацкого, ну и так далее. Там, а тем, у кого болит спина – симптом Лассега и еще черти что определяю. На самом деле это все неправда, то есть, я это все не определяю, но в карте это все должно быть отражено. Что это так-то, так-то, так-то на данный момент, да. Т.е. писулька одна, а фактические назначения соответствуют действительности, как правило. Т.е. я лечу именно от того, чем человек болеет, а в карте пишу вообще зачастую ахинею, малосвязную, потому что у меня, у всех пациентов температура ровно 38,2 не больше, не меньше. Я вот сегодня 6 больничных выписал, у меня 6 больничных с температурой 38,2» [Интервью 2].

«Врач: значит, почему я стал статистически самые распространенные диагнозы? почему именно ОРВИ, например, при там, боли в горле, кашле, насморке и так далее, все просто. Во-первых, у меня уже есть заготовка под ОРВИ, во-вторых, при…если ставишь ангину, то там надо брать мазки, делать извещение СЭС, в общем, убивать кучу времени, а это ни тебе, ни пациенту не надо, да. Ну, по большому счету.

Я: а если у него окажется у него окажется ангина?

В.: да без разницы, она лечится антибиотиками. Не, ОРВИ подразумевает, что там типа вирусная инфекция, а на самом деле я ставлю ОРВИ, да, а лечение назначаю от ангины, и как бы пациента вполне устраивает то, что он, не зная то, что ему написали в

карте, да, то, что провели по статотделу, ему в конечном итоге от хвори вылечили. То есть и все как бы довольны. То есть и мне меньше всякой писанины, и всяких головняков с мазками и так далее. Почему я никогда не ставлю в жалобах кашель?

Я: почему?

В.: чтобы если что, я мог обосновать, что я не услышал там хрипы какие-нибудь и так далее, то есть я, таким образом, себя подстраховываю. То есть, грубо говоря, как в той истории с жалобой, у меня в жалобах даже кашля нету, если что. И то, что я ее там, ничего не услышал, это как бы вписывается в клиническую картину, вот. То есть, я может быть и послушаю, там может быть даже хрипы услышу, может быть даже лечение назначу соответствующее, но по карте будет стоять ОРВИ и будет, что там кашля даже у нее не было. Потому что мне, ну как бы, лишняя подстраховка. Именно поэтому самый статически частый диагноз ставится, ну и зачастую, приезжая с вызова, я уже не помню, что там видел на вызове, да. И поэтому я тупо пишу стандартную заготовку и не впариваюсь вообще. То есть всегда одна и та же температура, всегда одно и то же давление, и жалобы примерно одинаковые» [Интервью 3].

Еще одним социальным фактором, который оказывает давление на врача и вызывает некоторое искажение принятого решения, является необходимость взаимодействовать с конкурирующей медицинской службой – со скорой помощью. Врач неотложной помощи, принимая решения о диагнозе, требующем срочной госпитализации, вызывает бригаду скорой помощи, которая осуществляет непосредственную транспортировку пациента в медицинское учреждение. Здесь возникают определенные нюансы – врач неотложной помощи должен быть полностью уверен в принятом решении, в противном случае – если диагноз не подтвердится, то он рискует навлечь на себя неприятности: *«если оформлять госпитализацию, это значит вызывать на себя бригаду скорой помощи, а если вызывать бригаду скорой помощи, то так как мы с ней, со скорой, постоянно враждуем, лучше их лишний раз не тревожить. Потому что если их лишний раз потревожить, то они потом могут закидать вызовами, что будет очень плохо»* [Интервью 1]. Таким образом, врач неотложной помощи принимает решение очень осторожно, т.к. порядок распределения вызовов работает таким образом, что служба скорой помощи может перевести часть вызовов на медицинское учреждение, в котором работает данный врач. То есть неверно поставленный «более тяжелый» диагноз может привести к значительному увеличению объема работы врача, поэтому он принимает такие решения, только будучи полностью уверенным в своей правоте.

Такое положение дел приводит к тому, что врач вынужден учитывать интересы другой медицинской службы в процессе принятия решения о диагнозе. Поэтому в спорной,

пограничной ситуации он принимает решение о таком диагнозе, который не требует немедленной госпитализации, т.е. выбирает более «оптимистическую» альтернативу заболевания. Рассмотрим данный тезис на примере:

«*Врач:…приехал на вызов, там молодой парень 20 лет, скрючившийся, скорчившийся, бледненький и жалуется. Говорит, что сидел в ванне и внезапно одышка, боль в груди, тяжело дышать, собственно говоря, молодой человек сказал, что у него присутствовали проблемы с позвоночником, что навело на мысль об остеохондрозе. Но одышка и внезапность появления больше говорила за пневмоторакс, подозрение, что это пневмоторакс появилась практически сразу, но пациент от госпитализации отказался, потому что не хотел ехать в ГКБ № ХХ, после чего я его переназначил на следующий день, сделал рентген, подтвердил диагноз пневмоторакс и госпитализировал уже в специализированное отделение*

Я: а вот ты рассказывал, что поставил ему один диагноз, более «оптимистический», потому что нужно было вызывать на себя скорую, а ты не хотел этого делать

В.: а, ну история простая, учитывая то, что мне не хотелось с ним возиться, учитывая то, что вызовов было много и их надо было отработать… я сразу начал… у меня сразу возникла мысль, что это пневмоторакс, но я стал активно подталкивать пациента к тому, чтобы он принял диагноз остеохондроз как основной и…по сути отказаться от госпитализации его подтолкнул я» [Интервью 1].

То в данном случае врач подтолкнул пациента к отказу от госпитализации, хотя имел веские подозрения, что состояние пациента требует вызова скорой помощи. Несогласованность действий двух медицинских служб, их конкуренция, обусловленная административными правилами, влияет на то, каким образом интерпретируются собственно медицинские показатели.

Схожий пример можно наблюдать в случае подозрения на инсульт у пожилой женщины [Дневник наблюдения 2, 6]. Пожилая женщина, 70-80 лет, довольно часто вызывает неотложную помощь («постоянный клиент» по выражению врача). Осмотр показывает, что некоторые формальные признаки инсульта у женщины присутствуют, но они не выражены (ослаблена левая рука, небольшая асимметрия лица), кроме того, для более детального осмотра нет времени и необходимого оборудования («было бы у меня 1,5 часа свободного времени и неврологический молоток»). Поэтому врач принимает решение о более «мягком» диагнозе (гипертония). Если женщине станет хуже, значит, у нее действительно был инсульт. В этом случае врач советует вызывать скорую помощь, пока же ограничивается мерами, которые направлены на то, чтобы снизить артериальное давление.

Данная ситуация характеризуется высоким уровнем неопределенности – если у пациента инсульт, то необходимо вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации; если просто высокое артериальное давление, то достаточно снизить его медикаментозными средствами. Точных данных, позволяющих оценить состояние пациента, в распоряжении врача нет. Решающим аргументом в пользу второго решения (инъекция магнезии в данном случае) стал факт «знакомства» с пациентом (пациент постоянно вырывает неотложную помощь), и что ложный вызов бригады скорой помощи может привести к неприятным для врача результатам.

Административные нормы ограничивают не только выбор альтернативы в процессе принятия решения о диагнозе, но и оказываются ограничителями при использовании технических устройств. Так, например, несмотря на то, что кабинет неотложной помощи оборудован различными техническими приборами для обследования пациентов, некоторые приборы практически не используются. Связано это с тем, что эксплуатация таких приборов сопряжена с соблюдением серьезных бюрократических процедур:

«Врач: значит, специфика в чем, у нас кабинет нашпигован всякой специфической измерительной электроникой, то есть у нас там и глюкометры, и тонометры для измерения внутриглазного давления, ростомеры, весы и кардиографы, и прочая лабуда, но, есть проблема, да. Мне как бы померить совершенно недолго, несложно, мне это не составит труда и займет от силы минуту, но чтобы мне один раз померить сахар, мне нужно сделать записи в трех разных журналах, потом утилизировать полоски, списать. И еще, перед тем как сахар померить, я должен померить, не глючит ли у нас глюкометр. То есть это все займет минут 15 и это на корню убивает желание» [Интервью 4].

Врач расценивает свои действия в контексте административных регламентаций, а себя воспринимает как служащего, как лицо отчитывающееся. Таким образом, врач действует как представитель определенного коллективного субъекта, и потому действует таким образом, что сохранить свои позиции в рамках этой организации – с одной стороны избежать жалоб со стороны пациентов, с другой – избавить себя от дополнительной административной нагрузки. Особенно ярко такое административно-гражданское поведение проявляется в ситуациях, когда пациенту требуется больничный лист. В этом случае, врач практически полностью трансформируется в фигуру администратора. Так, например, происходит в случае, когда женщина заболела ветрянкой:

«Дверь открывает молодая женщина, около 30 лет, на пороге просит одеть нас бахилы. Женщина проводит нас в комнату, там находится молодой мужчина, женщин говорит, что у нее ветрянка. Заразилась от ребенка. Врач спрашивает, нужен ли ей больничный. Женщина говорит, что нужен. Врач открывает больничный лист, спрашивает

место работы, говорит, что открывает больничный до 25 числа, потом женщине нужно подойти на Рассветную, там будет больничный и амбулаторная карта. Дальше ей нужно идти к терапевту и закрывать больничный, или продлевать его. Спрашивает, знаете, чем лечиться, женщина отвечает, что знает, называет препараты. Врач, говорит, да все, правильно, берет у женщины контактный телефон, чтобы сообщить в инфекционную службу. Переписывает ФИО и дату рождения женщины и мужа» [Дневник наблюдения 3, 18]. Здесь врач фактически действует как административный работник, как лицо, представляющее государственную структуру. Врач выписывает больничный лист и собирает данные для инфекционной службы, т.е. фактически заполняет документы, которые относятся только к формам отчетности перед государственными структурами, но эти действия не связаны с непосредственной заботой о теле пациента, его здоровье. При этом он не проводит никакого осмотра, диагноз ставит только на основании слов пациента. В этом случае болезнь предстает как социальный феномен в полной мере – здоровье, состояние организма пациента репрезентируется при помощи определенных административных регламентов. Здоровье и заболевания интерпретируются врачом (как представителем государственной институции) не как медицинские феномены, а как «административное состояние», как объект управления государственными органами.

Значительную часть назначений врач также оправдывает обращением к принципу справедливости гражданского мира. Так, например, в случаях, когда пациент жалуется на повышенное артериальное давление или какие-то похожие случаи, врач рекомендует вести дневник наблюдений за давлением, советует придерживаться определенной диеты. Эти рекомендации носит не только (и не столько) медицинский характер (точно установить каким образом изменяется давление или снизить давление с помощью диеты), но и является психологической мерой, проявлением заботы и контроля над ситуацией – врач стремиться успокоить пациента, «занять» его чем-нибудь:

«Врач: Куча всяких назначений типа диеты, типа контроля давления, опять же это чтобы пациента делом занять, т.е. он будет три раза в день себе мерить давление и вести дневничок наблюдения за давлением, по большому счету он и так может нормально сказать, что у меня давление скачет, утром высокое, вечером низкое. Но я требую от пациента, чтобы он сидел, мерил, занимался делом, неделю он точно не будет тормошить поликлинику, а потом он пойдет с этим дневником колупать мозг своему участковому терапевту. И это идеальный расклад для меня, потому что я как бы вроде как облегчил деятельность терапевту, потому как человек вел дневник наблюдения за давлением. По идее на основе этого дневника проще подобрать препарат, но справедливости ради – мало кто занимается именно тщательным подбором этого препарата. Просто назначают один

тупо стандартный набор и как бы не впариваются, но по идее, я как бы задачу терапевту упростил, соответственно, меня укорить в бездействии терапевт не может» [Интервью 2].

При этом эффективность назначаемого лечения не является приоритетным принципом при составлении плана лечения:

«Врач: …вот пресловутый каптоприл, который ты сейчас держишь в руках, да, который является препаратом скорой помощи, он ни хрена не помогает, на самом деле, особенно гипертоникам, которые там 40 лет каптоприл жрут, от него вообще что мертвому припарки. Но я обязан его назначить…

Я: а почему обязан?

В.: ну я ж, что то должен назначить, но каптоприл он самый безопасный из того, что можно назначить, т.е. им ты точно никого не покалечишь, не угробишь, т.е. а если я там… ну буду сходу пытаться подобрать какой-нибудь препарат для постоянного приема и буду их назначать, то есть шанс что я кладбище себе заметно увеличу, вот. Потому что там очень много деликатных ситуаций, где там чуть-чуть шаг вправо, шаг влево и фьють, клиент заметно ухудшает свое самочувствие. Ну, и та же ситуация с ОРВ. там, все эти обильное питье и так далее, это все такие рекомендации, чтобы человека делом занять, т.е. по большому счету, лечат ОРВ время и иммунная система, остеохондроз лечат покой и время, гипертонию лечат… да гипертония не лечится, что тут… кому я втираю, ну реально гипертония не лечится, потому что тупо хотя бы причины не известны гипертонии. Поэтому что говорить о ее лечении, если… ее можно там, в рамки загнать, под контроль взять, но как бы лечением это называть смешно, вот так» [Интервью 2].

Цель врача в данном случае – не достичь эффекта выздоровления при помощи назначения определенного плана лечения, а скорее вселить уверенность в пациента, показать, что ситуация находится под контролем. Таким образом, врач решает одновременно две задачи – он избегает недовольства пациента, удовлетворяет его потребность в лечении, и в тоже время демонстрирует эффективность соей работы в рамках коллективного тела (поликлиники).

Также, помимо режима справедливости гражданского мира, иногда врач руководствуется принципами мира вдохновения. Непосредственно наблюдать такой случай нам не довелось, однако, врач рассказал, как он согласился сделать довольно рискованную операцию пациенту в кабинете неотложной помощи. При этом врач оправдывает свои действия только тем, что пациент расположил к себе, вызвал симпатию.

«Врач: утром приходит мужик, говорит – вам историю целиком или короче, я говорю, давайте покороче, ну хорошо. Говорит, мне нужно удалить осколок из руки…

заинтересовал. Короче, суть истории какова, если коротко, ему там 30 лет назад в руку попал осколок. Там сантиметр на сантиметр примерно, листового железа. И как бы он жил с ним, нормально, но тут история в чем, ему надо было срочно пройти МРТ, а с железом в теле МРТ проходить нельзя, он говорит, спасайте. Я ему говорю, ну там с хирургом поговорю, удалим, там операция, он говорит, понимаете, доктор, мне срочно надо, вот прям, кровь из носа. Я говорю: ну хорошо, хорошо, вечером приходите, я вам достану…хыхы, вот, в результате у меня вечером тут развернулась полевая операционная, я вспомнил каково это. На самом деле, когда пациент ко мне пришел вечером до меня дошло, что зря я его позвал, потому что, во-первых, нафиг мне этот геморрой, по идее я должен был послать на три веселых буквы, но я этого не сделал, потому что мужик вежливо подошел, мне захотелось ему помочь. В результате я на себя обрушил целую тонну геморроя. Я его усадил, сходил к хирургам, взял пинцет, перевязочный материал взял, скальпели взял, накачал его, сделала обезболивание. А там с кистью в чем подвох, в чем основная опасность, в том что там нервы проходят, связок целая куча, причем очень интересно раскиданных, куча…ну кровоснабжается она очень сильно, кисть, на самом деле, тоже самое, что с лицом, вот. ну я так подумал-подумал, ну ладно, назвался клизмой, соответственно, это… усадил, разрезал кожу, я давно ничего не доставал, уже разучился. разрезал кожу, раздвинул кожу, потом там связки, сухожилки, разрезал, раздвинул, достал, начал, уцепился пинцетом, ну представляешь, железяка у него уже 30 лет…

Я: она вросла уже.

В.: да, я ее тык, она эть, эть и не выходит. Во блин, че делать? мужик сидит с непроникновенным выражением лица. Ну я его перед этим уколол обезболивающим уколом и поставил ему лекарство от кровотечений для профилактики. Там кровищи из него не хило вылилось, я запарился промакивать эту кровь. Ну ладно. Вот, эть-эть-эть, дергаю-дергаю, не выходит. Думаю, че делать? хирургов уже нету, вечер, ну думаю ладно, значит надо доделывать. Я взял, знаешь, как курицу припарорывал так, чик-чик-чик, чик-чик-чик.

Я: вырезал?

В.: да, и достал. Из прилежащих тканей, но благо она там просто в ткани лежала, но конечно, там вросла, там с соединилкой, потом там кровь естественно. Так раз нашел сосудик, который кровит, перевязал сосудик, зашил сначала вот этот соединительнотканный слой, потом верху несколько шовчиков наложил…так что иногда я на себя геморрой все-таки беру… ну тут на самом деле все зависит от того пациент расположит к себе…» [Интервью 3].

В этом примере врач действует под влиянием вдохновения. Им движет желание помочь пациенту, при этом он принимает на себя значительный риск.

Таким образом, врач руководствуется принципами справедливости, прежде всего гражданского мира, и гораздо реже, мира вдохновения. Другие принципы справедливости врач не задействовал.

В отличие от врача, пациенты используют более широкий набор принципов оправдания. Во-первых, можно выделить группу пациентов, которая действует в рамках принципах справедливости патриархального мира. Для этой группы целью является получение лечения как самоценное действие безотносительно его эффективности. К этой группе пациентов принадлежат в основном пожилые люди с хроническими заболеваниями. Они расценивают действия врача как проявление отеческой заботы, благодарят за проявленное внимание.

Наиболее яркий пример этой группы пациентов – очень старая женщина Л., 87 лет. Она вызывает медицинскую помощь каждый день. При этом она не страдает какими-то заболеваниями, которые бы не вписывались в изменения, соответствующие ее возрасту. В свою очередь врач имитирует процесс лечения: он осматривает женщину и ставит ей укол простой воды. Однако, это действие, носящее, по сути, ритуальный характер, врач должен осуществить, т.к. в случае, если он этого не сделает, то пациент опять вызовет медицинскую помощь. Пожилая пациентка демонстрирует явно выраженную ориентированность на патриархальный принцип справедливости – она благодарит, восхваляет профессию врача и т.д. Это видно из следующего типичного диалога:

«В.: здравствуйте!

Женщина (87 лет, жалобы на боли в животе): ой!

В.: вызывали? что случилось? рассказывайте

Ж.: я…я … (неразборчивое бормотание)

В.: что беспокоит?

Ж.: у меня живот болит

В.: показывайте живот

Ж.: голова болит, все болит

В.: живот показывайте… ыгы… значит смотрите, я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно говорим, хорошо? … тут больно? … (обращаясь ко мне) …температура у нее

Ж.: тут больно!

В.: тут больно…

Ж.: тут больно… очень больно!

В.: ыгы… ыгы…

Ж.: очень больно доктор!

В.: …кстати тут…сейчас, сейчас…

Ж.: ах…ах…тут больно сильно!

В.: сейчас я вам укольчик поставлю, вам будет легче! ягодицу готовьте!...

Ж.: … доктор, откуда то вас Бог послал!...помогите ради Бога! я брошенный человек, куда обращаться не знаю

В.: ягодицу готовьте!!

Ж.: ой…болючий какой…ойойой…айайайойойой

В.: ваточку прижмите!... все, сейчас после укола станет легче!

Ж.: спасибо, деточки, милые!

В.: пожалуйста, не болейте! живите долго и счастливо!

Ж.: даруй вам Господи доброго здоровья

Я: не болейте, всего вам хорошего» [Дневник наблюдения 6, 3].

Черты справедливости, характерные для патриархального мира, можно обнаружить при изучении книги отзывов: пациенты благодарят врача за доброту и чуткость, желают здоровья и т.п., тем самым подчеркивается, что они оценивают его по критериям патриархального мира. Об этом свидетельствуют ритуальные подарки (конфеты, рисунки, подаренные пациентами, и т.п.). Элементы патриархальной ритуальности проявляются в том, как выстраивается структура беседы, когда при диагностике присутствуют третьи лица – родственники, соседи, друзья и т.п. Даже, если больной не находится в преклонном возрасте и вполне самостоятелен, взаимодействие происходит между третьими лицами и врачом – сам пациент или пассивно наблюдает за происходящим, или его участие в беседе незначительно (яркий пример – Наблюдение 9 в Дневнике наблюдения 1).

В этой ситуации основная задача – оказать достаточное внимание пациенты, чтобы удовлетворить его потребность в лечении.

Второй принцип справедливости, который встречался в процессе наблюдения – это справедливость гражданского мира. Его реализация чаще всего просматривается в тех случаях, когда пациенту требуется больничный лист. Такие взаимодействия, как правило, протекают довольно скоротечно, согласие между врачом и пациентом достигается быстро. Врач практически всегда соглашается ан просьбу пациента открыть листок нетрудоспособности. Учитывая, что все смены, когда проводились наблюдения на выезде, были в выходные и праздничные дни, такая готовность пойти навстречу пациенту может объясняться не только медицинскими показаниями и состоянием пациента. Действительно, процедура отказа в открытии листка нетрудоспособности связана с определенными административными сложностями:

«Врач: то есть если ты не дал больничный, карту надо писать очень тщательно, потому что придраться в случае разбора можно будет, докапываются, это во-первых. Во-вторых, пациент, раз идет конфликт, вполне может написать жалобу. Жалобы медицинская организация вообще не любит очень сильно, то есть это никому не надо, эти ковры, разборки, без надобности, да. Ну и опять иногда бывает, что у человека похмелье, ну с кем не бывает, что бы ему не дать больничный. Да, по идее не должен, но иногда можно и дать, ну в качестве жеста доброй воли, просто, щедро» [Интервью 3].

Отказ в открытии больничного, по словам врач, обычно вызван грубостью и напористостью со стороны пациента:

«Врач: …бывают случаи, когда я прям реально пру на принцип и не даю больничный даже человеку, который мне угрожает.

Я: то есть когда сам пациент провоцирует?

В.: да, когда пациент провоцирует, когда что-нибудь типа «дай мне больничный» или еще что-нибудь, то есть тогда я естественно растопырюсь… и … на хамство я обычно реагирую отказом» [Интервью 3].

Помимо принципов справедливости патриархального и гражданского миров, пациенты также используют принцип справедливости научно-технического мира. В этом случае на первое место выходит собственно медицинская составляющая диагноза. Такие ситуации связаны, как правило, с неопределенностью – пациент не понимает, что с ним происходит на самом деле. Задача врача в научно-техническом граде – определить точный клинический диагноз и, тем самым, снять неопределенность ситуации, сделать ее понятной. Неопределенность может быть полной – пациент полностью не понимает, что с его телом происходит, это вызывает озабоченность и даже панику, но в большинстве случаев неопределенность ситуации носит частичный характер – пациент понимает, что с ним происходит, но желает удостовериться, в каком состоянии находится его организм. Примером второй ситуации являются случаи, когда пациент знает, что у него ОРВИ, но подозревает, что простуда может перейти в пневмонию. В этих случаях врач выступает как эксперт (как врач в изначальном смысле этого слова), он снимает неопределенность ситуации и пациент удовлетворяется поставленным диагнозом. Случаи первого типа также встречаются в практике врача. В ходе исследования наблюдались два таких случая. Первый – мужчину после 4-х дневного запоя мучает тошнота и икота [Дневник наблюдения 3, 14]. Он не понимает, что происходит с его организмом. Врач после осмотра и расспроса пациента также не пришел к ясному пониманию причин такого состояния пациента, в его практике такого еще не было. Впоследствии, врач обсуждает данный случай с коллегой и говорит, что не знает, что это было.

Второй случай подобного рода имел место в эту же смену. Молодая женщина жалуется на воспаление лимфоузлов, язвочки на губах, боль в десне [Дневник наблюдения 3, 17]. Она заметно обеспокоена, состояние организма вызывает у женщины озабоченность (возможно, дополнительным фактором для переживания является присутствие в квартире маленького ребенка). Однако осмотр показал, что у женщины простужено горло и выступил герпес. Таким образом, неопределенность устранена, женщина успокоилась. В данном случае можно видеть, как реализуется принцип справедливости научно-технического мира – врач как эксперт призван восстановить нормальное функционирование организма, это ему удается (или же не удается как в первом примере) с помощью его квалификации, знаний и опыта.

В процессе принятия решения о диагнозе врач и пациенты обращаются к разным мирам представления справедливости. Врач обращается к гражданскому миру и миру вдохновения, пациенты – к патриархальному, гражданскому и научно-техническому мирам. Решающее значение имеет согласование этих миров представлений, в противном случае возникает конфликт. Рассогласование миров представления справедливости может стать причиной жалоб или иных неблагоприятных последствий для врача, и неудовлетворенности пациента. Поэтому для врача важно понять какая форма справедливости требуется данному пациенту, и соответственно, согласовать свои действия с этими принципами, если это возможно, или обосновать, почему он не может удовлетворить желания пациента.

Рассмотрим примеры конфликтов, возникших по причине рассогласования миров представления справедливости. Первый конфликт наблюдался в кабинете неотложной помощи в поликлинике [Дневник наблюдения 4, 2]. В кабинет заходит пожилая женщина, 60-70 лет, просит направить ее к ЛОР, жалуется на грибковое заболевание во рту. Врач говорит, что может направить ее только к терапевту, на что она отвечает, что ей не надо ей к терапевту, а нужно к узкому специалисту. Врач объясняет ей, что терапевт может перенаправить ее уже к узкому специалисту. Женщина возмущается: что это за главная фигура такая – терапевт и т.д.? Врач просит женщину обратиться в регистратуру за талоном. Пока женщина ходила в регистратуру, в кабинет зашёл пожилой мужчина, которому нужны его анализы (в кабинете находятся документы с результатами медицинских анализов). Вслед за мужчиной заходит первая женщина, врач просит ее выйти. Женщина начинает ругаться: *«Вы так себя повели, здесь подождать, вы меня как девчонку отчитываете. Зашел только что, передо мной зашел, я то уже здесь была, я поэтому прошла, человек стоит раздетый, вы с ним можете разговаривать, а со мной вы этого не можете, научитесь разговаривать с пациентами! после этого не хочется к вам обращаться!»*. Врач никак не реагирует на гневную тираду женщины, когда она уходит, говорит ей вслед: «хорошо, до свидания!»

В данной ситуации возникло рассогласование между принципами справедливости, которыми руководствуются врач и пациентка. Врач действует в соответствие с принципами гражданского мира – он обращается к формально установленному порядку, призывает пациента соблюсти формальную процедуру. Врач не выделяет пациента из общего потока обратившихся граждан. В свою очередь, пациентка апеллирует к принципам справедливости патриархального мира – она хотела бы обойти формальный порядок, требует особого отношения, возмущается тем, что врач призывает к соблюдению очередности.

Следует отметить, что представления пациентов о справедливом действии врача могут приобретать формы близкие к абсурдным: *«Врач: Ситуация такая, приезжаю на вызов, жалобы на затрудненное дыхание, в общем то типичная ситуация, подозреваю либо пневмонию, либо бронхиальную астму. Но нет, оказалось еще интересней. Приезжаю, поднимаюсь, звоню, открывает шкет, лет 13-14, я говорю – где такая-то, такая-то. Он такой: да вон там вот, и махает рукой в сторону. Я такой, ну ладно, прохожу в комнату. Там лежит бабулька. Я говорю: че, бабулька, дышать тяжело? Она такая: да нет нормально. Я, дак тут написано, вам трудно дышать. Она такая: душно мне, ну и, мол, форточку откройте. У меня просто не было слов, я молча открыл форточку. Говорю, еще вопросы, пожелания в плане обслуживания есть. Она говорит, не, нету, все спасибо. После чего я ей сказал, вы это, если холодно станет, вызывайте повторно, мы вам форточку то закроем»* [Интервью 1]. В данном эпизоде пациент полностью отождествляет врача с патриархальной фигурой Государя, задача которого заботиться о «слабых», медицинская функция врач целиком затеняет социальной функцией защитника и покровителя. Реакция врача на данную ситуацию оказалась довольно спокойной – расценивая себя как представителя гражданского мира, он понимает, что если не удовлетворить данное притязание пациента, то пациент может повторно позвонить в регистрационную службу и ему придется еще раз выезжать по данному адресу. Поэтому он соглашается исполнить необычную просьбу пациентки. Так как он является частью, элементом государственного учреждения, которое устанавливает правила его поведения, то в этой бюрократической логике врачу проще добиться удовлетворения желаний пациента, чем вступать с ним в конфликт (это ситуация, которую можно назвать «себе дороже»).

Однако такой образ врача действия, который направлен на то, чтобы удовлетворить запрос пациента, т.е. прийти к справедливому решению, порой может привести к весьма серьезным последствиям:

«Врач: приезжаю я на вызов, 25 числа… не вру 23, неделю назад ровно было, там тетка, сама ходит, сама … сама ходит, сама разговаривает. Я говорю, что случилось? она говорит – да вот, я кажись, простыла. А, ну че, бывает, что беспокоит? Ну слабость,

насморк беспокоит. Ага, что-нибудь еще беспокоит? Да не, ничего больше не беспокоит. Типа, мне ничего не надо, я сама медработник, типа, я сама полечусь. Больничный открываем? она – открываем. Я говорю по 25, она – не, давайте, по 28, хочу хорошенько отлежаться. Ну, не вопрос, вот…вопросы есть? нет. Претензии есть? нет. Все, замечательно, встал, ушел… дальше…как развивались события дальше

Я: а ты ее не обследовал?

В.: ну я ей в горло заглянул

Я: и все?

В.: ну да, я как бы особо впариваться не стал. Ну коль человек не хочет, тем более коллега, медицинские работники обычно ни хрена не любят обследоваться и лечиться… эээ, *вот…ну как бы я не стал человека насиловать, и свалил восвояси, тем более у меня вызовов целая стопка была, у меня в тот день было 13 вызовов на старте только, вот…ну ладно, и после этого вечером я узнаю, что… приходили ее родственники, закатили скандал, написали на меня жалобу, что ху*во ее осмотрел, что лечение адекватное не назначил, никуда не направил, вот сейчас она лежит в крайне тяжелом состоянии в реанимации. Ну я связываюсь с реанимацией, они говорят, не, она в терапевтическом отделении, скорая вечером того же дня ее туда отвезла… Я вот сейчас реально думаю, то ли за 6 часов разогналась от ОРВИ до пневмонии, то она очень долго переносила пневмонию? По ее словам, смотри, в чем подвох, у пневмонии есть 3 клинических признака, которые есть почти всегда. Первое, это одышка, а она не задыхалась, я ее еще спрашивал об этом. Второй клинический признак – это температура 38 и 8, которая держится больше 5 дней… и ночная потливость. То есть вот такие 3 признака. Первое, что должно в башке щелкнуть – это пневмония. Вот, пневмонию можно не услышать, но вот эти признаки будут всегда. У нее ни одного из этих признаков не было. Температура была 2 дня, не жаловалась на одышку, ну про потливость, соответственно, речь тоже не заходила. Вот… ну так что я впариваться не стал с диагностикой, поставил диагноз ОРВИ и уехал»* [Интервью 3].

В приведенном примере конфликт возник между врачом и родственниками пациента. Непосредственно в процессе принятия решения пациент и врач согласовали принципы справедливости, которые позволяют обеим сторонам признать принятое решение удовлетворительным. И врач, и пациент согласовали решение посредством принципов гражданского мира – пациент хотел получить листок нетрудоспособности, врач не противился этому требования. Однако состояние пациента резко ухудшилось, родственники обвинили врача в том, что он принял не справедливое решение – он не следовал принципам справедливости научно-технического мира, в границах которого, по их мнению, и должно было приниматься решение.

Данный случай является примечательным в том смысле, что здесь в качестве активной стороны конфликта выступили родственники. Это позволяет нам утверждать, что пациент является коллективным субъектом – помимо собственно больного, в этот субъект также включаются третьи лица, обладающие силой слияния. Таким образом, согласование принципов справедливости еще больше усложняется в том случае, когда пациент не совпадает с непосредственным физическим телом больного человека. Свои представления о справедливости или несправедливости принятого решения имеют также третьи лица, вовлеченные в ситуацию, и врач должен учитывать их мнение. В противном случае, как это имело место в приведенном выше примере, эти третьи лица могут выступить в роли инициатора конфликта.

В процессе профессиональной деятельности врач накапливает опыт разрешения подобного рода конфликтов. В результате этого формируются определенные практики, которые позволяют до некоторой степени оптимизировать риски, возникающие вследствие рассогласования миров справедливости. Такие практики носят индивидуальный характер, они вырабатываются как личные реакции на определенный конфликтный опыт. Из частных бесед с другими врачами данной поликлиники, было установлено, что выявленная нами практика управления риском не применяется другими врачами. Вопрос о том, формирует ли каждый врач в процессе своей профессиональной карьеры такие индивидуальные практики управления рисками остается открытым. Чтобы ответить на него необходимо дополнительные исследования.

Практика управления риском как часть повседневной рутинной деятельности врача, возникла как следствие его принадлежности к гражданскому миру справедливости. Такой практикой является фраза «вопросы, претензии, пожелания есть?», которой врач завершает почти каждое взаимодействие с пациентом. Вот как сам врач объясняет историю возникновения и функцию этой практики:

«Врач: да, я всегда заканчиваю фразой «есть вопросы, претензии, пожелания, рекомендации» и так далее. Это сложилось, как реакция на тот самый случай, когда меня пытались засудить. Эта фраза направлена на что? То есть, быстро уйдя, мы, конечно, экономим время, но, тем не менее, есть риск, что пациент потом перезвонит, пожалуется, скажет, что, мол, меня обслужили плохо, я не доволен. И придется повторно ехать на вызов, ну или там отписываться от жалоб, чего не хочется. Ну, это что-то вроде уловки на психологическом уровне. Я всегда спрашиваю «вопросы, претензии, пожелания есть?» Обычно звучит ответ: нет. Если звучит вопрос, ну приходится на него быстренько ответить, и снова спросить это. И так пока не получу утвердительный ответ «нет». И после этого я с чистой совестью уезжаю, и в случае, если будет жалоба и разбор полетов,

очная ставка и так далее, я всегда могу сказать: я в конце спросил «вопросы есть?», вы сказали «нет», я спросил «претензии есть?», нет, почему сейчас появились? Вот это такой способ самозащиты что ли» [Интервью 3].

Рассмотренная практика представляет собой способ установления обратной связи, определенная страховка риска. В случае если у пациента есть вопросы к врачу или присутствует какая-то неудовлетворенность его действиями, врач использует риторические формы согласования – он разъясняет, почему он принял такое решение и почему оно является справедливым. Такие разъяснения могут занять некоторое время, которое является дефицитным ресурсом в условиях оказания неотложной медицинской помощи. Но данная практика вполне оправдана, по мнению врача, так как позволяет ему снизить риски неблагоприятных последствий. Подобная практика подстраховки имеет смысл только в контексте гражданского града, в котором пациент является активным участником принятия решения – он всегда может обратиться с жалобой в государственное учреждение (коллективное тело), представителем которого и является врач. Для действий в пределах других миров представления справедливости данная практика вряд будет являться эффективным способом.

Практика управления рисками посредством обратной связи возникла из травматического личного опыта врач – как отмечается в приведенном выше отрывке из интервью, он столкнулся с судебным преследованием. На начальном этапе своей работы в должности врача неотложной медицинской помощи, он оказался в ситуации, когда пациент после посещения врача позвонил в поликлинику и выразил неудовольствие тем, как произведет осмотр. При повторном посещении возник конфликт, и пациент совершил нападение на врача. В результате драки пациент получил телесные повреждения и впоследствии написал заявление в полицию. После длительного разбирательства, пациент забрал свое заявление из полиции. Эта ситуация привела к тому, что врач стал более внимательно относиться к установлению обратной связи с пациентами. Со временем данная практика прочно вошла в профессиональную деятельность врача. Как правило, пациенты отвечают на вопрос «есть вопросы, претензии, пожелания?» отрицательно или же ограничиваются уточняющими вопросами:

«Врач: вопросы еще есть?

Женщина (25 лет, беременна, жалобы на кашель и высокую температуру): ну, а это не может быть птичий грипп?

В.: смотрите, чтобы наверняка ответить, тот ли это самый противный вирус, нужно быть госпитализированным на две недели в инфекционную больницу и на выходе,

когда вы из нее выйдете, вам скажут точно, что это было. А так разницы абсолютно никакой. Кроме того что еще…

Ж.: ыгы…ыгы…

Мужчина (лет 30, супруг пациентки): дело в том, что еще маленький ребенок…

В.: понятно, значит смотрите…

М.: у родителей может подержать?

В.: для профилактики…да, подержать у родителей, почаще проветривать, масочный режим и в нос интерферон капать.

Ж.: ыгы, хорошо

В.: вопросы еще есть?

Ж.: все…

В.: все… если будет хуже вызывайте скорую» [Дневник наблюдения 3, 8].

Другой пример:

«Врач: … так ко мне вопросы еще есть?

Женщина (70 лет, жалобы на тошноту): вот это вот живот не пройдет?

В.: ну смотрите, укольчик я поставил, поэтому пройдет, если не пройдет, вызывайте повторно, ну и там уже решим вопрос с госпитализацией, может быть, но пока нет

Ж.: вот что такое то, болит здесь вот то, вокруг живота всю ночь вот так вот гладила, с бока с бок, прыгала-прыгала, всю ночь не спала, ну вот тошнит, и сегодня тошнило

В.: ну сейчас станет легче, я вам таблеточку от давления дал, и от боли в животе я вам поставил дротоверин» [Дневник наблюдения 6, 6].

Из приведенных примеров видно, что врач достаточно подробно объясняет логику своих действий и обосновывает принятое решение. Цель такого риторического приема – убедить пациента, что ситуация находится под контролем, снять напряжение. Для того чтобы продемонстрировать уверенность врач активно использует уменьшительные слова (укольчик, таблеточка, ваточка, ягодичка и т.п.). Такие риторические ходы позволяют врачу расположить пациента к себе, добиться доверия и принятия пациентом принятого решения. Эта тактика убеждения оправдывает себя в том случае, когда врач оценивает себя как представителя гражданской институции – принятое решение легитимируется при помощи доверия, которое высказывает пациент.

В данном параграфе были обобщены результаты эмпирического исследования. Было показано, что диагностика как процесс принятия решения и клинический диагноз как результат этого процесса, нельзя рассматривать как алгоритм, который подчиняется строгим

техническим закономерностям и правилам. В процессе диагностики огромное, если не решающее значение, имеет непосредственное взаимодействие между врачом и пациентом, причем пациент в этом взаимодействии выступает не только в качестве объекта осмотра и источника информации о состоянии своего тела, но в роли «соавтора» диагноза. Пациент занимает очень активную позицию (здесь мы рассматривает пациента как коллективное образование – сюда включаются помимо больного, также его родственники, близкие и т.п.), он имеет свое представление о справедливом или несправедливом диагнозе, и в его распоряжении находятся определенные средства воздействия на врача. Врач в свою очередь не является полностью независимым калькулирующим индивидом, который на основе имеющейся информации и собственных знаний, принимает наиболее оптимальное решение. Врач как член коллективного тела, как представитель государственной институции испытывает сильное социальное давление, которое он не может не принимать во внимание.

Таким образом, диагноз следует рассматривать как определенную медико-социальную конструкцию, где неразделимо смешиваются научные, объективные (наблюдаемые симптомы и признаки заболевания, параметры состояния организма, полученные с помощью измерений и т.п.) и социальные (административные регламенты, ожидания и интересы самого пациента и т.д.) факторы. Особо важное место среди социальных факторов диагностики на наш взгляд занимают представления о справедливости врача и пациента. Согласование этих представлений, представленных различными мирами, является необходимым этапом принятия решения о диагнозе. В противном случае может разгореться конфликт – врач может посчитать притязания пациента чрезмерными, пациент в свою очередь, может расценить действия врача как недостаточные, несправедливые в его отношении. Практика согласования представлений о справедливости носит всегда ситуативный характер, врачу важно правильно оценить тот мир справедливости, по критериям которого пациент оценивает его действия. Для пациента также важно ясно понимать, какими оценками справедливости руководствуется врач. Только в этом случае – когда оба участника, вовлеченные в процедуру принятия решения о диагнозе, верно определяют взаимные установки, согласие достигается.

Это не означает, что стороны не готовы идти на компромиссы. Открытая конфронтация не выгодна ни врачу, ни пациенту, поэтому часто в случае несовпадения миров справедливости, один из участников соглашается на компромисс. Но собственно границы компромисса определяются как раз теми представлениями о справедливости решения, которыми руководствуются и врач, и пациент.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследовании первоначальная гипотеза о сложном, конструктивном характере решения о диагнозе получила подтверждение. В процессе принятия решения о диагнозе можно выделить как «рациональные» компоненты (связанные с биомедицинским состоянием организма пациента), так и «иррациональные» (которые отсылают к ценностным убеждениям, интересам и ожиданиям, в частности, к представлениям о справедливости). Таким образом, можно утверждать, что неоклассическая модель рациональности, общепринятая в современном медицинском дискурсе о диагнозе, упускает ряд существенных параметров, оказывающих влияние на процесс принятия решения. В этом смысле модель субъективной (ситуативной) рациональности, предложенная Р. Будоном, является в большей степени релевантной. Диагноз, как результат согласования различных компонентов, представляет собой сложный конструкт, в создание которого вовлечены акторы, действующие силы разной природы (люди (врач, пациент, родственники пациента), институты (система здравоохранения РФ, система медицинского образования, государственные органы надзора и контроля в сфере медицины), техника (медицинские инструменты, оборудование, приборы и т.д.), ценности (образы справедливости) и т.п.).

Влияние каждого из этих акторов на диагностику создает определенные факторы риска, которые необходимо принимать во внимание врачу, чтобы избежать неблагоприятных последствий. Управление факторами риска приобретает форму определенных практик, которые вырабатывает врач в процессе своей профессиональной деятельности. Эти практики носят ограниченный, специфический характер, они вырабатываются на основе индивидуального опыта врача и особенностей его личности. В тоже время, практики управления рисками представляют собой некоторую форму компетенции врача, которая позволяет ему успешного осуществлять свою профессиональную деятельность. В этом смысле, способность оценить риски и принять необходимые меры для их оптимизации, является важным аспектом его профессионального успеха. Такого рода практики управления рисками встраиваются в рутинные, повседневные действия врача, они часто носят нерефлексивный характер, возникая из конкретного частного опыта. Их можно обнаружить только в результате реконструкции всего процесса принятия решении о диагнозе. В качестве развития результатов исследования можно было бы предложить такое направление, как изучение индивидуальных практик управления рисками в повседневной, рутинной жизни, которыми пользуются представители других профессий.

Изучение такого рода практик не только в профессиональной деятельности, но и в повседневной жизни людей, представляется важным и перспективным направлением

дальнейших исследований. Умение выявлять факторы риска и управлять ими в процессе принятия решений (а к таким решениям можно отнести не только решения, связанные с управлением техническими или социальными объектами, но и те решения, которые направлены на регулирование повседневной жизни), становиться особенно важной компетенцией в ситуации современного общества, с его повышенным динамизмом, высоким уровнем неопределенности и нестабильности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев Ю. К. Диагностическое мышление врача и законы логики // Военная медицина. – 2008. – № 2. – С. 66-69.
2. Автономов В. С. Модель человека в экономической науке / В. С. Автономов. – СПб.: Экономическая школа, 1998. – 230 с.
3. Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Кременков А.Р., Рамненок Т.В. Классификация медицинской помощи – существующие проблемы, новые законодательные подходы / О. Ю. Александрова, О. Н. Лебединец, А. Р. Кременков, Т. В. Рамненок // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 7. – С. 22-36.
4. Александрова О. Ю. Экстренная и неотложная медицинская помощь – проблема разграничения понятий и механизма реализации норм закона / О. Ю. Александрова, Т. В. Рамненок // Медицина. – 2015. – № 3. – С. 6-22.
5. Ахтулова Л. Н. Особенности процесса принятия управленческих решений в организациях / Л. Н. Ахтулова, А. Л. Ахтулов, А. В. Леонова, А. В. Овсянников // Омский научный вестник. – 2014. – № 3 (129). – С. 35-40.
6. Балдин К. В. Управленческие решения: учебник / К. В. Балдин, С. Н. Воробьев, В. Б. Уткин. – М.: Дашков и К°, 2012. – 496 с.
7. Беккер Г. Человеческое поведение: экономический подход. Избранные труды по экономической теории / Г. Беккер. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 672 с.
8. Болтански Л. Новый дух капитализма / Л. Болтански, Э. Кьяпелло. – М.: Новое литературное обозрение, 2011. – 976 с.
9. Болтански Л. Критика и обоснование справедливости / Л. Болтански, Л. Тевено. – М.: Новое литературное обозрение, 2013. – 576 с.
10. Бороздина Е. А. Трансформация профессиональной этики российского врача: социологический анализ // Вест. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. – 2011. – № 1 (13). – С. 12-20.
11. Будон Р. Место беспорядка. Критика теорий социального изменения / Р. Будон. – М.: Аспект-Пресс, 1998. – 284 с.
12. Вагнер П. Вслед за «оправданием»: репертуар оценки и социология современности // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2000. – Том 3. – № 3. – С. 112-128.
13. Вертакова Ю. В. Управленческие решения: разработка и выбор: учебное пособие / Ю. В. Вертакова, И. А. Козьева, Э. Н. Кузьбожев. – М.: КНОРУС, 2005. – 352 с.

14. Волков В. В. Теория практик / В. В. Волков, О. В. Хархордин. – СПб.: Изд-во Европейского ун-та в СПбе, 2008. – 298 с.

15. Волчанский М. Е. Основные направления современных исследований в медицинской конфликтологии / М. Е. Волчанский, Т. К. Фомина // Социология медицины. – 2012. – № 2 (21). – С. 45-46.

16. Дегтярев А. А. Принятие политических решений: учебное пособие / А. А. Дегтярев. – М.: Университет, 2004. – 414 с.

17. Деревщиков С. А. Пособие дежуранта: рекомендации для практикующих врачей по лечению неотложных состояний / А. С. Деревщиков. – Н-ск: Изд-во СО РАН, 2014. – 492 с.

18. Димов А. С. О социальной доминанте в происхождении болезни // Социология медицины. – 2014. – № 13 (2). – С. 30-36.

19. Добреньков В. И. Методы социологического исследования: учебник / В. И. Добреньков, А. И. Кравченко. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 768 с.

20. Древаль А.В. Диагностика болезней / А. В. Древаль. – М.: Медицина, 1994. – 159 с.

21. Иванинский О. И. Некоторые результаты оценки организации оказания неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи сельскому населению, по данным социологического опроса населения и экспертной оценки (на примере Новосибирской области) / О. И. Иванинский, И. В. Шарапов [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири: электронный научный журнал. – 2013. – № 3. – Электрон. дан. – URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1006 (дата обращения: 30.05.2016).

22. Изотова А. В. Доверие в системе здравоохранения / А. В. Изотова, Л. А. Лебединцева // Вестник Тюменского гос. ун-та. – 2011. – № 8. – С. 132-138.

23. Искандеров И. Р. Неотложная медицинская помощь [Электронный ресурс] / И. Р. Искандеров, А. А. Гильманов // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). – 2015. – № 2. – Ч. 1. – Электрон. дан. – URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19318 (дата обращения: 30.05.2016).

24. Козина И. Case study: некоторые методические проблемы // Рубеж. – 1997. – № 10-11. – С. 177-189.

25. Коулман Дж. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора // Экономическая социология. – 2004, май. – Т. 5. – № 3. – С. 35-45.

26. Кузенко П. И. анализ деятельности служб скорой и неотложной медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. – 2014. – № 1. – С. 29-33.

27. Кузенко П. И. Медико-социальная характеристика пациентов службы амбулаторной неотложной первичной медико-санитарной помощи / П. И. Кузенко, Т. М. Лебедева, Т. Н. Говязина [Электронный ресурс] // Здоровье семьи – XXI век (электронное периодическое издание). – 2012. – № 4. – Электрон. дан. – URL: http://fh-21.perm.ru/download/2012- 4-8.pdf. (дата обращения: 30.05.2016).

28. Кузенко П. И. Научное обоснование модели организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме на территориальном уровне (на примере города Перми): дис. … канд. мед. наук / П. И. Кузенко. – Пермь, 2013. – 198 с.

29. Кузнецов Н. А. Операционный риск: принятие решений / Н. А. Кузнецов. – М.: Литтерра, 2015. – 98 с.

30. Култыгин В. П. Теория рационального выбора – возникновение и современное состояние // Социс. – 2004. – № 1. – С. 28-37.

31. Литвак Б. Г. Разработка управленческого решения: учеб. / Б. Г. Литвак. – М.: Дело, 2002. – 392 с.

32. Лопатников Л. И. Экономико-математический словарь. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Дело, 2003. – 520 с.

33. Мескон М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М.: Дело, 2004. – 800 с.

34. Мясников О. А. Научная оценка организации преемственности в работе станций скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях реформирования здравоохранения: автореф. дис. …к-та мед. наук / О. А. Мясников. – М., 2009. – 24 с.

35. Отвагина Т. В. Неотложная медицинская помощь: учебник / Т. В. Отвагина. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 251 с.

36. Попов В. П. Организация экстренной медицинской помощи в регионе: проблемы и перспективы / В. П. Попов. – Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2013. – 171 с.

37. Приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области № 299 от 07.02.2013 «О создании службы неотложной помощи взрослому населению на территории города Новосибирска» [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – URL: http://www.regionz.ru/index.php?ds=2172109 (дата обращения: 30.05.2016).

38. Радаев В. В. Экономическая социология / В. В. Радаев. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 603 с.

39. Решетников А. А. Социология пациента / А. А. Решетников, С. А. Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.

40. Решетников А. А. Социология медицины: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 863 с.

41. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. – 2012. – № 2 (21). – С. 4-10.

42. Рогов К. А. Правила формулировки и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов: учебно-методическое пособие / К. А. Рогов, А. Л. Владимирцева. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 20 с.

43. Саймон Г. А. Рациональность как процесс и продукт мышления // THESIS, 1993. – Вып. 3. – С. 16-38.

44. Саймон Г. Теория принятия решений в экономической теории и науке о поведении // Теория фирмы. – СПб.: Экономическая школа, 1995. («Вехи экономической мысли»; Вып. 2). – 534 с. – С. 54-72.

45. Семенова В. В. Качественные методы: введение в гуманистическую социологию: учеб. пособие / В. В. Семенова. – М.: Добросвет, 1998. – 289 с.

46. Спригингс Д. Экстренная медицина: практическое руководство по диагностике и лечению неотложных состояний / Д. Спригингс, Д. Чамберс. – М.: Мед. лит., 2006. – 544 с.

47. Страусс А. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники / А. Страусс, Дж. Кобрин. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 256 с.

48. Тевено Л. Множественность способов координации: равновесие и рациональность в сложном мире // Вопросы экономики. – 1997. – № 10. – С. 69-84.

49. Тевено Л. Рациональность или социальные нормы: преодоленное противоречие? // Экономическая социология. – 2001. – Т. 2. – № 1. – С. 88-122.

50. Уйти, чтобы остаться: социолог в поле: сб. статей / под ред. В. Воронкова и Е. Чекадзе. – СПб.: Алетейя, 2009. – 148 с.

51. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – Электрон. дан. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 30.05.2016).

52. Фуко М. Безопасность, территория, население: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1977-1978 учебном году / М. Фуко. – СПб.: Наука, 2011. – 544 с.

53. Швери Р. Теория рационального выбора: аналитический обзор // Социологический журнал. – 1995. – № 2. – С. 43-56.

54. Boltanski L. The Sociology of Critical Capacity / L. Boltanski, L. Thevenot // European Journal of Social Theory 2(3). – 1999. – P. 359-377.

55. Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness // Journal of Health and Social Behavior. – 1995. – (Extra Issue). – P. 34-52.

56. Garcia T., Bernstein A., Bush M. Emergency Department Visitors and Visits: Who Used the Emergency Room in 2007? / T. Garcia, A. Bernstein, M. Bush // NCHS Data Brief. – 2010, May. – № 38. – URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db38.pdf (дата обращения: 30.05.2016).

57. Emergency Medical Services Systems in the European Union. – World Health Organization, 2008. – 96 p.

58. Etzioni A. Toward a New Socio-Economic Paradigm // Socio-Economic Review. – 2003. – Vol. 1. – № 1. – P. 105-118.

59. Heiner R. The Origins of Predictable Behavior // American Economic Review. – 1983, Sep. – Vol. 73. – № 4. – P. 560-595.

60. Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review // Sociology of Health & Illness. – 2009. – Vol. 31. – № 2. – P. 278–299.

61. Jutel A. Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities / A. Jutel, S. Nettleton // Social Science & Medicine. – 2011, September. – Vol. 73. – Issue 6. – P. 793-800.

62. New Spirit of Capitalism? Crisis, Justification and Dynamics / ed. by P. du Gay, G. Morgan. – Oxford University Press, 2013. – 328 p.

63. Ramon A. L. Raymond Boudon: A review // Papers. Revista de Sociologia. – 2014. – Vol. 99. – № 4. – P. 469-480.

64. Rosenberg C. E. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience // The Milbank Quarterly. – 2002, June. – Vol. 80. – Issue 2. – P. 237–260.

65. Social issues in diagnosis: an introduction for students and clinicians / ed. by A. Goldstein Jutel, K. Dew. – Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2014. – 244 p.

66. Sociology of Diagnosis / ed. by P. J. McGann, D. J. Hutson. – Emerald, 2011. – 401 p.

67. Yin R. K. Case study research: design and methods / R K. Yin. – 4th ed. (Applied social research methods v. 5). – Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington DC: SAGE, 2009. – 220 p.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Программа исследования

Данное исследование представляет собой «case study». В качестве объекта исследования выступает профессиональная деятельность отдельно взятого врача неотложной медицинской помощи, который трудится в одной из поликлиник города Новосибирска. Предметом исследования является процесс принятия решения о диагнозе, который рассматривается в широком контексте, как часть взаимодействия врача с пациентом в целом в двух различных ситуациях: при вызове врача на дом (т.е. взаимодействие происходит в месте жительства пациента) и в кабинете неотложной помощи непосредственно в здании самой поликлиники. Исследование включало наблюдение и обсуждение определенных элементов деятельности врача с ним самим. Полевой этап исследования протекал в период с ноября 2015 по апрель 2016 гг. (с продолжением в мае 2016 г.). В течение этого периода помимо непосредственной полевой работы, связанной с наблюдением, исследователь имел возможность всесторонне и подробно обсудить процесс принятия решения с самим врачом.

В целом, структура принятия решения о диагнозе как определенного социального действия подчиняется общим закономерностям, свойственным процессу разработки и принятия управленческих решений. В тоже время, данное принятие решения о диагнозе обладает существенными особенностями, которые обусловлены спецификой самого предмета исследования и границами ситуации, в которой этот процесс происходит. Так, принятие решения о диагнозе включается в себя определенные формы его реализации; взаимодействие врача и пациента происходит в условиях жесткого дефицита времени; возможности получения информации существенно ограничены техническим оснащением врача (у него в распоряжении только медицинский чемодан с дольно небольшим набором приборов и медикаментов, кроме того порой приборы выходят из строя); врач в значительной мере воспринимается не только как профессионал-медик, пациенты возлагают на него ожидания, выходящие за рамки его непосредственных обязанностей (социальная роль врача) и т.д. Отмеченные ограничения вносят значительные коррективы в процесс принятия решения.

Новизна исследования определяется его предметом и выбранной методологией. Применение антропологического метода позволяет рассматривать деятельность врача как управленческую практику, реализуемую на уровне микровзаимодействий, в виде непосредственного контакта. Изучение процесса принятия решения «вблизи», как отдельного «микрособытия», имеющего свою структуру и внутреннюю динамику, представляет научный и практический интерес, т.к. позволяет механизм этого действия как

процесс живого общения, как практику реализации довольно строгих норм и регламентаций. Исследование представляет и определенный практический интерес, т.к. позволяет лучше понять схему взаимодействия врача и пациента, в результате которой конструируется диагноз. Обнаружены ценностные основания решения о диагнозе, они могут различаться, что определяет эффективность лечения пациента.

Важность данного исследования состоит в том, что оно позволяет рассмотреть каждый конкретный случай диагноза как самостоятельный факт, который не подчиняется универсальным правилам. Так, в частности, результаты исследования показали сомнительность применения концепции рационального выбора в ее неоклассическом (экономическом варианте) для описания процедуры принятия решения о диагнозе. Это решение более релевантно описывается в терминах концепции субъективной (ситуационной) рациональности. Т. е. рациональность решения, в данном случае диагноза, определяется обстоятельствами конкретной ситуации. В то же время, решение о диагнозе не является действием индивидуальным, совершаемым только врачом. Пациент также активно влияет на это решение, выступая не только в качестве источника информации, но и как активнодействующий актор. Пациент опирается на некоторую цель, которая выражает его представления о справедливом решении (т.е. таком решении, которое его удовлетворит). При этом такие цели не являются полностью субъективными, произвольными, они опираются на определенный набор представлений о справедливом ожидании. В противном случае врач (если ожидания пациента не совпадают с данным представлением о справедливости), может не вступать в переговоры с пациентом (т.е. попросту уйти без объяснений).

Это позволяет нам применить теоретическую схему «социологии градов» Л. Болтански и Л. Тевено. Каждое решение о диагнозе является взаимным соглашением между врачом и пациентом, при этом в каком режиме справедливости будет принято решение, определяет пациент. Это, в конце концов, обуславливает, каким образом конституируется диагноз. Вариация таких режим является довольно ограниченным набором, все они утверждают себя через обращение к «общему благу». Врач также работает в определенном режиме справедливости, режимы врача и пациента могут существенно различаться. Их рассогласование приводит к конфликтам и жалобам.

Таким образом, постановка диагноза представляет собой сложную операцию, которую можно назвать «переговорами», которые направлены на то, чтобы согласовать цели врача и пациента. Как и любое решение, постановка диагноза, генерирует определение риски. Так как врач в своей деятельности оказывается вовлеченным в сеть разного рода социальных отношений, то возникающие риски могут носить самый разнообразный характер. В процессе принятия решения о диагнозе врачу приходится взаимодействовать с различными силами,

системами и сетями, которые могут быть очень далеки от непосредственно медицинских феноменов. Во-первых, врач является элементом сложной сети, которую представляет собой «система здравоохранения РФ». Только в рамках этой сети может существовать данная форма принятия решения о диагнозе. Сюда входят многочисленные регламенты, правила, административные практики, которые устанавливают ограничения при принятии решения, тем самым создавая дополнительные, немедицинские факторы риска и которые, тем не менее, влияют на диагноз и на последующее лечение. Во-вторых, актором, интересы которого необходимо учитывать врачу, является пациент, которые нужно рассматривать как составной субъект – он может включать в себя только одного человека, а может группу лиц (как правило, это родственники или другие близкие люди), которая активно воздействует на врача и на принимаемые им решения. Пациент имеет собственные представления и ожидания о том, какие действия должен предпринять врач.

Проблемная ситуация. Постановка диагноза представляет собой процесс принятия решения. Он включает в себя ряд обязательных этапов: сбор информации, выявление альтернатив (заболеваний), выбор конкретной альтернативы, обоснование сделанного выбора. Однако этот процесс чрезвычайно сложно устроен: помимо информации о состоянии пациента, которой заранее располагает врач и той информации, которую он собирает в процессе непосредственного взаимодействия с пациентом, существенную роль играют ценностные представления, субъективные интересы и цели. Причем это обоюдный процесс, в котором диагноз конструируется не только врачом, но пациентом. Исследование структуры процесса принятия решения о диагнозе является важной задачей, т.к. позволяет понять внутреннюю структуру процесса принятия решения в целом.

Проблема – исследование процедуры принятия решения о диагнозе в практике врача неотложной медицинской помощи.

Объект – действия врача, которые осуществляются в процессе постановки диагноза на принятое решение.

Предмет – совокупность элементов, задействованных в принятии решения о диагнозе в условиях ограничения информации и времени.

Цель – проанализировать, каким образом осуществляется взаимодействие и координация интересов и сил, конструирующих решение о диагнозе.

Задачи*:*

1. изучить процедуру взаимодействия между врачом и пациентом и рассмотреть процесс установления согласия относительно диагноза (позицию пациента, согласование «общего блага», форму «общего блага»);

2. выявить интересы и «силы», которые вовлекаются в процесс принятия решения. Установить формы влияния таких интересов и «сил»;

3. описание практик управления риском, которые сформировал врач в процессе своей профессиональной деятельности.

Гипотезы*:*

1. диагноз является сложным конструктом, составленным из медицинских, социальных, экономических, психологических и технических элементов;

2. решение о диагнозе является результатом переговоров и соглашений, которые устанавливаются между заинтересованными сторонами (врачом, пациентом и «третьими лицами» – родственниками, друзьями и т.п.);

3. достижение согласия о диагнозе осуществляется путем согласования представлений о справедливости решения;

3. врач в процессе своей практической работы вырабатывает специфические формы управления рисками, позволяющие ему оптимизировать риски принятого решения.

Приложение Б

Список экспертов

1) Анжела, 33 года, образование высшее, факультет «Лечебное дело», врач-невролог в поликлинике (г. Новосибирск)

2) Владимир, 40 лет, образование высшее, факультет «Лечебное дело», врач траматолог-ортопед в поликлинике, 10 лет отработал в приемном отделении (г. Новосибирск)

3) Елена, 25 лет, образование среднеспециальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – Октябрьская подстанция СМП (г. Новосибирск)

4) Елена, 26 лет, образование средне-специальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – Боровская станция СМП (Новосибирский сельский района НСО)

5) Михаил, 25 лет, образование среднеспециальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – Боровская станция СМП (Новосибирский сельский района НСО)

6) Ольга, 29 лет, образование среднеспециальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – фельдшер кабинета НМП в поликлинике (г. Новосибирск)

7) Роман, 45 лет, образование средне-специальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – фельдшер кабинета НМП в поликлинике (г. Новосибирск)

8) Сергей, 31 год, образование среднеспециальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – Октябрьская подстанция СМП (г. Новосибирск)

9) Татьяна, 36 лет, образование среднеспециальное, факультет «Лечебное дело», специализация фельдшер СПМ, место работы – Ленинская подстанция СМП (г. Новосибирск)

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Опросный лист

Образ типичного врача неотложной медицинской помощи

Пожалуйста, укажите, какими признаками обладает типичный врач неотложной медицинской помощи. Для этого, основываясь на Вашем личном опыте, ответьте на следующие вопросы:

1. Как правило, пол врача скорой неотложной помощи
2. Средний возраст
3. Образование
4. Факультет, который обычно заканчивает врач неотложной медицинской помощи
5. Какая обычно специализация врача неотложной помощи, до того как он перешел на неотложную помощь (в каком отделении работал прежде)
6. Какой стаж работы в должности у типичного врача неотложной помощи
7. Какие причины побуждают медработников работать в отделении неотложной помощи
8. Как выстраивается профессиональная траектория типичного врача неотложной медицинской помощи
9. Какими личными и профессиональными качествами должен обладать врач неотложной помощи, чтобы успешно справляться со своими обязанностями

Немного о Вас:

Укажите Ваш пол

Ваш возраст

Ваше образование (название учреждения и факультет)

Какую должность Вы занимаете в настоящее время

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Дневники наблюдений

Дневник наблюдений 1

29.11. 2015, воскресенье, начало – около 9.30, выехали из Поликлиники Окончание – около 11.30, посетили 10 квартир, ездили на автомобиле с шофером, я носил чемодан доктора в белом халате				
Объективные обстоятельства		**Действия врача**	**Комментарии врача**	**Мои комментарии**
1	Пожилая женщина, лежит в постели, в квартире ее муж, жалобы на рвоту и слабость	Спрашивает о жалобах, какие лекарства принимает, ощупывает живот больной, ставит укол, выписывает рекомендации Муж в другой комнате	Укол поставил воду для инъекций, хотел поставить противорвотное, но его не оказалось в чемодане, скорее всего новообразования в животе	Пациенту врач не сказал о подозрении, посоветовал вызвать завтра (в пн.) врача на дом
2	Очень пожилая женщина, лежит в постели почти голая, не говорить, только стонет, открывает женщина (видимо, дочь), говорит, что вчера вызывали «скорую», просит поставить обезболивающее, показывает толстую медкнижку больной	Расспрашивает о диагнозе, спрашивает о препаратах, которые принимает, ставит укол, очень быстро уходим, обещается только с дочерью	Случай безнадежный, онкология последней стадии	Чуть позже, где то в 12.30 позвонили – женщина умерла, врач ездил на освидетельствование один
3	Молодая женщина, в квартире муж и дети, проводит нас на кухню, просит одеть бахилы, жалуется на боли в спине, уже наблюдается у врача	Расспрашивает о лечении и диагнозе, просит показать кардиограмму, ощупывает спину и почки, слушает, Предлагает сделать укол обезболивающего, спрашивает – может кто-нибудь ей поставить укол? Оставляет ампулу и шприц	У нее остеохондроз, почки не воспалены	Врач в общении использует особенно много уменьшительных слов (укольчик, ампулка, таблеточка и т.д.) Можно назвать квалифицированный пациент, уверенно рассказывает о препаратах, спорит с врачом
4	Очень старая женщина, лет 80-90, лежит в кровати, улыбается нам. В квартире родственники – мужчина и женщина, с порога начинают оправдываться – не знаем, когда она успела вызвать, не видели, как звонила и т.д. Пациентка жалуется на боли в животе	Быстро осматривает живот, разговор с родственниками о том, как она умудряется вызывать каждый день «скорую»	Пациентка вызывает каждый день «скорую», иногда по нескольку раз, у нее ДЭП, из-за чего развилось старческое слабоумие. Таких как она на районе чел. 3-4, она чаще всех остальных обращается в СМП	Женщина «постоянный клиент», в конце смены в 13.50 вызывает еще раз неотложку, врач ставит укол физраствора – болезненный, но не опасный укол (он называет это «карательной медициной») Разговор с каждым больным врач заканчивает фразой: ко мне есть претензии, вопросы, пожелания? Такая стратегия сложилась после конфликта с пациентом, который написал жалобу

				на врача несколько лет назад
5	Лежит на кровати очень старая женщина, лет 80, в квартире ее соседка, она вызвала врача	Измеряет давление, расспрашивает о том, какие лекарства принимает пациентка, разговаривает с соседкой о нормальном и высоком давлении, ставит укол	У пациентки гипертония	
6	Мужчина лежит в квартире, открывает его жена, жалобы на температуру и слабость, недавно болел (подозревает пневмонию)	Опрос – что принимает больной, ставит укол, пишет подробные рекомендации по лечению, листок отдает жене, в основном обращается к жене пациента	У него ОРВ, был терапевт, выписал антибиотики, надо принимать противовирусные препараты, антибиотики не помогут	
7	Очень старая женщина, сидит на кровати, ничего не говорит, за нее говорит дочь, в квартире еще ходит мужчина, жалобы на выход кала всю ночь, спрашивают можно ли кормить пациентку и чем лучше?	Врач пишет рекомендации, советует режимы питания и таблетки	У нее диспепсия	
8	Очень старая женщин, лежит на постели, жалуется на давление, в квартире ее подруга, тоже пожилая, но активная, подозревает инфаркт	Расспрашивает больную, осматривает, просит сесть, выписывает рекомендации, советует попить мочегонное – больная спорит с врачом, говорит мне это не надо, у меня и так частое мочеиспускание, обсуждают таблетки, которые она принимает	У пациентки гипертония	Подруга больной постоянно обращается ко мне (я в халате), говорит о том, как важно делать зарядку Пример «квалифицированного пациента» – разбирается в лекарствах, спорит с врачом
9	Вызвал пожилой мужчина, около 70, сказал, что уже отпустило к нашему приезду, жалобы на «пустоту в груди», в комнате сидит его сын, во время осмотра заходит пожилая женщина и на ухо мне говорит, что может быть причиной недомогания является, то, что у пациента вырезано одно легкое	Осматривает пациента, расспрашивает про препараты, которые он принимает, рассказывает сыну об этих препаратах, пишет рекомендации, отдает их сыну, обращается только к сыну	стенокрадия	
10	В квартире пожилые супруги (50-60 лет), открывает мужчина, женщина сидит на кровати, жалуется на головокружения, уже довольно долго, в комнате только она, муж временами заходит и стоит в дверях	Расспрашивает, слушает дыхание, спрашивает про лечение, какие препараты принимает, больная спрашивает про рекомендуемые препараты, об их совместимости, спорит с врачом, врач подробно рассказывает о препаратах	У нее ОРВ	Единственная спрашивает про меня, почему нас двое, мы не «скорая», сказали, что я проверяющий «Квалифицированный пациент»

11	В 13.30 (за полчаса до конца смены) «скорая» перенаправляет нам вызов на Северном поселке, ехать далеко, частный дом, небольшие пробки, едем медленно. В комнате старая женщина, сидит на диване, ноги укрыты одеялом, жалуется на боли в ноге, во дворе мужчина чистит снег, в комнату чуть позже заходит дочь больной Болит уже 2 недели, не могу спать ночью	Внимательно выслуживает, просит встать, прощупывает спину, расспрашивает, что принимает Рассказывает что это невралгия, советует вызвать на дом невролога, подробно расписывает курс лечения, заметна заинтересованность врача, по просьбе больной ставит укол обезболивающего	Это нейропатический болевой синдром, врач говорит, что ему интересны невралгические заболевания	Меня назвали доктором (первый раз) «Чувство халата» - ощущения себя врачом в глазах пациентов
12	Вернулись в поликлинику, сидим в кабинете, обсуждаем итоги	Врач записывает диагнозы в журнал неотложной помощи и в карточки пациентов, диагноз и лечение восстанавливаем по памяти вместе		

Дневник наблюдений 2

№	Объективные обстоятельства	Разговоры	Комментарии
1	Начало 9.12, 06.12 (воскр) Едем на «труп». Выходим из кабинета, в холле 2 женщины, родственники покойной. Едем на их машине, т.к. больничный шофер уехал с дежурным терапевтом. Я, врач и еще одна женщина сидим на заднем сидении, вторая на пассажирском впереди, за рулем мужчина, возможно муж женщины на переднем сидении. Врач всю дорогу пишет смски. У подъезда встречает представитель похоронной компании, здоровается со всеми. Поднимаемся на лифте. Заходим в квартиру в 9.28. Однешка, 7 этаж, в квартире мужчина – муж покойной, в шортах и в майке, выходит из кухни, никто не плачет, ведут себя немного «по-деловому». Мы одеваем бахилы и проходим в зал, там покойная, желтого цвета, укрыта одеялом до груди, врач просит паспорт, садится на стул рядом с диваном и заполняет протокол установления смерти человека, заполняет быстро 2-3 мин. Я прохожу в зал сажусь на кресло, под диваном стоит	В машине: разговаривает одна женщина, которая сидит на пассажирском сидении впереди, поворачивается к нам: Ж.: А вот у нас карточка в 6 поликлинике, вам она нужна? Врач: плохо, вам тогда сегодня справку не выпишут Ж.: нам ее нужно забрать? В.: да, но сегодня вам карточку никто не выдаст, там нет никого Ж.: мы хотели завтра похоронить, там уже наверное похоронная приехала, как нам документы оформить? В.: без осмотра врача с телом ничего делать похоронные не могут. Можно полицию вызвать, они в морг отвезут, там обязательно вскрытие Ж.: это долго будет В.: а чем болела? Ж.: цирроз печени В.: а причина цирроза? Ж.: гепатит, в детстве заболела, а еще сейчас медикаментозное отравление печени, она болела В.: а гепатит какой В, С? Ж.: да она сама не знала, в детстве заразилась В.: ну смотрите, я выпишу справку, отдам участковому терапевту, она вам выдает документ Ж.: а мы уже похоронную вызвали В.: ну и что? есть вариант, если давно болела, сегодня дежурит Ф., она женщина адекватная, может и сегодня выпишет Ж.: а из 6 поликлиники выписка нужна? В.: да можно и без выписки В лифте: В.: а как похоронная узнала? сами вышли на вас? Ж.: нет, мы позвонили, у знакомых тоже мама	Часа через 2 мужчина, который встречал нас в шортах, заглядывает в кабинет, врач отводит его в регистратуру

	ночной горшок, на полу расстелен кусок линолеума, видимо постель мужчины. Выходим вдвоем с врачом, женщины остаются в квартире. Родственник отвозит нас обратно в поликлинику Окончание 9.36	недавно умерла, по их совету в эту компанию обратились В квартире: В.: нужен человек, кто справку будет получать, с паспортом, я сейчас выпишу, возьмете в регистратуре и поднимитесь к терапевту, она на втором этаже Ж.: пап, ну ты тогда наверное поедешь, одевайся Мужчина в шортах: ага, ну да Ж.: или мы поедем? (обращается к другой женщине) В.: лучше тот кто справку будет получать Ж.: пап, ну тогда ты собирайся, сейчас Артур отвезет докторов и за тобой приедет	
2	Начало 10.25 Выезжаем на 3 вызова, сегодня мы делим машину с дежурным терапевтом, сначала она объезжает своих пациентов, потом мы едем по вызовам Проезд к дому загородил КАМАЗ, едем в объезд, через дворы Входим в квартиру 10.35, 4 этаж, звоним, дверь открывает очень высокий и крупный мужчина в трусах. медицинской маске, босиком, в коридоре детская коляска, дверь в зал закрыта, слышно телевизор и детский плач. Просит одеть бахилы, врач одевает, на меня нет пары, мужчина заглядывает в зал: «Зая, есть еще бахилы?» «Зачем?» «Ну докторам, два приехали» «Нет» Проходим на кухню, я без бахил. На кухне играет музыка, какой то блатной мотив. Садится на стул за стол, врач садится на табурет напротив, я стою в дверном проеме. Мужчина жалуется на кашель и высокую температуру. Врач просит встать, случает спину фонендоскопом, пишет рецепт, заполняет больничный лист. Уходим, я говорю – иду на пятках Окончание 10.42	В.: Здравствуйте М.: Сюда проходите. Заболело горло, температура, вроде ниче-ниче. Только переболел, сегодня опять просыпаюсь, температура 38, глотать не могу, все по новой В.: Ага, ага, ну что давай вас послушаем кашель есть, насморк есть? М.: кашель есть, нос заложен В.: так, где ложечку взять. ага, вставайте сюда, смотрим в сторону окна, рот открыть, так, спиной поворачивайтесь, и дышите как обычно (пауза), ыгы, теперь передом (пауза), ыгы, температура какая поднимается? М.: сейчас 38 В.: сколько так болеете? вот именно с высокой температурой М.: сегодня В.: сегодня, да? ну что. я вам сейчас выпишу чем полечиться М.: мне бы открыть больничный, я же сегодня не пошел В.: откроем не вопрос. значит сотрите, план лечения вот какой, во-первых, антибиотик, называется амоксиклав, в такой дозировке 0,5 +125, принимать одну таблетку на протяжении семи дней, вы не за рулем? М.: не В.: хорошо, дальше диазолин, он сонливость вызывает правда, принимать одну таблетку два раза в день, тоже семь дней М.: вишь, я не пролечился В.: да, да, надо пролечиться один раз и все будет хорошо М.: как всегда, на четвертый день отпустило, и вперед на работу В.: так, горло полоскать гексорал раствор, подчеркиваю слово раствор, вот, не брызлаки, не леденцы, именно раствор, потому что у вас там слизь, ее надо выполаскивать М.: ыгы, гескорал, а вот это дедовский вариант, сода? В.: сода, тоже хорошо, но долго нельзя, потому что слизистую выжжет, а гексорал чем хорош, он уничтожает вирусы, бактерии. все в общем М.: гексорал раствор? В.: гексорал раствор, полоскать два раза в день, на протяжении семи дней, кашель беспокоит да? М.: ну да, особенно ночью В.: ыгы, курите? М.: не, я завязал, пять лет уже не курю, решил	Когда садимся в машину, мужчина-пациент звонит водителю, спрашивает в какое время приходить за больничным. Оказывается они знакомы.

		завязывать, здоровье В.: дальше, амброксол, в дозировке 30 миллиграмм, принимать одну таблетку два раза в день на протяжении семи дней, так, и в довершение всего обильное питье, это в день 3 литра жидкости, М.: (робко) не пиво, да? (смеется) так, скажи, доктор прописал, тешку в день доктор прописал В.: не. температуру до 38 градусов не сбивать, значит температуру 38 и выше сбивать ибупрофеном, в дозировке 400 миллиграмм, вот им будете лечиться однократно. так теперь по поводу больничного. работаете где? М.: в Ашане работаю, Ашан В.: ООО? М.: ООО Ашан В.: так, нетрудоспособность у вас будет с сегодня до среды, это среда десятое? М.: девятое В.: девятое, по девятое двенадцатое, значит план действий вот какой, девятое двенадцатое М.: вот еще такой вопрос, мы вот стоим в военном, мне ему позвонить, вот он завтра будет менять, я тогда туда поеду, если нет, то я сюда поеду В.: ага, ага, ну давайте пока откроем в нашей поликлинике, а дальше уже по обстановке, значит девятого двенадцатого пятнадцатого подойдете в кабинет номер 116, там вас будет ждать ваша новая карта, гражданская, и собственно больничный, все. вопросы, претензии, пожелания есть? М.: нет, В.: пока. не болейте, живите долго и счастливо М.: а может пиво можно (смеется) В.: вы можете говорить, что я назначил трешку пива, мне не жалко М.: спасибо, до свидания В.: пожалуйста, до свидания Я.: до свидания	
3	Начало в 10.48 Дверь открывает мужчина в шортах, проводит нас в спальню, женщина в возрасте лежит на кровати под покрывалом, мужчина заходит за нами, проходит в угол комнаты и садиться на кресло, молча сидит на протяжении всей беседы, я стою у дверей. Врач ощупывает спину пациентки, пишет план лечение, ставит укол. Окончание 10.53	В.: Здравствуйте, ну что случилось? Ж.: здравствуйте, у меня вот это место (откидывает покрывало, показывает низ спину с правой стороны), вот это вот место… болит В.: ыгы, болит, встать можете? Ж.: да я так ходил, это сейчас прилегла, а ночью вообще не могу ни встать не лечь (встает) В.: еще что-нибудь беспокоит? поворачивайтесь Ж.: давление еще только, и все В.: я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно говорим, хорошо? больно? Ж.: нет… нет… вот тут вот да В.: вот тут больно, да? Ж.: нет, не здесь, не сильно В.: не падали, не ударялись? Ж.: падала В.: падали, на эту сторону? так не больно? Ж.: прямо на прямую упала, нет В.: так? Ж.: нет В.: так не больно Ж.: вот тут вот В.: не больно Ж.: нет, я таблетку выпила В.: что же вы мне картину то смазали Ж.: да? а потому что я здесь внуком была, я не могла	

		вообще ничего В.: понятно Ж.: может продуло, или где то еще В.: у вас остеохондроз, обострился, переутомление, переохлаждение, или что то в это роде, ну ничего, сейчас назначу вам лечение, пропьете таблеточки и будете жить долго и счастливо, подходит? Ж.: подходит, подходит (улыбается) В.: лечиться будем вот чем Ж.: чем? В.: мелоксикам в дозировке 15 миллиграмм, принимать одну таблеточку один раз в день на протяжении семи дней, утром, во время еды … причем там пикантная подробность какая, милоксикам это международное название препарата и продаваться он может под разными названиями и стоить там от 30 рублей и там до полутора тысяч, купите тот который за тридцать, разницы никакой. это раз, два. ибупрофен крем, он пятипроцентный, значит мазать 4 раза в день место, где болит, на протяжении двух недель, и самое главное, что нам обычно только снится – покой, тяжести не поднимать, со скакалкой не прыгать, на турнике не качаться Ж.: да я это уже не делаю, мне возраст не позволяет В.: нет, ну я это не всякий случай Ж.: ну мне не дают, мне есть кому… В.: вопрос такой, сейчас то боль беспокоит? Ж.: да, вот вставать… В.: укол ставить? Ж.: да я выпила таблеточку, давайте поставим В.: давайте поставим, бронхиальной астмы нет? Ж.: нету В.: нет, заболевания желудка? Ж.: гастрит В.: гастрит, сейчас не обостренный? Ж.: нет, я пропила таблетки В.: все, полечу вас тогда…. поворачивайтесь, укольчик поставит, боль пройдет, самочувствие улучшится Ж.: да вот я таблеточку деклофенак выпью, таблеточку, и у меня боли нет, а потом ночью начинается это все В.: перед сном тогда деклофенак пейте Ж.: а там же написано в одну пору, в один час надо пить В.: а вы этот, который длительного действия Ж.: ну В.: ну вот смотрите, сейчас деклофенак не пьете, я вам укольчик поставил, а потом смело лечитесь мелоксикамом. он для желудка не вреден Ж.: ага, хорошо В.: вопросы, претензии, пожелания есть? Ж.: нет В.: все, не болейте, живите долго Ж.: ой, хорошо бы В.: все, до свидания	
4	Едем к постоянному клиенту, пожилая женщина Л., старческое слабоумие, вызывает каждый день, в прошлую мою смену вызывала неотложку аж 2 раза	В.: (мне) смотри как сладко спит… бабушка, что болит Б.: ой, живот болит В.: показывайте, я сейчас буду надавливать, вы говорите когда больно Б.: ой, больно… ойёёёей больно … ой, ой…	

	Начало 10.57 Дверь квартиру не заперта, заходим, проходим в зал, пациентка спит под одеялом на диване, врач громко хлопает в ладоши, она просыпается, смотрит на нас мутными испуганными глазами, потом садится и начинает жаловаться на боли в животе, врач ощупывает живот, женщина постоянно вскрикивает «ой, больно», врач ставит ей укол, говорит что обезболивающее, но на самом деле это физраствор, пациентка настойчиво повторяет «ой, ребятушки, заберите меня куда-нибудь, я брошенный человек» (раза 4). Врач говорит очень громко, почти кричит в лицо пациентке, т.к. она плохо слышит. Окончание 11.00	больно… ой, ребятушки, заберите меня куда-нибудь, я брошенный человек В.: давай я вам сейчас укольчик поставлю и живот не будет болеть, переворачивайтесь Б.: ой, спасибо вам, ой, ребятушки, заберите меня куда-нибудь, я брошенный человек В.: ну все, теперь болеть не будет, до свидания Б.: ой, спасибо вам, ой, ребятушки, заберите меня куда-нибудь, я брошенный человек	
5	«Ложный вызов», еще один частый клиент. Женщина 46 лет, вызывает постоянно как только выпьет, врач описывает – вроде не бомжичка, квартира нормальная, но бухает, как напьется, вызывает скорую. Начало 12.20 Звоним в подъезд, у пациентки нет домофона, звоним в другие квартиры, никто не берет трубку, наконец, открывают, на улице холодно, идет снег, ждали мин 5, поднимаемся на 6 этаж, металлическая дверь отделяет секцию с двумя квартирами, звоним в дверь нужно квартиры, никто не открывает, звоним несколько минут. Потом врач перезванивает диспетчеру единой службы, просит перезвонить пациенту, т.к. дверь она не открывает, ждем, когда перезвонит диспетчер. Из двери напротив выходит женщина, смотрит на нас, спрашивает: «Вы что Иришу ждете? вас Ириша вызвала? ну опять в своем репертуаре», уезжает на лифте Ждем ответа диспетчера, дождавшись, уходим из подъезда Окончание 12.35	В.: (разговор по телефону с диспетчером) здравствуйте, соедините меня, пожалуйста, со специалистом, который сбрасывал вызов. да, я дежурный врач… ыгы… добрый день, это дежурный врач из 29 поликлиники Г., по поводу вызова, приехал на Земнухова, 8, квартира 22, дверь закрыта, никто не открывает, клиентка постоянная, периодически не открывает, потому что не может, как прикажете поступить? … телефон контактный давали, но он у меня немного не записан. может вы сами позвоните? все, хорошо. да, перезвоните, пожалуйста, чтобы не ждать … дадада, это… ну хорошо… (заканчивает разговор) В.: (спустя 3 мин звонит телефон, врач берет трубку) да? рад вас слышать … в подъезд попал, соседи меня видели, сказали, что «Иришка в своем репертуаре», ну и так далее … все, хорошо, большое вам спасибо, всего доброго вам	
6	Еще один «частый клиент», пожилая женщина жалуется на давление	В.: здравствуйте, давно я у вас не был… уважаемая Александра Васильевна, ну что случилось? Б.: ну вот я ходила, ходила, раз закрыла глаза, как	Разговариваем с врачом позже в кабинете: насчет

	Начало 13.10 Дверь открывает пожилой мужчина, проводит нас в зал, пациентка лежит на постели, жалуется на головокружение и давление, мужчина садится тут же в зале, за стол рядом с нами, заметно нервничает, постоянно разглаживает кленку на столе. Врач меряет давление, ставит инъекцию магнезии в вену на внешней стороне ладони, проверяет женщину на инфаркт, пациентка старается шутить, хвалит врача. Выписывает план лечения. Я сижу на стуле рядом с кроватью пациентки. Окончание 13.26	пьяная, вот упала, лежала, лежала, думаю надо встать посмотреть, встала, опять также … вот тут болит… может инсульт В.: ыгы, сейчас посмотрим вас (меряет давление) верхнее давление какое? Б.:130-140 В.: ну сейчас 180, так теперь по поводу инсульт – неинсульт Б.: я вот выпила это… В.: каптоприл? Б.: нет В.: так, сейчас на меня смотрим, глазки зажмуриваем, сильно-сильно… отлично, хорошо. открываем глазки, зубки оскаливаем, отлично … язык показываем, отлично… так, мои пальчики сжимаем, сильно-сильно, сжимайте… ыгы, хорошо… ходить то можете? Б.: могу ходить… В.: ну вот смотрите, головокружение у вас вызвано высоким давлением, сейчас давление снизим, и почувствуете себя как новенькая, подходит? Б.: да В.: лекарства все переносите? Б.: демидрол не переношу… В.: магнезию переносите? Б.: переношу В.: отлично, давайте ручку… да, я у вас частенько бываю Б.: я всем говорю, такой врач хороший, от природы видимо такой человек, все то расскажет, все объяснит … есть, придут, постоят и пошли, даже и давления не смеряют, а этот вообще молодец… вот давление поднялось В.: да. поднялось, на погоду скорее всего реагируете, я вам сейчас укольчик поставлю, давление снижу и напишу какие таблеточки попить, чтоб голова не кружилась. и будете жить долго и счастливо Б.: сколько можно жить, и так долго живу, это магнезия, да? В.: да. ну магнезию вам ставили, ощущения вам хорошо знакомые. да? Б.: да В.: будет жарко, будет странный привкус во рту Б.: думала, сахар поднялся, нет сахар посмотрели 5,1 В.: кулачком работайте, сейчас мы на кисти доберемся Б.: да, здесь вена хорошая В.: руку расслабьте, не-не, наоборот, расслабитесь, не надо сильно Б.: какой доктор молодой, все говорит, не кричит, не ругается. так хорошо, даже отпускать неохота (присмеевается)… В.: ыгы, так я сейчас буду вводить лекарство, о любых изменениях самочувствия сразу говорим. если лучше будет, говорим, если хуже будет – говорим, если странный привкус появится – говорим Б.: все время говорить надо В.: да. то есть говорите со мной о чем хотите, о погоде Б.: женатый, нет? (врач показывает растопыренную ладонь с обручальным кольцом) трое детей что ли? В.: нет, я в смысле кольцо показал	инсульта непонятно, формальные признаки вообще присутствуют (ослаблена левая рука, небольшая асимметрия лица, но сама она не обращает внимания, а смена заканчивается, надо обслужить адреса), но точно установить нет возможности – слишком мало времени и нет инструментов («было бы у меня 1,5 часа свободного времени и невралогический молоток»). Поэтому врач рекомендует настойчиво в случае чего вызывать скорую: если инсульт обязательно станет хуже, скорую вызывать на себя, скорая заберет ее в стационар. Врач говорит: собственно это бабка меня уже достала, вот если бы я увидел пациента впервые, я отнесся к нему более внимательно, но так как это постоянный клиент, от которого уже глаз дергается, то мне хотелось от нее поскорее отделаться. В последний месяц стабильно у нее бываю каждую смену, и диагноз один и тоже – головокружение,

		Б.: а ну ладно, а то я хотела влюбиться в вас В.: нет, меня жена не поймет Б.: да (мы посмеиваемся). ну раз надо говорить, вот и говорю, а мне сейчас в моем возрасте только это и надо говорить В.: как самочувствие? жар появился? Б.: ниче не появилось… привкус появился… (вытирает нос) откуда берется под старость, из носа бежит… а это что? В.: это мочегонка, дабы убрать излишки жидкости из организма Б.: вот так, сейчас жарко пошло В.: жарко, да, стало? так значит смотрите, вот эти две ампулы сутки не выбрасывайте (отдает пустые ампулы деду), хранить дома сутки. как самочувствие у вас? не лучше, не хуже. да? Б.: да, жарко В.: и я вам сейчас напишу, чем полечиться. значит смотрите, план лечения будет вот какой. во-первых, контроль давления, это значит давление меряем три раза в день и ведем дневничок наблюдения за давлением, понятно, да? Б.: так В.: дальше, при повышении давления принять таблеточку каптоприла в дозировочке 0, 025 под язык, он быстро действует. дальше, диета № 10, наблюдение участкового терапевта Б.: каптоприл то сколько пить? В.: его пить, если повысилось давление таблеточку под язык и рассосать, все Б.: одну таблетку В.: одну, да Б.: а две не надо? а то один врач мне говорил две таблетки В.: смотрите, по ситуации, рассосали, если давление не снизилось, можно еще одну, и так до 3 штук Б.: но не сразу В.: да не сразу, и по поводу головокружения. есть такой препарат, который питает клеточки головного мозга, называется он ноопепт, он хорошо помогает при головокружениях. принимать одну таблеточку, два раза в день, значит утром и в обед, пить 30 дней, ну то есть он должен накопиться к клеточках мозга, и тогда все будет хорошо. вот такой план лечения Б.: спасибо В.: значит смотрите. если будет хуже, смело повторно вызывайте 03, понятно, да? Б.: угу В.: как, жар проходит? Б.: угу, я звонила им туда, в больницу, вы же скорая? В.: я смотрите, дежурный врач в поликлинике, по сути, я, что то среднее между сокрой и поликлиническим терапевтом, то есть у меня есть такой же чемодан как у скорой плюс такие знания как у терапевта, то есть если скорая лечение не назначает, я назначаю, если терапевт помощь на месте не оказывает, я оказываю. но подчиняюсь я 29 поликлинике. если хуже станет, ну мало ли, не пройдут синдромы, смело набираем 03 и живем долго и счастливо, то есть бригада приедет, посмотрит, если что прокатит до стационара… ваточку прижмите, чтобы синячка не было… ыгы,	но вот неметь и голова кружиться начало недавно

		сейчас дышите глубже, чтобы тошноту убрать, это от магнезии. так, ну что. сейчас давление в течении получас снимется. через полчаса перемерять, хорошо. поставить вам от тошноты укольчик? нет? Б.: не надо В.: не надо. вот. ну смотрите, тогда сейчас дышим глубже, водички попейте. дышите глубже. вот хорошо, то есть дышим глубоко, если будет хуже вызываем 03, лечимся согласно моим назначением, в понедельник можете вызвать участкового терапевта, пусть он еще вас поглядит. вопросы есть? до свидания. живите долго и счастливо Б.: нет, до свидания, спасибо-спасибо В.: пожалуйста, не болейте	
7	Начало 13.32 Дверь открывает молодой человек, заходим в квартиру, идем по коридору в спальню. Из ванны выходит молодая женщина, с мокрыми волосами и полотенцем на голове, она и есть пациентка. Проходим в спальню, прибегает маленький сын и маленькая собака. Мальчик громко говорит: маам, мама! визжит. собака погавкивает. Муж заходит за нами, проходит вглубь комнаты, садится на кресло, потом выходит за ручкой, возвращается. Женщина показывает свою мед.книжку, у нее диагноз остеохондроз. Врач ощупывает спину пациентки, ставит укол обезболивающего. Я стою на пороге комнаты. Окончание 13.38	В.: здравствуйте, куда проходить? М.: да проходите дальше… зая, ты еще и голову моешь Ж.: да. не успела В.: рассказывайте, что случилось? тяжести поднимали? резкие движения делали? Ж.: нет-нет, вообще мне поставили диагноз, вот. наверное три года назад мне поставили, вот. и с тех пор, врач как бы назначал, и терапевт, лечение. там все прописано, вот … и… В.: ыгы… ыгы… так, сейчас вставайте, спиной поворачивайтесь. я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно, говорим. хорошо? так не больно? больно? Ж.: ниже, так спискаешься… В.: тут больно? тут больно? Ж.: да В.: тут больно, пилонефрит не ставили никогда? ну в смысле диагноз? Ж.: нееет… мне невролог сказала к ней на прием. я не могу к ней попасть В.: правильно сказала, смотрите, я вам сейчас расскажу как это сделать. во-первых, я вам сейчас укольчик поставлю, во-вторых, завтра вы вызываете своего участкового терапевта, потому что я дежурный врач всего лишь. и у участкового терапевта дерете направление к неврологу, и уже с этим направление идете к нему. а пока лечение будет вот такое. значит, мелоксикам в дозировке 15 миллиграмм принимать одну таблеточку один раз в день. причем такой важный момент, мелоксикам – это название вещества, и продаваться может под разными названиями и стоить может там от 30 рублей до полутора тысяч, вот берите тот который за 30, больше он стоить не должен. вот так лечимся 7 дней, дальше ибупрофен крем пяти процентный, значит мажем 4 раза в день и там, где болит. и самое главное в лечении вашего диагноза – это покой, значит тяжести не поднимать, на турнике не крутиться М.: поняла? вот эту тяжесть не поднимать (имеет в виду сына) В.: или поднимать, но осторожно. покой, вот такой план лечения. это раз, два. я вам укольчик поставлю, лекарства все переносите? бронхиальной астмы нет? Ж.: да… нет… В.: разворачивайтесь, все, ягодичку готовьте М.: ягодичку готовь Ж.: можно я лягу	

		В.: ложитесь, я больше скажу, так даже будет правильно, потому что внутримышечные инъекции ставятся в положении лежа М.: (сыну) сейчас маме укольчик дядя поставит… пойдем, чтобы маму не смущать, пойдем на кухню, давай супчик поедим, потом прийдем В.: так, сейчас укольчик поставит, самочувствие улучшится и будете жить долго и счастливо, укольчик немного не приятный… все ваточку прижмите, вот. ну собственно говоря все. значит ампулу сутки не выбрасываем, вопросы претензии, пожелания есть? Ж.: нету В.: ну значит не болейте, живите долго и счастливо, до свидания	

Дневник наблюдений 3

№	Объективные обстоятельства	Разговоры	Комментарии
1	Начало 9.41 Первый вызов – «постоянный клиент» Л. Пожилая женщина вызывает смену каждый день, 87 лет, плохо слышит, старческое слабоумие. Я у нее уже третий раз. Долго не можем попасть в подъезд – у пациентки есть домофон, но она не слышит звонка, звоним в разные квартиру (стоим около 3 мин. у дверей). Поднимаемся, дверь квартиры открыта, женщина на постели сидит, врач громко спрашивает ее «что болит», фельдшер набирает шприц и ставит укол. Окончание 9.43	В.: здравствуйте! что беспокоит? Пациент: милые деточки … врачи… вы вторые Боги… В.: Вызывали? что беспокоит? (очень громко) что беспокоит сейчас?... Ага П.: у меня очень болит живот, дергает…и вот здесь вот все… В.: ложитесь, сейчас мы вам укольчик поставим и вам легче станет, ягодицу готовьте! Фельдшер: Набирать? П.: а что… а… сынок… В.: ягодицу готовьте! ягодицу! П.: мне плохо доктор… В.: сейчас укольчик поставим станет хорошо, не переживайте! П.: врачи – вторые боги… В.(фельдшеру тихо): угу, наше обычное…без изысков… П.: врачи – вторые боги… Ф.: давайте! (ставит укол) держите! П.: больно… Ф.: верю, что больно П.: спасибо деточки! В.: пожалуйста! не болейте! живите долго и счастливо! П.: храни вас господи!	Сегодня работаем втроем – с нами ездит фельдшер Ольга. Ездим на старой «шестерке». Укол был с чистой водой.
2	Начало 9.49 Дверь открывает мужчина средних лет, в шортах без майки, проходим в зал, на диване лежит женщина в ночной рубашке, тоже средних лет. Женщина встает, жалуется на боли в ухе, шеи. Врач расспрашивает женщину, потом ощупывает шею. Выписывает рекомендации по лечению. Потом смотрит горло женщины. Просит мужчину принести ложку и повернуться женщину к	В.: здравствуйте! кто болеет? что случилось? Ж.: я, лицо вот здесь болит (показывает на ухо), вызывали вчера скорую, поставили укол В.: ага, что сказали? легче стало? Ж.: солью еще нагрели, они сказали зря вы это сделали. сейчас бежит все… В.: из уха? Ж.: ыгы… ухо… В.: давайте, т.е. болит ухо? лицо болит? Ж.: лицо уже нет… В.: когда так надавливаю, боль усиливается? Ж.: нет… В.: да… надо лечится, давно болит? Ж.: в 9 вечера прихватило… М.: меня можете проверить тоже? В.: всех проверим, без проблем	Потом разговариваем в машине: врач говорит, что у него не работает фонендоскоп, я спрашиваю как он слушает больных, врач отвечает, что ориентируется по сердцебиению. Говорит, что не работает уже неделю, надо новый покупать

	свету, засовывает ей ложку в рот и осматривает горло. Мужчина просит посмотреть его тоже, О. слушает его спину. Уходя, я поздравляю мужчину с праздником. Окончание 9.53	Ф.: температура есть? М.: 36 и 9. сейчас мерили В.: вот смотрите, план лечения у нас будет такой…(пишет рекомендации) Ф.: а что ж к терапевту не зашли? (слушает спину мужчины) В.: амоксикалав в дозировке (не разборчиво), принимать одну таблетку два раза в день на протяжении 7 дней, это раз, горло болит? Ж.: ну… сейчас уже нет… В.: значит назначим диазолин, принимать одну таблеточку два раза в день на протяжении 7 дней… закапывать в уши три раза в день на протяжении 7 дней и обильное питье Ф.: а, все чисто. Ж.: а горло посмотрите… В.: конечно посмотрим, ложечку принесите… кашель есть? Ж.: нет В.: смотрим в сторону окна, рот открыть, язык вперед… ага…значит смотрите, план у нас вот такой, начинаете лечиться сегодня, а завтра с утреца в поликлинику Ж.: ну, какое то направление? или по талону? В.: нет, просто придете в регистратуру. вопросы есть? Ж.: нет… спасибо… В.: ну все, не болейте, живите долго и счастливо	
3	Начало 9.59 Открывает дверь пожилой мужчина в очках, проводит нас в спальню, на кровати сидит пожилая женщина, она в ночной рубашке, живот перетянут эластичным бинтом, у нее недавно была операция. Возле постели стоит только один стул, на который садится врач. Мужчина приносит стулья, предлагает нам с О. присесть. Женщина жалуется на боли в сердце и в желудке, О. меряет ей давление. Мужчина стоит в дверях на пороге, когда заходит речь о препаратах, которые принимает женщина, приносит коробочку с препаратами, показывает мне, т.к. я ближе к нему стою, я отвечаю «угу», он показывает коробочку врачу. О. тем временем готовит укол: открывает медицинский чемодан, достает две ампулы и шприц в упаковке, набирает шприц, затем ставит укол. В это время врачу звонят, он берет трубку и разговаривает по телефону. Звонок из	В.: здравствуйте, кто у вас болеет и где?... что у вас болит? беспокоит что? Ж.: что у меня болит? к смерти гонит… не могу… вот такое впечатление, что сердце, а у меня желудок В.: давление мерили? (Ф.) померяй давление Ф.: какое у вас нормальное давление? Ж.: ну 140 нормальное… В.: а с желудком что? есть заболевания хронические? Ж.: до этого не было… не знаю… В.: а сейчас есть? Ж.: а сейчас вот операция… два месяца почти все время дома, дома В.: операция по поводу чего была? Ж.: (….неразборчиво)видную кишку удалили… Ф.: 160 В.: 160. поставим от давления, чтобы самочувствие улучшить Ж.: лучше от боли бы В.: да не вопрос… (Ф.) давай наш фирменный коктейль…значит смотрите, эээ, рекомендации будут такие, во-первых, диета номер 10, значит исключить острое, соленой Ж.: диету я соблюдаю… все равно это не ем В.: ну тем не менее, надо исключить, я вам должен сказать, дальше… ношпа, принимать одну таблеточку, 3раза в день на протяжении 7 дней Ж.: а я еще (неразборчиво название препарата)… В.: можно его, но еще добавьте ношпу, ну и собственно говоря контроль давления …. Ж.: эых… теперь уже давление…аых… В.: эээ…(Мужчине) да, подойдет… значит смотрите контроль давления… вот собственно говоря Ф.: ягодицы освободите, я вам укол поставлю В.: ягодичку освободите…поставь … Ж.: ээх…уэх…	

	регистратуры, новые вызова, врач записывает 4 адреса. Окончание 10.05	Ф.: держите вот здесь… (ватку смоченную спиртом) В.: (по телефону)да…да-да, диктуйте, адрес говорите и все, так …. принято…ага…спасибо. о. отлично, четыре вызова скинули (нам)…все, значит лечимся, соблюдаем диету, принимаем ношпу, при повышении давления каптоприл. ко мне вопросы есть? М.: причина? что болит? В.: значит, смотрите… М.: сердце не болит В.: это реакция. боль в груди вызвана нарушением давления, мы укольчик от давления поставили, за давлением надо понаблюдать, вот… Ж.: мы наблюдали… В.: ведите дневничок. давление повысилось, погода резко изменилась, давление повысилось, соответственно, и неприятные ощущения Ж.: давление нормальным таким было В.: ну вот сейчас повышенное Ж.: вот как будто голод, а впечатление такое, что сердце останавливается… вот тут боль… В.: ыгы, ыгы… ну вот смотрите, я вам говорю, т.е. понаблюдать за давлением, попить ношпу, если боли вызваны из кишечника, из желудка, да? от нее хуже не будет. и собственно говоря за давлением наблюдайте, вести дневничок наблюдения за давлением – давление мерит 3 раза в день и записывать. и если оно будет повышать, то надо с давлением что то делать, потому что неприятные ощущения на сердце часто дает давление. ко мне вопросы есть? (пауза секунда 10)… (обращаясь к мужчине) у вас? М.: (напряженно сопит) (спустя еще 10 сек) нет вопросов В.: все хорошо, ну а в будний день своего участкового терапевта вызовите… все завтра участкового терапевта вызовите, посмотрит, если что подкорректирует.	
4	Начало 10.05 Вызов от молодой женщины, жалуется на кашель и боль в горле. Просит выписать больничный. Врач случает пациентку, О. смотрит горло, используя при этом чайную ложечку. Врач садиться на стул в середине комнаты, работает телевизор. Врач открывает больничный лист. Выписывает курс лечения. Забираем амбулаторную карту больной с собой. Окончание 10.08	В.: Здравствуйте! Ж.: здравствуйте, проходите сюда (проводит в комнату), болит горло, кашляю, температура была В.: ага, поворачивайтесь…(слушает спину)…больничный нужен? Ж.: да В.: хорошо, работаете где? Ж.:…(неразборчиво) В.: так, смотрите, больничный до 25 будет Ф.: дайте ложечку… поворачивайтесь к свету… В.: теперь смотрите, чем будем лечиться, я вам напишу и будете жить долго и счастливо. значит, смотрите, во-первых 25.02.16 вам нужно будет подойти на Рассветную, 1 кабинет 117, там вас будут ждать открытый больничный и амбулаторная карта Ж.: а карту у меня дома В.: давайте, так теперь по поводу… Ж.: а у меня же на Тюленина, 9 поликлиника В.: а вам придется на Рассветную, 1 ехать, потому что мы дежурная смена, то есть смотрите, лечится вот чем будет, циклоферон – это противовирусный препарат, по схеме, там в инструкции все подробно расписано Ж.: вы карточку с собой заберете? В.: да. с собой. дальше, горло красное?	Во время осмотра приходит кошка хозяйки и начинает тереться об врача и мяукать. В машине врач говорит: «ну вот с первым больничным, с почином»

		Ф.: ну немножко… В.: значит, горло прополоскать (название препарата не разборчиво) 3 раза в день на протяжении 7 дней, это два. три – амброксол в дозировке 30 милиграмм Ж.: (кошке) ты чего пристаешь? В.: принимать одну таблеточку 3 раза в день на протяжении 7 дней, так, дальше обильное питье… температуру до 38 не сбивать, от 38 аспирин, парацетамол, все что есть. вопросы есть? претензии, пожелания? Ж.: нет В.: ну и отлично	
5	Начало 10.12 Дверь открывает девочка-подросток, спрашивает нас кто там? Проходит в зал, из ванны приходит полный пожилой мужчина. В зале расправленная кровать, около кровати тумбочка с разными коробочками из-под лекарств. Девочка все это время находится в комнате, мужчина жалуется на скачки температуры. О. слушает его дыхание и смотрит горло, девочка приносит ложку. Врач выписывает рецепт и открывает больничный. Окончание 10.16	В.: здравствуйте! Ф.: здравствуйте! что у вас случилось! М.: да температура скачет, то подымется, то опуститься В.: давно? М.: да третий день уже В.: третий день… давно мерили температуру? М.: на вот только, 37,8, сейчас не есть ниче В.: ыгы. больничный нужен? М.: нужен В.: работаете где? М.: большое название АО ниип В.: значит больничный будет с сегодняшнего дня… Ф.: подышите… В.: по 25, а дальше либо продлите либо закроете… ложку принесите пожалуйста … М.: (достает из паспорта маленькую бумажку) вот полное название организации… В.: (едва взглянув) при выписке больничного понадобиться … значит смотрите, план действий какой. во-первых, 25.02.16 вам нужно будет подойти на Рассветную, 1 в кабинет номер 117 Ф.: (берет ложечку у девочки) давайте …(смотрит горло) незначительно красное В.: там вас будет ждать открытый больничный. значит, чем будем лечится, во-первых, противовирусный препарат именуемый циклоферон, принимать его по схеме М.: а вот я пью (показывает на столик с коробочками), нам выписали… Ф.: кого еще вызывали? Д.: я заболела… В.: смотрите, циклоферон, дальше горло полоскать гексорал раствор, значит полоскать 2 раза в день на протяжении 7 дней, кашель есть? М.: э? В.: кашель есть? кашляете? кашляете или нет? М.: конечно кашляю, я вот три дня не могу ни спать, ничо, я вот только лягу и все В.: значит смотрите. еще препарат амброксол в дозировке 30 милиграмм, принимать 1 таблеточку 3 раза в день на протяжении 7 дней М.: то 36, то 38 В.: и обильное питье, в день 3 литра жидкости Ф.: лечение надо принимать М.: э? Ф.: лечение принимайте В.: вот, значит смотрите, температуру до 38 не сбивать, температуру 38 и выше сбивать ибупрофеном в дозировке 400 милиграмм… вопросы есть? претензии? пожелания?	

		М.: ниче там хрипов нет? Ф.: нет М.: я тоя снова, то туда, то сюда, вдруг воспаление Ф.: ну просто жаропонижающим снимайте симптом температуры В.: воспаление оно всегда имеет в себе три очень важных параметра, первое – человек у которого пневмония всегда задыхается, ему реально трудно дышать, температура 38 и выше, которая не сбивается и держится не меньше 3-4 дней и все… все лечитесь, за больничным на Рассветную 1, кабинет 117	
6	Начало 10.22 Дверь открывает женщина средних лет, выясняется, что она ждала терапевта, меня с Ф. не пускают в квартиру. Врач заходит и идет осматривать больного, мы возвращаемся в машину. Окончание 10.23	Ж.: да вы скорая, нам сказали, придет врач с больницы В.: ну мы дежурная смена, целых 3 Ж.: ну вы посмотрите больного В.: ыгы, ну тогда не приглашаю коллег…	
7	Начало 10.28 Дверь открывает женщина, просит нас одеть бахилы, проводит нас в комнату. Там сидит мужчина средних лет в майке-алкоголичке и шортах на расправленной кровати. Жалуется на температуру и кашель. В дальнейшей беседе участия практически не принимает, диалог с врачом ведет женщина, врач обращается в основном к ней. Врач слушает спину больного, осматривает его горло, выписывает план лечения. Ф. ставит укол. Окончание 10.34	В.: Добрый день! Ж.: Здравствуйте, проходите сюда… Проходите! В.: что беспокоит? М.: ну температура В.: до скольки нагрелись? что-нибудь кроме температуры беспокоит? М.: ну 38, да кашель еще В.: так, кашель, (обращаясь к Ф.) анальгин с демедролом поставь…так Ф.: угу… В.: вставайте спину освобождайте…ыгы, и дишите как обычно…еще принесите ложечку… значит, смотрим в сторону окна, язык вперед, ыгы, горло красное, сейчас я напишу чем полечиться, поставим вам укольчик и будете жить долго и счастливо, подводит вам такой вариант? М.: конечно Ж.: а что у него? В.: у него ОРВ, ничего страшного, через 3 дня будет как новенький Ж.: ну то есть это переходящее, да? В.: конечно, но зато один раз переболел, потом ничего не страшно Ж.: у меня маленькие дети В.: проветривайте чаще… Ж.: ыыы В.: и детям в нос интерферон капайте Ж.: вы напишите, что детям капать В.: напишу, значит смотрите. по поводу вас сначала, лечимся вот чем: циклоферон Ж.: ыгы… ыгы… пили мы уже, со вчерашнего дня В.: продолжайте Ж.: сколько раз пить его? В.: там по схеме. там в инструкции все очень подробно расписано Ж.: там написано в один день аж 6 штук давать, давать сразу? В.: ыгы…дадада… Ж.: а через сколько часов давать? В.: а собственно 12 поделите на 6, через 2 часа давать Ж.: ыгы, ясно…	

		В.: это раз, два. горло полоскать гексорал раствор… значит полоскать 2 раза в день на протяжении 7 дней… значит и амброксол … Ж.: ыгы… это что таблетки? В.: это бронхолитик, чтобы мокрота лучше отходила Ж.: амбробене не пойдет? В.: это одно и тоже, амброксен это международное название, а амбробене торговое… Ж.: ыгы…ыгы… В.: дозировка 30 милиграмм, принимать одну таблеточку 3 раза в день на протяжении 7 дней, так, дальше. обильное питье … ну понятно, температуру до 38 не сбивать, после 38 сбивать ее ибупрофеном… Ж.: ыгы, напишите… В.: ыгы… он хорошо температуру берет… в дозировке 400 милиграмм Ж.: ыгы…на обратной стороне детям что… В.: так смотрите, во-первых… (отдает мужчине листок с расписанным лечением, лечение для детей пишет на новом листке)…и отдельно для детей… Ж.: и нам чем тоже… В.: ну профилактика для детей и для вас одинаковая Ж.: хорошо В.: значит, смотрите, первое, витаминки, общеукрепляющая терапия… Ж.: а завтра надо идти прививку ставить детям? или как вот? В.: вопрос философский… я бы не пошел… значит укрепляющая терапия раз. два… Ж.: это витамины? В.: да… интерферон альфа… Ж.: это что? В.: значит это препарат, он в ампулах продается, старый добрый советский препарат, там сухой порошочек, это физраствором разводите и в нос закапываете Ж.: ыгы… по одной капле? В.: да, и он создает барьер Ж.: то есть там написано? В.: дадада, там все написано, ну закапывать 4 раза в день Ж.: ыгы… я промывание делаю морской водой и називином закапываю В.: ыгы, називином просто так не закапывайте, потому что називин зависимость вызывает, с ним аккуратнее…потом долго и мучительно приходиться лечить (неразборчиво) ринит Ж.: ыгы… ясно В.: к мне вопросы, претензии, пожелания есть? Ж.: ну принципе, т.е. ему завтра в больницу не идти, ничего? В.: да, если больничный не нужен… нужен? Ж.: ну нужен… В.: нужен… работаете где? Ж.: (обращаясь к мужчине) тебе нужен? М.: нет, кончено, отпросился уже на работе В.: все, замечательно, значит отлеживаемся, лечимся, пьем побольше жидкости и живем долго и счастливо Ж.: спасибо! В.: будет хуже, вызовите участкового терапевта Ж.: ыгы, хорошо	

8	Начало 10. 39 Дверь открывает молодой мужчина, проходим в комнату. Там молодая беременная женщина, лежит на кровати, жалуется на температуру и кашель. Врач слушает спину женщины. Мужчина приносит две ложки – чайную и столовую, показывает их мне, так как я стою в дверях комнаты. Я кивком показываю на чайную. Врач осматривает горло женщины и вписывает план лечения. Ф. с нами не поднимается, т.к. лифт не выдержал всего нашего веса, она остается в машине. Окончание 10.43	В.: доброго вам дня! кто у вас болеет и где? Ж.: вот вчера кашель был, температура поднималась В.: ыгы… ыгы…до сколько нагрелись? Ж.: 37-38и кашель еще… В.: ыгы… ыгы… ну что вставайте…спину освобождайте, ложечку принесите, пожалуйста… а я пока лечение выпишу, срок то какой? Ж.:23-24 В.: ыгы. вставайте. значит смотрим в сторону окна, рот открыт, язык вперед…в сторону окна смотрим… красное немного. значит, смотрите. я вам сейчас напишу, чем полечиться и будете жить долго и счастливо, подходит такой вариант? Ж.: (усмехается) конечно! В.: значит чем будем лечиться Ж.: лиферон… вчера пила В.: да, алиферон, начинайте принимать. это само собой. значит, по поводу, горло немного красное. надо будет полоскать, полоскать будем вот чем ротокан. это концентрат из отвара травок, там ромашки всякой такой… ратокан… Ж.: ыгы…ыгы…ыгы… В.: полоскать 4 раза в день на протяжении 7 дней Ж.: ыгы В.: сейчас что-то беспокоит? Ж.: да, беспокоит В.: значит, грудной… сбор… номер 4 или номер четвертый Ж.: ыгы В.: дальше обильное питье… грудной сбор три раза в день Ж.: ыгы В.: значит температуру до 38 не сбиваем, после 38 сбиваем очень аккуратно, в основном акцентируем внимание на физических методах охлаждения, т.е. вылезли из-под одеяла, обтерлись ну или приняли прохладных душ, в вашем деликатном положении это самый безопасный и подходящий метод, ну а если не будет помогать, то тогда парацетамол, полтаблеточки, не больше, вот Ж.: ыгы…ыгы… ыгы… В.: вопросы еще есть? Ж.: ну, а это не может быть птичий грипп? В.: смотрите, чтобы наверняка ответить, тот ли это самый противный вирус, нужно быть госпитализированным на две недели в инфекционную больницу и на выходе, когда вы из нее выйдете вам скажут точно, что это было. а так разницы абсолютно никакой. кроме того что еще… Ж.: ыгы…ыгы… М.: дело в том, что еще маленький ребенок… В.: понятно, значит смотрите… М.: у родителей может подержать? В.: для профилактики…да, подержать у родителей, почаще проветривать, масочный режим и в нос интерферон капать. Ж.: ыгы, хорошо В.: вопросы еще есть? Ж.: все… В.: все… если будет хуже вызывайте скорую	Первые кто спросил про птичий грипп
9	Начало 10.50 Дверь открывает молодая	В.: здравствуйте… на что жалуетесь? М.: высокая температура (дальше неразборчиво)	

	девушка, проводит нас в комнату. Там молодой мужчина лежит на кровати, жалуется на высокую температуру и кашель. Врач просит женщину принести ложечку, Ф. осматривает горло мужчины, врач в это время пишет план лечения. Окончание 10.53	В.: ыгы… ыгы… сегодня мерили?...(ответ неразборчиво) больничный нужен? Ж.: нужен больничный? М.: ну не знаю…насколько? В.: не, ну я думаю, вы в течение денечка-другого уже вылечиться сможете, а если не сможете всегда можете вызвать участкового терапевта, он вам больничный откроет, чем будем лечиться, во-первых, циклоферон по схеме М.: я начал эти …антибиотики пить В.: антибиотики не надо, отменить … Ж.: это кашель поможет убрать? В.: ыгы… дальше… Ф.: принесите ложку чайную В.: амброксол… в дозировочке 30 миллиграмм принимать одну таблеточку три раза в день на протяжении 7 дней… Ф.: дайте посмотрю (поворачивает мужчину к окну, осматриваете горло)…ыгы… горло красное… В.: горло красное, да? Ф.: ыгы В.: значит гексорал раствор, полощим 2 раза в день на протяжении 7 дней…ыгы, дальше обильное питье, значит в день 3 литра жидкости… дальше температуру до 38 не сбивать… значит если температура 38 градусов и выше сбиваем ее ибупрофеном в дозировочке 400 миллиграмм… ыгы… вопросы есть?...претензии, пожелания?... все, тогда не болейте, живите долго и счастливо.	
10	Начало 10.58 Дверь открывает мужчина в возрасте, проводит нас в комнату, на кровати сидит пожилая женщина1. Жалуется на головокружение. В комнате еще одна женщина2 в возрасте, моложе больной. Вскоре Ж2 уходит, дальше беседует только мужчина. Врач просит Ф. измерить давление, затем – приготовить и поставить укол. Ф. ставит укол, в это время врач пишет план лечения. Окончание 11.03	В.: добрый день! кто у вас болеет и где? Ж1.: ой, все голова закружилась… В.: (обращаясь к Ф.) померяй давление… Ж2.: мы измерили давление, 160 на 110 Ф.: повернитесь ко мне… Ж1.: это сын мне измерил… В.: что-нибудь еще беспокоит? Ж.1: вы знаете, у меня вот эти места, больно сильно глазам (показывает на виски)… это второй раз у меня за сегодня…это вот год назад… В.: второй раз…стрессы или переутомления были перед этим? Ж1.: а?...да нет, вроде бы не было… вот сейчас сижу у меня, голова сильно кружится… В.: ыгы… М.: ты говори правду, что встала и так себя чувствовала! В.: резко встали? М.: не выдумывала через полчаса, это все было назад… это с утра у нее все было В.: все понятно… М.: я мерил, там что-то 160 на 110 показало, я может неправильно мерил В.: ыгы Ф.: сейчас чуть пониже, 150 на 100 В.: (обращаясь к Ф.) смешай наш фирменный коктейль… мы вам сейчас укольчик поставим, чтобы давление снизить, скорее всего это все связано с давлением, значит план лечения будет вот какой: во-первых, контроль давления. это значит, давление мерим три раза в день и ведем дневничек наблюдения за давлением, чтобы на основании этого дневничка можно было понять как у вас давление скачет и соответственно, правильно подобрать	

		препараты на перспективу, да? значит, дальше, при повышении давления принять таблеточку каптоприла… под язык… в дозировке ноль ноль двадцать пять…ыгы?... М.: ыгы В.: дальше, диета номер 10, это значит исключить острое, соленое, сыр, кофе и шоколад М.: вы там запиши, что там надо В.: дальше, значит, вот так вот понаблюдать некоторое время, да, и вызвать или самой сходить в поликлинику к участковому терапевту, чтобы если давление повышается регулярно, то подобрать препарат для постоянно приема… а по поводу головокружений полезно будет попить такой препарат как ноопеп… принимать одну таблеточку два раза в день, пропить месяц, это таблеточка, которая питает ткани мозга… ну то есть мозг становится более устойчивым к гипоксии и, в общем, ну лучше работает … Ф.: ягодичку освободите… В.: вот такой план лечения Ж.1: вот я сейчас сижу и у меня… В.: сейчас укольчик поставим, давление… Ж1.: …даже дышать я не могу… В.: смотрите, сейчас укольчик поставим, давление снизим, самочувствие улучшиться, будете жить долго и счастливо М.: ну а так если… при повышении давления… В.: я написал, таблеточку каптоприла под язык…это я все написал в бумажечке М.: а там дозировка нарисована, да? В.: да, в дозировке 0025, там все это написано, т.е. в аптеку сходите, он там рублей 20 стоит, но помогает очень хорошо и быстро, под язык… вопросы, претензии, пожелания есть? Ж1.: да нет В.: все, замечательно, лечитесь, не болейте, живите долго и счастливо	
11	Начало 11.10 Дверь открывает пожилая женщина в халате, проводит нас в комнату, садится на диван, у нее трясется голова (может быть болезнь Паркинсона). Жалуется на боль в плече. Врач ощупывает плечо и спину. Ф. ставит укол обезболивающего. Врач пишет план лечения. Врач пишет план лечения. Окончание 11.14	В.: здравствуйте, вы болеете? Ж.: проходите… я болею, у меня вот так было… В.: а что случилось? Ж.: я уже с нового года на улице не была… В.: так Ж: как там на улице, ну у меня был кашель, потом это все выветрилось, на улице не была… В.: так… ыгы… Ж.: вступило вот в левое плечо… горбушку, вот до шеи В.: ыгы… сейчас я буду надавливать, если будет больно или неприятно говорите Ж.: ыгы… В.: так больно? Ж.: больно! … больно… вот дальше нет … дальше нет В.: дальше нет … ыгы… укольчик вам поставить от без боли? Ж.: так, а что, а что там в плече прямо так, вот эта мышца твердая В.: сморите… Ж.: что делать то? В.: а я вам сейчас расскажу, лечение напишу, укольчик вам поставить? Ж.: поставьте… какой?	

		В.: ибупрофен Ж.: а… я знаю… В.: хороший укольчик Ж.: хороший, да… я это вон мазью натираюсь В.: ыгы … значит, смотрите, сейчас я вам напишу чем полечиться. полечитесь и все будет хорошо Ж.: вы там на тонометр не сели? В.: нет…я аккуратненько сижу Ж.: я ведь гипертоник, инвалид, слепая В.: все понятно Ж.: но жить хочу (в это время раздается звонок на мобильный телефон врача, звонок от регистратора) В.: да… Ж.: ой В.: рассветная 9 207… а нет, не был еще… а ну вообще замечательно…минус один вызов, да с удовольствием… большое спасибо за хорошую новость Ф.: ягодицу освободите, укол поставлю Ж.: ага… ага…ой В.: значит, смотрите, надо будет вот чем полечиться, значит таблеточки мелоксикам… Ж.: напишите по-русски В.: пишу по-русски… в дозировке 7, 5 миллиграмм Ж.: ой, я все равно ничего не запомню В.: ну я вам напишу Ж.: пишите В.: принимать одну таблеточку 1 раз в день на протяжении 7 дней… это раз, два, ибупрофен крем…5% Ж.: как хорошо сделала, не слышно даже В.: мазать 4 раза в день… у нее рука легкая Ж.: вот прямо прекрасно В.: на протяжении 14 дней Ж.: никто не делал так В.: и покой, тяжести не поднимать, на скакалке не прыгать Ж.: можно встать? В. и Ф.: да Ж.: это все, надо мне это значит повторить В.: значит, смотрите, пьете таблеточки мелоксикам в дозировке 7, 5 миллиграмм, я все написал Ж.: так… В.: одна таблетка один раз в день Ж.: я их пила, вот эти вот таблетки В.: вот, надо повторить, дальше, мажетесь кремом ибупрофеном, крем должен быть 5%, мажете 4 раза в день на протяжении 2 недель и покой, тяжести не поднимать, со скакалкой не прыгать, на турнике не крутиться Ж.: ну а я прыгаю со скакалкой В.: ну вот, пока надо поумерить Ж.: ха-ха…а этим, массажером? В.: массажером пока не надо Ж.: не надо ничего? В.: да, то есть, надо сначала воспаление снять, а потом уже массажером лечиться Ж.: ладно, значит, мазь и вот это вот В.: да, и таблеточки Ж.: у меня даже они есть, я их все выпила… В.: ну все, начинайте лечиться Ж.: ой	

		В.: вопросы есть какие-то Ж.: да вроде все понятно В.: все, живите долго и счастливо Ж.: боль пройдет? В.: боль пройдет Ж.: храни вас Господь! В.: и вас … если что вызывайте	
12	Начало 11.18 Дверь открывает мужчина средних лет в халате, проводит в комнату, сам уходит на кухню. В комнате женщина сидит на кровати в ночной рубашке. Жалуется на температуру, которая держится несколько дней. Из разговора понятно, что она уже вызывала скорую или дежурную бригаду. Ф. слушает спину больной, врач осматривает горло с помощью чайной ложечки. Женщина просит послушать мужа, Ф. на кухне слушает мужа. Врач выписывает план лечения. На тумбочке при кровати лежат несколько коробок с препаратами, врач быстрым взглядом осматривает эти коробочки при составлении плана лечения. Окончание 11. 23	В.: здравствуйте!... ну рассказывайте, что случилось? Ж.: температура у меня с четверга, уже шестой день В.: так, и до сколько нагрелись? Ж.: до 40 В.: до 40, чем температуру сбивали? Ж.: она сказала, что пока не нужно В.: ыгы… Ж.: сказала, что на начальной стадии пока даже антибиотики… В.: ага… принесите ложечку, пожалуйста! (мужчина из кузни приносит ложечку и уходит обратно) Ж.: я и антибиотики купила, и в итоге… Ф.: вы пили антибиотики?... пропили? Ж.: нет В.: вставайте… Ж.: может свет включить? В.: да нет, вот сюда вставайте, т.е. смотрим в сторону окна, рот открыт, язык вперед… ну горло то красное Ж.: да самое главное, у меня горло то не болит В.: ыгы… так, дышать не тяжело? Ж.: дышать не тяжело, нормально… Ф.: давайте еще послушаем… поворачиваемся Ж.: послушал, говорит легкие чистые В.: …за 4 дня много что может измениться… так… Ф.: ну все чисто… В.: так, значит смотрите, чем мы с вами будем лечится, антибиотик в дозировке, у вас 500 или 1000? … замечательно, по 2 таблетки 2 раза в день, т.е. дозировка, 500 это детская дозировка Ж.: ыыы В.: значит, амоксицелин 1000 миллиграмм 1 таблетка 2 раза в день, дальше к нему добавить диазалин либо супрастин, чтобы воспаление снять, 1 таблетка 2 раза в день, дальше горло немного красное, надо пополоскать, гексорал… Ж.: я не могу его полоскать, я уже купила вот это вот. я его начинаю только туда, у меня идет рвотный рефлекс, я не могу вообще ничего прополоскать В.: ыгы, значит смотрите, тогда замените его на леденцы Ж.: ну вот это уже лучше В.: стрепсилс… значит 1 таблеточка 3 раза в день на протяжении 7 дней Ж.: ыгы В.: дальше, обильное питье… в день 3 литра жидкости надо осваивать Ж.: да это понятно… я уже и чай… В.: температуру до 38 не сбивать…ааа, значит, температуру 38 и выше сбивать ибупрофеном… Ж.: ыгы… послушайте мужа, пожалуйста, у него тоже какой кашель… Игорь, иди сюда! М.: дадада, я здесь! Ф.: а где муж?...да давайте я вас на кухне послушаю… (дальше неразборчивый шум)	

		В.: … все не болейте, живите долго и счастливо… таблетки пропьете… антибиотиками, как начнете лечиться, главное раньше не бросайте. 7 дней надо пропить, не бросать Ж.: ыгы… хорошо…хорошо…	
13	Начало 11.29 Дверь открывает мужчина средних лет, проводит в комнату. Там две женщины – одна средних лет, другая очень старая, говорит не разборчиво и медленно. Пожилая женщина жалуется на головные боли, на бронхи, на отнимающуюся руку. Врач ощупывает плечо и спину женщины, Ф. слушает легкие. Врач выписывает на листочке план лечения. Как рассказывает Ж. они вызывали врача на дом, тот посоветовал им вызвать еще дежурную смену. Ж. показывает кардиограмму сначала мне, потом я передаю ее врачу. Окончание 11. 33	В.: доброго дня! вызывали? М.: да В.: куда проходить? М.: сюда Ж.: скорая была (что-то неразборчивое) вот кардиограмма Ф.: а беспокоит что? Ж.: ну что вот сказали вот вызывайте дежурного врача, чтобы ну, у нее…ну бронхи как бы, бронхиальная астма Ф.: бронхиальная астма? кашель, да? Ж.: кашель сильный (ыхыхыхы – кашляет Ж1.) Ф.: температура есть? Ж.: температуры нет, врача вот вызывали, навыписывали вот. как бы сказали может еще выпишут что… Ф.: давайте я послушаю вас В.: ыгы… Ф.: нужно ночнушку поднять…. ничего страшного В.: (глядя на кардиограмму) в принципе неплохо… сейчас то что вас больше всего беспокоит? Ж1.: ой, я не знаю, у меня рука немая … немая рука вот… В.: ыгы… ыгы… Ж.1: были врачи сказали все, ничего, а рука она глянь немая вот, они… и хоть вот разжимаю пальцы…(очень медленная и неразборчивая речь) В.: ыгы…ыгы… что-нибудь еще беспокоит помимо руки? Ж.: головные боли у нее сильные Ж1.: сердце… сердце… В.: ыгы… ну судя по кардиограммке сердце очень даже неплохо работает Ж1.: сердце в спину отдает В.: ыгы… я вас ощупаю, значит смотрите, я буду надавливать, если будет больно или неприятно говорим…больно? Ж1.: вот тут больно… В.: тут больно… Ж1.: вот тут, тут тоже больно В.: так, понятно, так, сейчас я вам напишу, чем полечиться и будете жить долго и счастливо Ж.: ну и хорошо В.: значит смотрите, во-первых, если беспокоят головные боли, всяческие проблемы… Ж.: да, очень! Ж1.: ой… голова… В.:…надо пить нейропротекторы Ж.: ой, вы напишите! В.: да, тогда пишу молча…значит, ноопепт… принимать одну таблеточку 2 раза в день на протяжении 7 дней… ой, фу, вру, заврался совсем, 30 дней… Ж.: ыгы…ыгы…30… В.: причем принимать их утром и в обед, на ночь их пить нельзя… Ж.: хорошо…ыгы.. В.: …утром и в обед…	Разговор с врачом на лестнице (пока спускаемся) – я говорю, у старушки столько болячек, как он определил, что надо лечить? Врач говорит, что руководствуется правилом – за раз выписывать не более 3 препаратов, так их учили. Поэтому он снимает самые острые симптомы.

		Ж1.: садитесь пожалуйста (обращается ко мне – я отказываюсь жестом) В.: это раз. два, по поводу аллергии на лекарства, нет? Ж.: ну вроде бы нет В.: значит смотрите, тогда нажно будет пропить витаминки группы Б, чтобы нерв подпитать, да, если он страдает… препарат называется комбилипен табс Ж1.: иых…иых… В.: табс… значит принимать 1 таблетку 1 раз в день на протяжении опять же 30 дней, т.е. все это лечение общеукрепляющее, оно будет полезно Ж.: ыгы… ыгы… Ж1.: ай…ай…глаза не видят ничего… В.: ыгы …и значит смотрите, по поводу бронхиальной астмы… Ж.: да!…ну не… бронхи у нее. я не знаю как это, бронхи и астма это же разное, да? В.: ну да… это очень отличается… Ж.: ну вот, это бронхи В.: т.е. проблемы с бронхами? Ж.: дада, с бронхами! Ж1.: (кашляет) В.: чисто там? (к Ф.) Ф.: (кивает в ответ) В.: значите, еще добавим амброксол… это бронхолитик… амброксол в дозировке 30 миллиграмм … принимать 1 таблеточку 3 раза в день… значит 7 дней…и обильное питье… Ж.: ну не знаю, мы карачинскую пьем, воду пьем, не знаю что пить? В.: морсы, компоты, отвары и так далее Ж.: ну все понятно… ну короче у нее… задыхается… В.: жить будет долго и счастливо, значит, бронхолитики улучшат отхождение мокроты, а ноопепт и комбилипен помогут…от головы соответственно Ж.: ыгы… головы… В.: собственно говоря, тут больше добавить особо и нечего… ну а через какое то время можете вызвать участкового терапевта, пусть еще он посмотрит, послушает, может подкорректирует Ж.: ну все, спасибо…ыгы…ну хорошо… В.: все, не болейте, живите долго и счастливо …до свидания	
14	Начало 11.39 Идем вдвоем с врачом без Ф., т.к. в соседнем доме тоже есть вызов. Ф. идет в соседний дом. Дверь открывает молодая женщина, приводит нас в комнату. На кровати лежит мужчина, на нем только шорты. Он говорит медленно и тихо, жалуется на икоту и чувство рвоты. Они вызывали скорую несколько раз, приезжал нарколог, у мужчины был запой. Женщина стоит в проеме дверей все время. Врач	В.: здравствуйте! кто у нас болеет? …здравствуйте! Ж.: проходите туда… В.: что у вас болит и чем вам помочь? М.: икота, тошнит, боли в груди…я даже боюсь глотать воздух… В.: тошнит или больно? М.: вы знаете, боль с тошнотой… В.: боль с тошнотой…так, принесите, пожалуйста, табуреточку (обращается к женщине)… так, температуру не мерили? М.: да нет… не мерили… икота замучила меня напрочь… В.: значит смотрите… живот не болит? М.: да вроде нет, не болит В.: я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно, говорите, хорошо?...(большая пауза) не больно?	Разговариваем с врачом в машине – у него еще не было такого случая в практике (чтобы употребление алкоголя привело к такой икоте). Врач говорит, что поставил уколы, чтобы снять симптомы, но что это на самом деле – непонятно. Ольга раньше работала на

	просит показать назначение коллег, сморит внимательно. Врач измеряет давление, ощупывает живот мужчины, затем ставит два укола – в ягодицу и в вену. Окончание 11.49	М.: нет В.: с сердцем проблем нет? М.: я бы не сказал, что нет, у меня там гипертония небольшая, 140 на 90 В.: след от укола, в чем причина? М.: это скорую вызывали В.: давно вызывали? Ж.: вчера М.: вчера вызывали В.: что бригада сказала? М.: мы два раза вчера вызывали…вчера вызывали скорую, а второй раз вызывали нарколога… В.: ыгы… присутствует зависимость? М.: ы? В.: присутствует зависимость? М.: я бы так не сказал… небольшой срыв есть… В.: ыгы…что употребляете? М.: водку В.: ыгы…так, капались, да? М.: да В.: легче то стало? М.: знаете не совсем…он просто мне таблетки дал, иди говорит пей В.: давление чуть повышенное и пульс частит… долго пили? М.: дня четыре наверное… В.: дня четыре…что пили? М.: водку В.: водку…много? М.: ну в течение суток может бутылку… В.: в течение суток бутылку… и после этого началось, да? М.: да В.: когда вам таблеточку дали, не помните название таблеточки? Ж.: Леня, где он вчера выписывал? В.: и вопрос – после таблеточки легче стало сразу? М.: не сказать… не сказать…у меня тут таблетки в сумке… сейчас я достану, вон там на столе Ж.: куда ты убрал, Лень? я же специально оставила В.: ыгы… все… Ж.: вот они…(дает врачу листок с названиями препаратов, которые выписала скорая) В.: значит, смотрите… ыгы… Ж.: с другой стороны там… В.: значит, смотрите, я вам сейчас еще…(читает листок) фенозипам поставил… значит смотрите. план действия у нас какой, сейчас голова болит? беспокоит? М.:(мужчина говорит тихо и неразборчиво – жалуется на «комок в груди») В.: вот этот вот комок? М.: дада, вот этот вот комок… и трясучка внутри…беспокойство… В.: ыгы… сейчас помолчите…(слушает спину мужчины)…ыгы… ну что, сейчас я вам укольчик поставлю еще один, который должен снять вот эти все неприятные явления… угу…угу… (читает назначения врача скорой) значит смотрите, сейчас надо будет… он вам все правильно назначил, таблеточку аноприила скушать, ну как он назначил … а я еще от этих спазмов укольчик вам поставлю… ыгы…так, значит, ягодичку готовьте, уколов будет 2	скорой, у нее был такой случай однажды.

		Ж.: переворачивайся, Лень М.: снимать, да? (про шорты)… горло мне подрали… В.: дада… а, т.е. вам промывали, да? М.: не промывали, только смотрели, зонд опускали туда… в глубь… я разговаривать не мог… полня где то … совсем В.: ыгы… дело такое…хронические заболевание есть какие-нибудь? М.: какие? В.: хронические… ну там, постоянно болеете… М.: не…это, Оксан, меня вчера…ыыы В.: потерпите… потерпите… ваточку прижать Ж.: расслабься, ты чего напрягся? М.: …спазмалгон говорили, да? В.: ну я вам сейчас дротоверин поставил М.:…что нельзя ставить, у меня аллергия… В.: ну, это не спазмалгон, это дротоверин… ваточку прижмите, так и чсейчас еще один укольчик в вену, на спину ложитесь… (долгая пауза)… кулачком работайте… значит, я сейчас буду вводить лекарство, о любых изменениях в самочувствии сразу говорите…да… все… ручку… руку в локте сгибайте… как самочувствие? что-нибудь изменилось по ощущениям? М.: сейчас? В.: да М.: ну я еще не понял В.: значит, смотрите, лекарство, поставленное в ягодицу, это спазмолитик, да, оно снимет вот эти неприятные спазмы, но в течение получаса, лекарству надо подействовать, а то, что я вам в вену поставил. это против тошноты, сейчас то тошнить перестало? М.: ыгы… пока немножко тошнит В.: но меньше, да?... меньше, да? М.: да… В.: ну хорошо, значит, сейчас лежим, отдыхаем, выполняем назначения нарколога, пьем побольше жидкости. ко мне вопросы есть? М.: нет В.: все, не болейте, живите долго и счастливо … если будет уже вызывайте еще Ж.: хорошо…	
15	Начало 11.58 Около подъезда нас встречает пожилой мужичина, проводит в подъеду к лифту, т.к. на с трое, мужчина остается внизу, мы поднимается на лифте. Нас встречает женщина1 средних лет, приводит в комнату, там сидит очень пожилая женщина2, жалуется на сильное головокружение и тошноту. Ф. измеряет ей давление, ставит укол. Врач выписывает план лечения. Окончание 12.03	В.: здравствуйте! что случилось? Ж1.: здравствуйте… В.: что беспокоит? давно кружится? Ж2.:(говорит тихи и неразборчиво) В.: раньше такое бывало? …две недели… с чем сами связываете? там, переутомление, стресс? просто началось внезапно, да? … давно болит? …ыгы…ыгы…значит, смотрите, давайте давление померим Ф.: а рабочее у вас давление какое?... 160?... сейчас у вас 180 на 100 В.: (обращаясь к Ф.) ну, фурасимида… значит, смотрите, во-первых, давление повышенное… значит, смотрите, рекомендации будут выглядеть так, первое, контроль давления … что это значит, это значит давление меряем 3 раза в день и ведем дневничок наблюдения за давлением, чтобы отследит как оно скачет, потому что это вполне может быть связано с давлением, да…	Возникает что то похожее на конфликт – родственники и больная недовольны поставленным уколом. Главный аргумент – больная слаба и будет падать при движении в туалет. Врач старается разрешить недовольство объясняя преимущество сделанного укола

		Ж2.: скачет… скачет…я когда в кардиологии лежала… В.: ыгы… значит… при повышении давления, таблеточку каптоприла… Ж1: да есть… Ж2.: (неразборчиво – похоже, на «я еще не пила») … от головы бы… Ж1.: рвота почему то? В.: ну это тоже может быть связано с давлением… Ж2.: давление то у меня давным-давно, не знаю, такого не было В.: так, это по поводу давления, дальше, диета № 10, это значит исключить острое, соленое, сыр, кофе, шоколад…дальше… консультация участкового терапевта… Ф.: ягодичку мне пока освободите, я укол вам поставлю В.: …терапевта … а поводу (неразборчиво) ишемии, надо пропить нейропротекторы, например, ноопепт… аллергия есть? Ж1.: нет В.: значит принимаем 1 таблеточку 2 раза в день… на протяжении 30 дней Ж1.: нет, в другую, в эту не поставите, там вырезано (обращаясь к Ф.) В.: … ну все, жить долго и счастливо Ф.: ыгы…держите… держите ватку Ж2.: а что вы мне ввели? В.: фурасимид Ж2.: зачем он мне? В.: смотрите, в качестве мочегонного, чтобы … Ж1.: мочегонного зря вы ей ввели фурасемид В.: почему? Ж1.: у нее слабость потому что, сейчас буду ловить, она будет падать В.: смотрите…фурасимид… Ж1.: я…я просто вам про это говорю, мы это прошли Ж2.: фурасимид пью, только что выпила В.: фурасимид он очень деликатно снижает давление, именно поэтому мы поставили именно его Ж1.: ну ясно, ладно, хорошо В.: так, вопросы, претензии, пожелания есть по лечению? Ж1.: нет В.: значит, смотрите… Ж1.: я просто давно ее заставляю, надо было вызвать врача, просто терапевта… (дальше все говорят одновременно – не разборчиво) В.: не, участкового терапевта вызвать нужно, причем завтра же Ж1.: так В.: ну и вот, собственно все… лечитесь… вопросы, претензии есть? Ж1.: нет В.: все, замечательно… так что завтра вызовите терапевта	и активно советуя вызвать участкового терапевта на дом.
16	Начало 12.10 Дверь открывает женщина1 в возрасте, проводит нас в комнату, там находятся еще две женщины – одна тоже в возрасте Ж3, другая очень пожилая женщинаЖ2.	В.: здравствуйте! кто у вас болеет и куда проходить? Ж1.: прямо…прямо… В.: здравствуйте!... что беспокоит? Ж2.: вы вчера ко мне приезжали (к Ф.) Ф.: да, я вчера у вас была… (дальше все говорят разом – шумно и неразборчиво) Ж1.: … ну сейчас у нее второй день, мокрота уже	

	Оказывается вчера Ф. была на вызове у бабушки. У бабушки ОРВ – температура, кашель. Теперь заболела Ж3 – жалуется на головную боль, температуру и кашель. Врач слушает спину Ж3, выписывает больничный, в это время Ф. расспрашивает Ж2 о ее состоянии и ходе лечения. Женщины рассказывают, что заболели от Ж2, охотно рассказывают о своем самочувствии и состоянии. Окончание 12.13	отходит, в принципе больше ничего… температуры нет… Ф.: а вы то как ?... начали принимать…? В.: ыгы… ыгы… где работаете? Ж1.: да, все купила … и ее этими же таблетками пою… все тоже самое… Ж.3.: ну я от нее заболела, потому что у меня температура… В.: так, больничный будет с 23.02.16 по 25 пока… чем полечиться… Ж3.: сегодня ночью проснулась в 4 часа, голова, вот все… Ж1.: …ну тоже самое… вот я ее лечу всем тем же самым… В.: сейчас вас еще послушают, чтобы ничего не пропустить Ж1 и Ж3.: (одновременно) да тоже самое… тоже самое… В.: дышим как обычно…жить будете долго и счастливо… лечитесь Ж3.: ой, спасибо! лет 5 не болела вообще в принципе В.: … пить побольше жидкости, витаминки и лечение принимайте, все. вопросы есть? Ж1.: да нет! В.: все… за больничным…25… Ф.: полегче то становится? Ж3.: полегче… у меня такие головные боли… вчера выпила.. как лягушка вся, так сильно пропотела В.: …на Рассветную 1, там будет ваш больничный и амбулаторная карта…	
17	Начало 12.24 На этот вызов идем вдвоем с Ф., врач остался в машине. Новый дом, долго не можем попасть в подъезд, т.к. домофон не установлен в квартире, вызвавшей бригаду. Ф. начинает звонить в регистратуру, чтобы дали телефон вызвавших, но в это время из подъезда выходит человек, мы простояли около 4 мин на холодном ветру. Не можем найти квартиру – не понятно какой этаж, длинные коридоры, на дверях многих квартир нет номеров, поднимаемся сначала на 3 этаж, потом приходится спустить на 2. Наконец, находим нужную квартиру. Дверь открывает молодая женщина, в маечке и шортах. Проходим, женщина просит одеть бахилы, в комнате бегает маленький ребенок. У женщины губа намазана зеленкой, она жалуется на воспаленные лимфоузлы, боль при глотании, также говорит, что на губе выскочили какие-то язвочки,	Ф.: здравствуйте! Ж.: проходите! вы все зайдете? …вот вам (дает бахилы) Ф.: что вас беспокоит? Ж.: меня беспокоит… лимфоузлы у меня воспалены, вот, глотать мне больно, ну сейчас уже полегче… Ф.: температура есть? Ж.: вот температуры нет… Ф.: ыгы… дайте ложечку, давайте посмотрю … так больно? Ж.: ну так … не прям сильно, но давит…меня больше беспокоит губа, язва какая то вылезла, десна сильно болит Ф.: пузырьки на губе, да? Ж.: ну какие-то язвочки, да… вот десна вообще… Ф.: какая десна? Ж.: вот … десна, знает она там … как отслаивается… Ф.: ыгы…не больно? Ж.: неет Ф.: а так?... больно?,.. Ж.: нет… Ф.: а так не больно, да? Ж.: да, уже легче, то что я говорю, у меня уже не первый день, ну я как бы лечусь Ф.: чем лечитесь? Ж.: ээээм… «любон» (не разборчивое слово), потом … ну ромашка, там сода с солью… Ф.: я вам напишу, чем прополоскать… смотрите, будете полоскать горло… слизистую полости рта обязательно Ж.: нет… я чувствую я как бы трогала… вот языком просто трогаю, она вот шевелится	Потом в машине обсуждаем ситуацию – женщина вызвала скорую из-за герпеса. Ф. оправдывает ее: может быть, у нее никогда не было герпеса, и она не знает, что это такое.

	отслаивается десна. Ф. просит чайную ложечку, осматривает горло и ротовую полость женщины, затем ощупывает лимфоузлы на шее, надавливает на них. Спрашивает, какое лечение принимает женщина. Затем Ф. выписывает несколько рекомендаций для лечения. Окончание 12.28	Ф.: надо маловит раствор… (неразборчиво)… полоскать 6 раз в день … это раствор для полоскания, для рта …это антисептики… Ж.: а? …это для чего? Ф.: антисептики… Ж.: а, то есть это от десны как то или что? Ф.: они убивают микробов в полости рта Ф.: потом, смотрите, губу вот эту будете смазывать не зеленкой, а ацикловиром Ж.: а потом… она сама как … пройдет? я не знаю…у меня вот вчера вообще очень сильно Ф.: ацикловиром будете мазать, надо потом у терапевта понаблюдать, страшного ничего нету Ж.: а лимфоузлы? Ф.: я не почувствовала что они увеличены, может они, и болят, но они у вас не увеличены Ж.: а вот это вот, что? вот с этой стороны? (показывает на левую часть шеи) Ф.: нет, это нормально… Ж.: ну все, спасибо большое	
18	Начало 12.35 Дверь открывает молодая женщина, на пороге просит одеть нас бахилы. Женщина проводит нас в комнату, там находится молодой мужчина, женщин говорит, что у нее ветрянка. Заразилась от ребенка. Врач спрашивает, нужен ли ей больничный. Женщина говорит нужен. Врач открывает больничный лист, спрашивает место работы, говорит что открывает больничный до 25 числа, потом женщине нужно подойти на Рассветную, там будет больничный и амбулаторная карта. Дальше ей нужно идти к терапевту и закрывать больничный, или продлевать его. Спрашивает, знаете, чем лечиться, женщина отвечает, что знает, называет препараты. Врач, говорит, да все, правильно, берет у женщины контактный телефон, чтобы сообщить в инфекционную службу. Переписывает ФИО и дату рождения женщины и мужа. Окончание 12.39	Фрагмент разговора: В.: значит, если высыпания не пройдут к этому моменту, вызовите на дом. ну расскажите, что приезжала дежурная смена, что. сказали, что откроют больничный, ну и все…	Врач не проводил никаких действий, только выслушал женщину и открыл больничный, весь разговор вокруг бюрократических деталей.
19	Начало 12.48 Заходим в лифт втроем, лифт не работает, тогда Ф. выходит, лифт начинает работать. Поднимаемся вдвоем с врачом. Дверь открывает женщина1 средних лет, проводит нас в квартиру, дает пакеты вместо бахил. Заходим в комнату:	В.: добрый день! вызывали? Ж1.: да, проходите В.: куда проходить? Ж1.: вот в комнату… проводи их пожалуйста (обращается к мужчине) В.: здравствуйте! здравствуйте! что случилось? Ж2.: (неразборчиво – показывает на ногу и говорит что стала болеть) В.: температуру не мерили? Ж2: нет температуры…давление тоже нормальное	

	там находиться очень старая женщина2, сидит на кровати, на диване сидят дети. Судя по одежде, пришли навестить бабушку. На кухне находится мужчина средних лет. Ж2 опирается на трость, жалуется на боль в правой ноге. Нога обмотана эластичный бинтом, врач просит снять бинт, осматривает и ощупывает ногу ниже колена. Нога ниже колена имеет темный сине-коричневый цвет. Ж2 принимает таблетки, просит дочь Ж1 принести эти таблетки. Ж1 приносит и показывает коробочки мне, я их передаю врачу. Врач выписывает план лечения. Окончание 12. 53	В.: ыгы… ну вообще замечательно…больно? Ж2: не больно В.: а травмы не было? не падали? и не ударялись? Ж2.: нет…нет-нет… кого? я одна тут, обо что ударятся? В.: ну мало ли…значит, смотрите, (неразборчиво) укрепляет мышцы тазового дна Ж2.: чего? В.: он укрепляет мышцы тазового дна, значит, смотрите, чем будем с вами лечится… надо будет, сдается мне, здесь имеет место быть нарушение оттока, соответственно, нужно будет попить какой-нибудь венотоник, например, троксивазин. знаете такой? или флебодиа… Ж2.: у меня там навыписывали, я так пью… и что там еще? какие там таблетки? Ж1.: ну это все от почек В.: 1 раз в день на протяжении 30 дней… так… Ж2.: она у меня вся синяя… В.: ыгы…ыгы…значит, смотрите, надо попить венотоники, чтобы улучшить отток, и значит, ногу в возвышенное положение…дадада…это препараты от давления (смотрит на коробочки препаратов, которые принесла Ж1), а здесь нужен препарат, который улучшит тонус вен, за счет этого улучшится отток. здесь, скорее всего, речь идет о нарушении оттока, да… соответственно, нужен препарат, который этот отток улучшит, ну и плюс ногу в возвышенное положение… ну и в идеале требуется консультация хирурга из поликлиники, т.е. по идеи, это надо в будний день нужно будет вызвать участкового терапевта, от участкового терапевта… через участкового терапевта вызвать хирурга, чтобы еще посмотрел хирург, сосудики… ну я сейчас смотрю, вроде пульсация сохранена, все хорошо, но я не хирург, надо понимать, да… вот… и консультация участкового терапевта…ыгы… ыгы… ко мне вопросы есть? Ж2.: нет В.: все, значит, ногу в возвышенное положение, пейте венотоники, т.е. либо флебодиа, либо троксевазин. флебодиа чутка получше, троксевазин чутка подешевле. вот как то так, выбирайте… вот, ну и все, живите долго и счастливо. ну и вызовите терапевта, чтобы он посмотрел и назначил консультацию у хирурга.	
20	Начало 13.01 Дверь открывает мужчина, проводит нас в комнату, там, на кровати сидит пожилая женщина, жалуется на температуру, головную боль. Женщина подробно рассказывает о процессе течения болезни, рассказывая не только о симптомах болезни, но и о лечении, которое она принимает. Болеет уже два дня, опасается воспаления пневмонии. Врач выслушивает рассказ женщины, Ф. прослушивает	В.: ыгы… ыгы… Ж.: …я АЦЦ купила, разжижающее, там арбидол купила, принимаю, арбидол купила … все одно, головные боли… ну и все температура, а сегодня ночью снова до 38, вот… утром… я выпила…какой то… вот, этот самый от температуры, она у меня спала … а потом я утром походила немножечко, ну все, она у меня опять на 38 Ф.: а вы развернитесь, мы вас послушаем В.: значит, смотрите, я вам напишу сейчас чем полечиться и будете жить долго и счастливо… значит препарат называется амоксиклав, это антибиотик … в дозировочке 875 плюс 125, принимать одну таблеточку 2 раза в день на протяжении 7 дней … раньше не бросать Ж.: хорошо В.: это раз, два. таблеточки диазолин, значит 1	

	спину. Врач выписывает курс лечения. Окончание 13.04	таблетка 2 раза в день. АЦЦ уже пропили? Ж.: АЦЦ нет еще, не знаю, есть еще В.: у вас обычное АЦЦ или лонг? Ж.: лонг В.: ыгы… значит, АЦЦ лонг …ыгы…ыгы (женщина показывает упаковку от препарата)… значит, одну таблеточку один раз в день … Ж.: пью уже… вот два от стандарта… В.: дальше, обильное питье… ну и все, жить будете долго и счастливо Ж.: спасибо (смеется) В.: так, вопросы? претензии? пожелания? Ж.: я боялась, что… В.: значит, смотрите… Ж.: …бронхит или воспаление уже начинаются В.: нет, пневмонии нету, т.е. у вас воспаление на уровне трахеи, т.е. антибиотики подавят инфекцию, бронхолитики улучшат отхождение мокроты и вылечитесь, буквально через2-3 дня лучше станет, но антибиотики надо полный курс надо пропить Ж.: ыгы…ыгы… все, спасибо вам большое В.: пожалуйста, не болейте	

Дневник наблюдений 4

№	Объективные обстоятельства	Разговоры	Комментарии
1	30.03.16 (среда) Я прихожу в кабинет неотложной медицинской помощи в 14.30. Врач ведет прием, я сижу на кушетке под видом пациента. Кабинет состоит из двух комнат – приемная комната, где находится стол, и смотровая, где есть кушетка и прибор для записи ЭКГ.		В первой половине дня врачу, которого я наблюдаю, стало плохо. Врач рассказывает коллеге о симптомах своей болезни: резко меня скрутило, цветом как халат, и боль такая в боку как будто перо, лежал белый как халат, скрюченный. Описывает свое состояние практически также как другие пациенты – когда врач превращается в пациента, он и ведет себя схожим образом.
2	Начало 15.23 Заходит женщина пожилая, говорит хочу попасть к лору, жалуется на грибковое заболевание во рту, говорит, что каждый год лечится, но в этом году совсем плохо, два дня не может есть. Врач говорит ей что может направить ее только к терапевту, она отвечает, что ей не надо ей к терапевту, а нужно к узкому специалисту. Врач объясняет ей, что терапевт может перенаправить ее уже к узкому специалисту. Женщина возмущается: что это за главная фигура такая терапевт и т.д.? Врач отправляет ее в регистратуру	Пациентка критикует врача: П.: Вы так себя повели, здесь подождать, вы меня как девчонку отчитываете. Зашел только что, передо мной зашел, я то уже здесь была, я поэтому прошла, человек стоит раздетый, вы с ним можете разговаривать, а со мной вы этого не можете, научитесь разговаривать с пациентами! после этого не хочется к вам обращаться! (уходит) В.: хорошо, до свидания! (обращаясь ко мне) и вот так через одного	

	за талоном. Пока женщина ходила в регистратуру, зашёл пожилой мужчина за анализами. За ним заходит пациентка1, врач просит ее выйти. Женщина ругается, говорит, что врач не умеет общаться с людьми, выходит. Окончание 15.34		
3	За 30 минут: с 15.30 до 16.00, заходит 8 пациентов за анализами. Периодически заходят врачи и берут со своей полки анализы		Листочки с анализами разложены по ячейкам с именами врачей, есть еще одна ячейка «На руки». Врач перебирает каждый раз все листочки.
4	Начало 15.55 Заходит молодая симпатичная девушка, около 20 лет, повторное посещение. Врач смотрит листочки с ее анализами, расспрашивает про хронические заболевания. Спрашивает про ФЛГ: девушка не делала, врач советует сделать. Советует пить ношпу, если не поможет говорит приходите еще. Окончание 16.02		Из разговора понятно, что девушка жалуется на боли в груди. Врач говорит мне, что она здорова, но почему то она испытывает боли. Причины заболевания ему не понятны. Но так как девушка миловидная, то он охотно ее принимает.
5	Начало 16.21 Женщина лет 50. Жалуется на геморрой, говорит, начиталась про геморрой в Интернете и вчера обострилось заболевание. Врач предлагает отправиться на прием к хирургу, женщина отказывается: не хочу к хирургу, в прошлый раз он сразу ее отправил на операцию. Говорит: может к терапевту можно, может это от «психизма» началось, от того, что начиталась в Интернете. Начались боли в январе, месяц кровотечение назад. Врач измеряет температуру лба электронным термометром, меряет давление. Женщина хвалит врача из другой поликлиники (25 мед.-сан.часть), врач спрашивает, написала ли она благодарность. Отправляет ее в регистратуру за талоном. Окончание в 16.27	В.: (убеждает пациентку пойти на прием к хирургу) …как минимум геморрой надо осматривать, у терапевтов нет ни условий, ни возможности для этого. а геморрой лечит хирург П.: да? я боюсь к вашему хирургу! В.: зря, у нас отличный хирург П.: я знаю! у вас превосходный, ну просто… да, статистика, прошлый раз пришла и сразу в больницу увезли, хахаха (смеется)… потому на последней стадии все В.: работаете где? П.: на железной дороге В.: (пишет в карточке)…ыгы… температуру померяем, челочку поднимите…36 и 6…так что не переживайте… П.: а может это от психизма? В.: может П.: я считаю, что это у меня все от психизма… В.: (пишет) …так…жалобы на дискомфорт и кровотечение. да?.... П.: а проктолога у нас нет? В.: нет, к сожалению П.: это куда-то будут направлять? В.: ну вообще хирург обычно лечит, вообще свечами на уровне моего кабинета лечат, но я думаю лучше, если вас специалист посмотрит П.: ну я три стандарта свечей переделала В.: ну видимо не только в свечах дело	Женщина явно нервничает, возбуждена, порой перескакивает мыслями с одного предмета на другой.

		П.: ну да … вот поэтому я начиталась… В.: беспокоит то давно кровотечение? П.: ну как… В.: ну вот сильно начало беспокоить П.: ну вот месяц! В.: ыгы П.: причем так, не всегда так скажем… В.: ну вот усилилось когда? П.: ну месяц! В.: то есть месяц как… П.: ну началось вот в январе все, а вот месяц ничего не могу сделать В.: давление повышается? П.: ой, я что-то даже нет… В.: померяем П.: короче, не буду я лечиться В.: ничего страшного П.: и не хочу В.: научим П.: бесполезно…вон что-то вырезали, не помогло (смеется) В.: ничего страшного … (меряет давление) … будете жить долго и счастливо П.: спасибо В.: 130 на 90 П.: ни фига себе В.: это в смысле лет жить П.: не, я про то что у меня давление как то высокое, у меня было 90 на 60, но потом стало 110, 130, может поэтому башка заболела… тот врач был очень хороший В.: благодарю вас, написали доктору? П.: да!... В.: (долго пишет в карточке)…замечательно. вот с этим в регистратуру. в 3 окошечко и дальше вас ждет путешествие на осмотр к нашему хирургу, он вас посмотрит и назначит лечение П.: ну там женщина была, такая хорошая В.: да, она хорошая женщина П.: она же сегодня будет? В.: не знаю какая вас прошлый раз лечила П.: так, че то я хотела… там же карточку дадут в 3, да? В.: ыгы П.: понятно, спасибо В.: пожалуйста, не болейте, живите долго и счастливо П.: спасибо, до свидания	
6	В течение следующего час заходят только 2 человека за анализами. Врач не спеша перебирает стопки с листками бумаги. Перешучивается с пожилой пациенткой.		Врач искал анализы около 4 мин., во время выезда среднее время осмотра составляет примерно 3 минуты. Врач явно никуда не торопиться.
7	Начало 17.37 Зашла женщина лет 60, говорит плохо себя почувствовала прямо на		Спустя полчаса (в 18.17) эта женщина заходит опять. Вновь говорит что ей плохо, предполагает,

	улице, поймала машину и поехала в больницу. Просит померить ей давление, врач меряет давление, высокое давление, предлагает поставить укол фурасимида, женщина отказывается. Врач дает ей какую то таблетку от давления под язык, просит взять талончик в регистратуре. Женщина уходит в регистратуру. Окончание 17.39		что из-за резкого снижения давления, после таблетки, которую ей дал врач. Врач вновь ей измеряет давление, давление снизилось. После изменения давления уходит в 18.19.
8	Начало 17.45. Женщина молодая, 25 лет, говорит, направили сюда. Врач заполняет карточку: спрашивает ФИО, дату рождения, домашний адрес, профессию. Измеряет температуру электронным термометром, заносит это в карту. Затем спрашивает, что беспокоит девушку. Девушка жалуется на повышенный пульс, предполагает, что это связано с сердцем. Врач смотрит кардиограмму, которую она принесла собой, другие бумаги в карточке. Меряет давление, 110 на 70, девушка говорит, что рабочее давление у нее 60 на 100. Врач предлагает переписать экг, т.к. по его мнению, скорая записала его достаточно «похабно». Также предлагает, если что-то беспокоит, дать таблетку и направить к терапевту. Девушка соглашается сделать новое экг. Девушка проходит в соседнюю процедурную комнату, где стоит аппарат. Делают экг (доносится звук работающей аппаратуры, обрывки разговоров). Смотрит экг прямо в смотровой комнате. Пишет что-то на ленте экг, женщина одевается и выходит в приемную. Разговор про диагноз - вегето-сосудистая дистония, это скорая написала отписку вам, а не диагноз, при этом никакое лечение не нужно, спрашивает, может ли она завтра прийти сдать анализы в поликлинику в первой половине дня.	В.: ну теперь рассказывайте, что вас беспокоит? Д.: что было вчера или что сейчас? В.: что было вчера и что сейчас, мне нужно полная история, что было Д.: ну в общем вчера легла спать, проснулась в 2 часа ночи, пить хотела В.: ага Д.: ходила, наверное, несколько раз, тут еще соседи у меня, я снимаю… ну короче драка у них была… В.: ыгы…ыгы…хорошо Д.: я впечатлительная, вышли в подъезд, постояли и меня начало очень сильно трясти, прям все тело В.: ыгы-ыгы Д.: померили давление, по-моему 130 было, и пульс 120, вот В.: ыгы-ыгы Д.: вызвала скорую, потом… В.: скорая что сделала? Д.: экг померили, там. корвалолом капали, таблетки какие то В.: легче стало? Д.: ну да В.: таблетки (неразборчиво)? Д.: да… под язык В.: ыгы Д.: сейчас слабость и голова кружится В.: раньше такое бывало? Д.: ну прям такого не бывало, вообще пульс у меня в последнее время частенько … а еще…. В.: переутомление не бывает? Д.: переутомление? да вроде нет. проходила медкомиссию, мне сказали… (неразборчиво) … еще проходила, не знаю надо, не надо, год или два назад, там все нормально (девушка показывает врачу различные бумаги, которые она держала в руках) В.: замечательно (врач смотрит бумаги, которые девушка принесла с собой)… ничего, ничего… значит, сейчас беспокоит слабость, больничный нужен? Д.: ну нет наверное… В.: не нужен. да? … так, давайте теперь посмотрим чем… сейчас ничего нигде не покалывает? Д.: нет… ну кажется… что сильно прям	Девушка оказывается учительницей математики, врач шутит по поводу своего страха перед математикой и не знания этого предмета. Девушка также шутит с врачом, смеется, ведет себя довольно раскованно. Самый продолжительный случай осмотра и постановки диагноза за весь период наблюдения – более 30 мин. Видимо, девушка вызвала симпатию у врача.

	Уходит на расшифровку экг, девушка сидит со мной одна, она погружается в телефон, видимо с кем-то переписывается. Врач приходит через 6 мин, говорит - сердце в порядке. Вписывает план лечения, советует записаться к участковому терапевту, сдать кровь и мочу. Пишет план на бумажке. Говорит, чтобы в регистратуре обязательно исправила адрес, т.к. на карточке написан неверный номер дома. Пишет что-то в карточке, ставит печати. Достает из шкафа пробирку для мочи и отдает девушке. Советует понаблюдать давление, вести дневник, 3 раза в день, мерить пульс. В случае стресса принимать аноприлин, диета номер 10, консультация участкового терапевта. Девушка спрашивает, что с кардиограммой, врач объясняет что все хорошо. Спрашивает про претензии и пожелания. Окончание 18.16	отдается… (дальше разговор идет вокруг темы экг) (врач выходит из процедурной комнаты с лентой экг, обращается к девушке, которая еще одевается в процедурной) В.: я вам открой секрет, это не диагноз, это отписка (имеется в виду диагноз поставленный скорой). это когда не знают что написать, пишут ВСД (вегето-сосудистая дистония) Д.: у меня просто у сестры такая, тоже самое… В.: вы знаете, такой диагноз, который в общем то и не диагноз, то есть лечить его не надо, мало на что он влияет… вообще этот диагноз по идеи не должен был ставить, так… завтра вы можете анализы сдать здесь, ну до поликлиники дойти, в первой половине дня? Д.: да В.: замечательно… так, у вас карточка с собой? Д.: вот она В.: сейчас я вас еще на анализы отправлю… полных лет сколько? Д.: 25 В.: 25… сейчас посидите, я на расшифровочку схожу Д.: ыгы (врач уходит на 6 мин) В.: ну что, Татьяна Юрьевна, мы за вас очень рады. в плане сердца – вы безупречны… так … сейчас еще сдадим анализы, я вам напишу какие таблеточки попивать, чтобы быть духовно уравновешенной и ничего не бояться, ну и все… аллергии на лекарства нет? Д.: да вроде нет В.: так, смотрите, дальнейший план наших действий вот какой, во-первых, надо будет записаться к терапевту, к своему участковому. значит, записываться так – по телефону 124, это единая регистратура, вы им звоните, они вас спокойно записывают, в нужное время приходите и лечитесь, это раз. два, надо будет сдать анализы – кровь и мочу Д.: ыгы В.: не то чтобы это может вызвать тахикардию, но тем не менее, лишним это точно не будет Д.: это завтра? В.: да, это завтра. за результатом подойдете в понедельник, если вам удобно. в понедельник можете хоть в 8 вечера подойти, я тут с 8 утра до 8 вечера Д.: ыгы В.: лучше вечером подходите, пациентов меньше гораздо Д.: ыгы	

		В.: и обязательно сейчас в регистратуру подойдите, скажите, чтобы там адрес перебили Д.: ыгы В.: так, где-то тут направление, сейчас я торжественно вам вручу пробирку Д.: ыгы В.: по поводу того, как избегать чрезвычайной волнительности… значит, на всякий случай надо будет понаблюдать за своим давлением, дома тонометр есть? Д.: ыгы В.: ну и отлично, значит смотрите, вот это называется дневник самоконтроля артериального давления, что это значит? это значит, что давление вы меряете 3 раза в день, и ведете запись, утро-вечер, утро-вечер, понятно, да? то есть первое, контроль АД, и обязательно пишите пульс, пульс четно сказать нас больше интересует, чем давление в данной ситуации. Д.: давление у меня вообще не падает В.: ну, за пульсом понаблюдайте тогда. ну и давление там … сколько… Д.: ыгы В.: это раз, два. при… если стрессовая ситуация, учащается пульс выше ста, есть такие таблеточки волшебные, называются аноприлин, именно их вам скорая вчера давала Д.: ыгы В.: в дозировке 10 миллиграмм, принимать 1 таблеточку под язык, можно до 4 таблеточек за раз. ну то есть рассосали – перемерили пульс, рассосали – перемеряли, понятно, да? Д.: ыгы В.: значит, дальше, диета номер 10, что это значит. это значит исключить острое, соленое, сыр, кофе, шоколад. ыгы? Д.: ыгы В.: и консультация участкового терапевта. сдаете анализы, в понедельник заберете результаты, ну заодно скажите на когда вас записали и как самочувствие. если чувствовать себя будете хорошо, пойдете к терапевту, он вас дообследует Д.: ага В.: если чувствовать себя будете плохо, то я вас сразу куда-нибудь направлю, ыгы? вопросы, претензии, пожелания есть? Д.: а что там с кардиограммой? В.: значит, смотрите, с кардиограммой все замечательно, вот расшифровочка, если не вдаваться в подробности, то у вас отличная кардиограмма, достойная человека живущего долго и счастливо, то есть хорошая кардиограмма, там вообще никаких претензий к вашему сердцу нет	

		Д.: ыгы… ыгы В.: лежит оно там, где надо, выполняет свою работу уверенно и усердно. сейчас тахикардии нет… ну эту пленочку со скорой дома на память оставите Д.: ыгы… ну все В.: ну все, не болейте	

Дневник наблюдений 5

№	Объективные обстоятельства	Разговоры	Комментарии
1	Дата 20.04.2016 г. (среда) Место: кабинет неотложной помощи, наблюдаю под видом пациента, который ждет скорую помощь, сижу на кушетке в приемной комнате, напротив стол ведущего прием врача. Я нахожусь в кабинете с 10.30. Начало 10.40 Заходит мужчина, просит выдать ему анализы, врач спрашивает фамилию мужчины и ищет в стопках бумаг нужные анализы. Находит и отдает мужчине. Окончание 10.41		Пришел напарник фельдшера, в состоянии тяжелого похмелья, сам себе выписывает больничный, и уходит на ЭКГ. Сегодня коллега должен был работать во вторую смену. В связи с тем, что он открывает себе больничный, врачу приходится остаться на весь рабочий день, до 20 часов.
2	Начало 10.52 Заходит женщина лет 70, просит померить давление, жалуется на шум в голове. Врач меряет давление - 110 на 70, женщина говорит, что низкое для нее давление. Никакой помощи оказать не просит, сразу же уходит. Окончание 10.54		Врач говорит мне, что на самом деле не знает, какое в действительности давление у женщины, у него периодически не работает фонендоскоп. Поэтому давление оценивал, ориентируясь на пульс, приблизительно.
3	Начало 10.55 Заходит женщина около 70 лет, просит померить давление, говорит, что давление прыгает при малейшем волнении. Врач меряет давление. Женщина просит порекомендовать какие-нибудь таблетки, чтобы давление не скакало при волнении. Давление 130 на 90. Врач советует ей корвалол. Окончание 10.57		На этот раз фонендоскоп заработал.
4	Начало 11.03 Заходит мужчина лет 50, с палкой, говорит медленно и неразборчиво. Говорит, что его отправили померить сахар из другого кабинета, за этим следует небольшое выяснение ситуации: врач посчитал, что речь идет об анализах, смотрит в бумагах. Врач говорит, что на полке невропатолога нет. Пациент отвечает, что ему		Часть анализ находятся на столе врача, в общей куче, другая часть разложена по ячейкам врачей, каждая ячейка подписана фамилией врача. Врач потом мне поясняет - он попал в бухгалтерию, а так как пациент собрался уходить, то он решил его не останавливать. После ухода пациента, врач рассказывает, почему

	сейчас только что сказали. Врач куда-то звонит по стационарному телефону и пересказывает ситуацию, пауза, потом говорит "о, извините". Врач кладет трубку, пациент спрашивает: мне, что уходить? Врач отвечает: ну да. Пациент уходит, бормоча недовольно себе под нос что-то. Окончание 11.05		постарался избавиться от пациента: техническое оснащение кабинета позволяет ему измерить сахар, для этого есть глюкометры и все необходимое. Но он крайне неохотно делает такие процедуры, потому что приходиться после этого заполнять 3 разных журнала – таким образом, сама процедура измерения сахара в крови занимает от силы несколько минут, заполнение же отчетных документов минут 15.
5	Начало 11.06 Заходит мужчина, лет 70, жалуется на астму и давление. Врач меряет давление, мужчина говорит голова сейчас болит. Врач составляет план лечения: дневник наблюдения за давлением, рассказывает, зачем нужно вести этот дневник, советует принимать каптоприл при внезапным повышении давления, и диета номер 10 (острое, соленое, сыр, кофе, шоколад исключить из рациона). Давление 130 на 90. Окончание 11.10		
6	Начало 11.14 Молодая девушка лет 20. Жалуется на температуру и простуду. Врач меряет температуру электронным термометром, заполняет карточку. Давление меряет. Проходят в процедурную комнату. Там врач осматривает горло, слушает спину пациентки. Возвращаются, врач опять пишет. Направляет девушку в регистратуру, и затем к терапевту. Окончание 11.21	Девушка: температура 38 и 4, была и выше Врач: ыгы (пишет в карте пациента, длинная пауза)… больничный нужен? Д.: да, я учусь В.: так…вы у нас на Народной живете? Д.: нет. живу на Курчатова, прописана на Народной В.: Курчатова…номер дома? Д.: 7 дробь 4, квартира 102 В.: где учитесь? Д.: Сибирский торгово-экономический колледж В.: температурку помярем, не пугайтесь… хорошо…(долго заполняет карточку, отрывает, вклеивает – в общем больше 1,5 мин)… значит, слабость есть? Д.: ну… не знаю… В.: давайте пусть она у вас будет Д.: горло болит В.: голова болит? Д.: голова болит, сейчас я только таблетку выпила В.: хорошо (опять что-то пишет в листке осмотра) …слабость, головная боль, боль в горле (говорит себе под нос)… насморк есть? Д.: (шмыгает носом) нет… ну есть (смеется) В.: кашель?	В это время заходит напарник нашего врача, они перебрасываются парой фраз про болезнь напарника.

		Д.: да В.: болеете давно? Д.: с понедельника, ну в понедельник у меня температура поднялась В.: давление не скачет? Д.: не знаю, я не мерила В.: курточку вешайте, сейчас будем давление замерять (меряет давление)… давление у вас ровно такое, какое и должно быть в вашем юном возрасте…туда проходите (уходят в процедурную комнату) (до меня доносятся фразы: так, сюда встаем, смотрим в сторону окна, язык вперед и сказать «а», и спину освобождайте… все, и дышите как обычно… жить будете долго и счастливо) (возвращаются в приемную комнату, врач пишет, что то в карточке, заходит напарник, врач переговаривается с ним по поводу его болезни)…все, с этим в регистратуру, в первое-второе окошечку, и к терапевту за больничным и лечением, и будете жить долго и счастливо Д.: а как мне к нему попасть? В.: вам выдадут талончик с указанием номера кабинета Д.: спасибо	

Дневник наблюдений 6

№	Объективные обстоятельства	Разговоры	Комментарии
1	23.04.2016 г. (воскр.). Начало смены 9.00 Начало 9.37 Первый вызов, дверь открывает женщина лет 50-60 Ж1. Проводит нас в зал, на кровати лежит пожилая женщина Ж2, лет 80, мать Ж1. Мы садимся на стулья в зале. Ж1 рассказывает, что Ж2 мучилась головными болями ночью. Вызывали скорую, скорая сбила давление. Ж1 приносит ампулы, которые оставила скорая. Врач измеряет давление, пишет план лечения. Окончание 9.43	В.: здравствуйте! Ж1.: здравствуйте В.: здравствуйте, Мария Ивановна… что у вас случилось и чем вам помочь? Ж1.: а мы сегодня вызывали скорую, она сегодня всю ночь не спала, у нее была сильная головная боль, слева, особенно вот в височной части. В.: ыгы-ыгы Ж1.: прям очень сильно, чуть ли не кричала Ж2.: так тут все выскочило! Ж1.: ну естественно давление было В.: давление высокое, скорая давление сбила? Ж1.: до 170 В.: лекарства какие вводили? Ж1.: так, вот я оставила… В.: ампулы оставили? Ж1.: конечно (приносит несколько пустых ампул) вот смотрите, я без очков не разберу (дает ампулы мне) Я.: (читаю надписи на ампулах) магний сульфат … В.: и фурасимид, да? Я.: натрия хлорид В.: ыгы… а изначально давление какое было? Ж1.: изначально было 200, потом когда она ей в левую руку поставила 190 было, потом еще … в левую руку, в правую, в левую и стало… В.: а рабочее давление какое? сейчас 160 Ж1.: ну где то… где то так и есть 150-160	Ж2 плохо слышит, она пытается одеть слуховой аппарат, но он не работает, видимо какая-то деталь выпала. Слуховой аппарат лежит на тумбочке рядом с кроватью. Врач разговаривает только с Ж1. Ж1 подарила нам коробку конфет.

		В.: 150-160, рабочее давление, ниже сбивать не будем, да? Ж1.: нет, не надо В.: так, я вам сейчас напишу как полечиться и будет жить долго и счастливо, подходит такой вариант? Ж1.: конечно! у нас папа 100 лет прожил, хотим вот чтобы и мама столько прожила Ж2.: наверное в коробочку выскочила…(пытается безуспешно вставить в ухо слуховой аппарат) В.: значит, смотрите, я сейчас напишу таблеточки какие попить… Ж1.: я ей давала лазан плюс, я сам принимаю, лазан плюс давал, но ей он видно слабый, В.: значит, смотрите, план действий вот какой. я вам сейчас все расскажу, во-первых, я пока не буду влазить в лечение, назначенное терапевтом вашим участковым. поэтому, план действий вот какой, во-первых, чтобы эффективно подобрать препарат, чтобы давление взять под контроль, нужно за давление понаблюдать. чтобы понять как оно скачет, может оно на погоду среагировало и все, соответственно, контроль АД. это что значит, вести дневничок наблюдения за давлением, 3 раза в день давление меряем и записываем, давление-пульс, давление-пульс, давление-пульс, понятно, да? дальше, при повышении давления таблеточку каптоприла Ж1.: ыгы… вот, я ей даю В.: хорошо Ж1.: я ей (неразборчиво название препарата) В.: это одно и тоже Ж1.: скажите, обязательно под язык? можно глотать? В.: можно глотать, но тогда эффект наступит медленнее Ж1.: она там может, она там все сжигает у нее В.: да, есть такой недостаток у нее, ну тогда можно пить его В.: значит, дальше, диета № 10, это очень важно, исключить острое, соленое, сыр, кофе, шоколад Ж1.: это вот то, что как раз, это ее любимая еда В.: вот это все давление повышает Ж1.: она есть очень соленое. прямо не глядя, сразу солит В.: ыгы, то есть лучше, если из этого исходить, да, лучше добавляйте немножко глутамата натрия, это который, грубо говоря, усиливает вкус. потому что с возрастом рецепторов вкусовых меньше становится, да, поэтому человек, ему кажется, что не солено и не вкусно, да Ж1.: а где этот глутамат. это надо где то в аптеке? В.: ну это усилители вкуса, они в качестве пищевых добавок продаются Ж1.: в аптеке тоже, да? В.: ну в аптеке то вряд ли, но вот в продовольственных магазинах продаются, да, и значит, вызовите через денечков 5 вот такого наблюдения за давлением участкового терапевта Ж1.: а у нас сейчас нет участкового терапевта, была Архипова, сейчас В.: ну просто терапевта, по телефону 123, то есть он приедет и основываясь на вашем дневничке наблюдения за давлением начнет подбирать препарат, я в принципе сейчас могу подбирать, да.	

		но, вот не имея этого дневничка это все равно, что пальцем в небо тыкать. Ж1.: то есть пока мне лазап ей давать? В.: да, лечитесь чем лечились, но начните наблюдение Ж1.: вот, лазвап ей даю, вы знаете, лечили его, лечили, а давно не вызывали врача. дак вот скорая была, врачей не было В.: ну вот, смотрите, план действий вот какой, надо понаблюдать, и дальше вызвать. то есть терапевт придет и подберет вам препарат для постоянно приема, то есть на основе. глюцин можете рассасывать Ж1.: ну глицин я ей давала по одной, что то скорая сказала давайте лучше по 3 В.: ну хуже не будет Ж1.: а то, говорит, это слишком мало В.: ну то есть, он как бы безопасен в этом плане, можно по 3. не проблема, да Ж1.: ыгы, головные боли. у нее шум и головная боль В.: ну это издержки, простите, того что она года то рождения у нас 24 Ж1.: 91 год ей В.: ну да, поэтому не удивительно, что у нее шумит в голове. так, ко мне вопросы, претензии, пожелания есть? Ж1.: нет, нету В.: все, замечательно, не болейте, живите долго и счастливо Ж1.: ой, спасибо, это вам к чаю (дарит нам коробку конфет)	
2	Начало 9.50 Долго стучим в двери, несколько раз нас спрашивают «Кто там?» Наконец дверь открывают, молодая привлекательная девушка лет 25. Проводит нас в комнату, видимо спальню. С кухни слышится лай собаки, в спальне на кровати лежит очень маленькая собачка. В комнате очень жарко. Девушка садится на постель, врач присаживается на край кровати, я стою в дверях. Девушка жалуется на боли в груди, высокую температуру. Врач измеряет давление. Просит девушку поднять и слушает ее спину, потом грудь. Девушка жалуется на тошноту, стоит, закрыв глаза. Врач просит показать карту медосмотра, девушка достает мультифору с разными бумагами, оттуда вынимает карту. Врач спрашивает, какой укол поставила скорая, девушка	Д.: вы врач? В.: доброе утро, Елена Сергеевна! не похож? Д.: извините, заходите, тут такая дверь стоит, ничего не слышно В.: а, мы вас тоже слышали весьма отдаленно… (проходим в квартиру) направо, налево? Д.: влево…извините, не заправлено В.: ничего страшного. так, Елена Сергеевна, рассказывайте, что случилось и чем вам помочь? Д.: я ночью проснулась потому, что мне холодно было и… не могу руки поднять, вообще болит грудные… грудные мышцы В.: ыгы-ыгы Д.: вот, и холодно, я встала, ну закрыть окно, в общем мне совсем стало плохо, и я подумала, у меня грипп, и у меня операция была на грудь, увеличение груди, и года два назад она у меня болела, мышцы просто болели В.: ыгы-ыгы Д.: потом они прошли, и все, а тут вообще плохо, я не могу шевелиться, померила температуру, меня всю трясет, под 38 … вот В.: с сердцем проблем нет? Д.: вообще нет, тоже поднялось с сердцем, скорую вызвали, мне вкололи лекарство В.: так, кардиограмку записывали? Д.: у меня есть, с медосмотра В.: ыгы…давление померяем…110 на 70, кашля нет? Д.: нет, почему у меня температура 38? В.: так, вставайте, давайте спину освобождайте, послушаем Д.: меня тошнит	После ухода из квартиры, в лифте активно обсуждаем грудь пациентки и последствия операции.

	показывает пустую ампулу, которая стоит на тумбочке рядом с кроватью. Врач предлагает поставить укол, снижающий температуру, и составляет план лечения. Врач ставит укол, он болезненный, девушка морщиться и охает. В это время начинает звонить ее телефон. Врач пишет на листочке план лечения, узнает, что мама пациентки умеет делать уколы, оставляет две ампулы с лекарством. Затем осматривает спину пациентки, надавливая на определенные места, пациентка вскрикивает от боли. Объясняет пациентки, что делать если болезнь не пройдет через 2 дня. Окончание 10.01	В.: мне вот до сюда надо…ыгы, все, дышим как обычно…(слушает спину)…ыгы, теперь передом… повыше поднимите…ыгы, так, покажите, пожалуйста, мне свою карточку с медосмотра Д.: по-моему здесь лежит В.: ыгы-ыгы Д.: так… В.: а пленочки нету, да? Д.: ну там, наверное, написано же В.: ну там… без патологий скорее всего написано Д.: ох, мне опять плохо В.: присядьте пока, скорая вам укольчик поставила? Д.: да, мне поставили кетанов В.: ага, легче стало? Д.: ага…легче стало, а то вообще трясло В.: оперировались то давно? Д.: да, это вообще было 3 года назад, то есть это скорее всего не из-за этого В.: ыгы…ладно, хорошо…так, значит, смотрите, план действий вот какой, во-первых, сейчас я вам поставлю укольчик, чтобы сбить температуру, во-вторых, напишу чем полечиться и будете жить долго и счастливо. подходит такой вариант? Д.: ыгы В.: вам больничный нужен? Д.: вообще как бы нет, но если… В.: смотрите, если, по моим подсчетам к понедельнику вы должны полностью оклематься, но если лучше не станет, да, то в понедельник вызовите терапевта на дом, участкового, я то дежурный врач…бронхиальной астмы нет? язвы желудка? Д.: …(отрицательно мотает головой)…вообще такое может быть от невралгии, да? В.: невралгии? … ну это больше на ОРВИ похоже, сейчас еще вашу спину посмотрим Д.: на ОРВИ? В.: ыгы Д.: я вообще болела, у меня не было таких болей В.: ну Д.: так а что у меня все болит то? В.: сейчас еще посмотрим … посмотрим …(звонит мобильный телефон, врач отвечает)…так, Курчатова…Курчатова, ыгы…все, а там что?... все, вызов принят … ау, это адрес скажите…дадада…Тамбовская…а, 39, квартира какая? 37? все, вызов принят… сейчас укольчик поставим, еще спину вашу посмотрим…ну, вообще, скорее всего как, то есть, банальное ОРВИ…да… Д.: мышцы? В.: а когда высокая температура, да… поворачивайтесь… ягодичку освобождайте… Д.: можно стоя? В.: да можно стоя, ыгы…значит, укольчик немного болезненный, но после него вам станет заметно лучше, ну коктейль из анальгина с димедролом … потерпите Д.: оаай! В.: потерпите… все, ваточку прижмите Д.: ой, ужас какой В.: зато буквально минут через 20 у вас температура будет 36 и 6, самочувствие заметно улучшиться… так, теперь по поводу лечения, кашля нету, насморка нету?	

		Д.: я трубку возьму? В.: да пожалуйста Д.: мама, врач пришел, я тебе перезвоню В.: ыгы, значит кашля не было, горло не болело? Д.: было, горло болело, но это было сколько… по-моему с выходных с прошлых, но я как то вылечилась и нормально В.: ыгы Д.: температуры не было раньше В.: температуры не было, сейчас не болит ничего? Д.: неа В.: так, сейчас еще встаньте, я вашу спину гляну, невралгия это или нет… ага Д.: еще позвоночник болит В.: травмы были? Д.: нет, травм позвоночника не было В.: ыгы, работа сидячая? Д.: нет В.: так, смотрите, я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно, говорим…тут больно?... тут? …тут? … вот так? Д.: нет… нет… здесь больно В.: вот здесь вот больно? Д.: да… аааа! В.: вот так вот тоже больно, да? ну понятно, значит я вам сейчас напишу чем полечиться и будете жить долго и счастливо Д.: эээх… невралгия? В.: ну невралгия это вам бонус к ОРВИ…вылечите основное заболевание и спина болеть перестанет Д.: осложнение, да? В.: ну это не осложнения, смотрите, когда у человека высокая температура и в принципе организм ослабленный, соответственно, и эта болезнь … бывает, так что это нормально, то есть мышцы, кости болят всегда. значит чем будем лечится, во-первых, противовирусный препарат, например, циклоферон, можно любой другой… по схеме, там в инструкции все подробно расписано Д.: ыгы В.: сейчас горло не болит? Д.: нет В.: дальше, обильное питье…дальше амбраксол…значит, в дозировочке 30 миллиграмм, принимать одну таблеточку 3 раза в день на протяжении 7 дней… дальше, температуру до 38 градусов не сбивать Д.: до 38 не сбивать? В.: да, ну тем самым вы ослабляете собственный иммунитет, сбивая температуру, ну что в общем то не хорошо, так, дальше, при температуре 38 и выше сбивать ибупрофеном… что-что? Д.: мама давала …(неразборчиво название препарата) В.: лучше стало после него? Д.: ну нет, я меня вообще были какие то судороги В.: ну это от температуры Д.: я трясусь и у меня еще В.: у вас мама уколы ставить умеет? Д.: да В.: хорошо, тогда давайте я вам еще … оставлю вот такой вот коктейль, тут анальгии и димедрол, это то что я вам поставил… то есть если будет высокая	

		температура, которая не будет сбиваться таблетками, смешать в одном шприце и колоть, также в мышцу Д.: спасибо В.: так…вот, это лечение Д.: большое спасибо В.: большое пожалуйста, не болейте. значит, смотрите, если лучше к понедельнику не станет, да, тогда либо вызовите терапевта на дом, либо сами в поликлинику придете, ну и дальше либо на больничный, либо там подкорректируем лечение, снимочек сделаем и так далее. все, не болейте Д.: спасибо большое В.: пожалуйста, ампулки сутки не выбрасывайте Д.: почему? В.: ну смотрите, если будете еще раз скорую, к примеру, вызывать, то им показать, сказать – вот это лекарство мне кололи	
3	Начало 10.08 Едем к постоянному клиенту – пожилая женщина Л., которая вызывает врача каждую смену. В. набирает на домофоне номер соседней квартиры, нам открывают дверь. Дверь в квартиру старушки открыта, мы заходим, пациентка спит на диване под одеялом в зале. Врач будит ее планшеткой. Пациентка испуганно просыпается. Смотрит на нас с непониманием, потом жалуется на боли в животе. Врач просит показать живот, ощупывает его, надавливая в некоторых местах. Женщина начинает вскрикивать. Врач, обращаясь ко мне, говорит, что у нее температура, также он нащупал какие то уплотнения. Врач готовит укол, просит старушку подготовить ягодицу, ставит укол. Окончание 10.11	В.: здравствуйте! Бабушка: ой! В.: вызывали? что случилось? рассказывайте Б.: я…я … (неразборчивое бормотание) В.: что беспокоит? Б.: у меня живот болит В.: показывайте живот Б.: голова болит, все болит В.: живот показывайте… ыгы… значит смотрите, я сейчас буду надавливать, если будет больно или неприятно говорим, хорошо? … тут больно? … (обращаясь ко мне) …температура у нее Б.: тут больно! В.: тут больно… Б.: тут больно… очень больно! В.: ыгы… ыгы… Б.: очень больно доктор! В.: …кстати тут…сейчас, сейчас… Б.: ах…ах…тут больно сильно! В.: сейчас я вам укольчик поставлю, вам будет легче! ягодицу готовьте!... Б.: … доктор, откуда то вас Бог послал!...помогите ради Бога! я брошенный человек, куда обращаться не знаю В.: ягодицу готовьте!! Б.: ой…болючий какой…ойойой…айайайойойой В.: ваточку прижмите!... все, сейчас после укола станет легче! Б.: спасибо, деточки, милые! В.: пожалуйста, не болейте! живите долго и счастливо! Б.: даруй вам Господи доброго здоровья Я: не болейте, всего вам хорошего	Врач ставит укол дистиллированной воды, получилось довольно болезненно, но пациентка осталась довольна.
4	Начало 10.23 Дверь открывает пожилой мужчина С., лет за 70. Проводит нас в комнату, там на кровати в ночной рубашке сидит пожилая женщина Б. Врач присаживается на стул рядом с кроватью старушки, я сажусь в кресло, мужчина стоит в дверях. Врач опрашивает женщина, она жалуется на	В.: здравствуйте! давно я у вас не был С.: правда? здравствуйте Б.: здравствуйте! доктор пришел В.: чем порадуете сегодня? Б.: сегодня?... да пока ничем не порадую В.: вызывали зачем? Б.: плохо себя чувствую В.: плохо себя чувствуете? Б.: да…дела мои плохие… лежу, все лежу С.: вот вам, чтобы на пол не ставить (приносит табуретку, на которую я ставлю медицинский чемодан) Б.: а что, еще двое?	Врач рассказывает в машине, что это еще один постоянный пациент, правда он у них давно уже не был.

	плохое самочувствие. Врач измеряет ей давление. Ставит укол обезболивающего в ягодицу. Окончание 10.26.	Я: да нет, только мы двое В.: сейчас что-нибудь беспокоит или все как обычно? Б.: а?! … голова беспокоит… очень С.: сегодня ночью было плохо у нее… пришлось вставать В.: голова то болит? Б.: болит В.: ну смотрите, давление сейчас как у призывника, давайте я обезболивающее поставлю С.: ага Б.: сколько давление? В.: 120 на 80! отличное давление, даже у меня выше Б.: я выпивала сегодня утром…но я плохо чувствую, доктор… В.: ягодицу готовьте! С.: ахахааха (посмеивается) В.: сейчас полечим Б.: я без штанов В.: ничего страшного, меня очень сложно этим удивить Б.: вот так устраивает? В.: да, отлично! С.: так, вам, наверное, полис надо? В.: нет, мне ничего не надо С.: не надо? В.: нет, я вам на слово верю. Все, ваточку прижмите. значит смотрите, сейчас после укольчика легче станет, ну и вообще участкового терапевта надо, ко мне вопросы есть у вас? претензии, пожелания? Б.: нет В.: все, замечательно, тогда не болейте, всех вам благ	
5	Начало 10.37 Вызов на труп, дверь открывает пожилая женщина, соседка покойной. В комнате лежит мертвая, очень старая женщина. В комнате неприятный запах, похожий на запах экскрементов. Стоит пачка памперсов для взрослых, видимо покойная не ходила. Покойная накрыта простынею с головой, врач понимает простыню, смотрит на лицо покойной и закрывает обратно. Лицо перевязано ленточкой (чтобы закрыть рот, поясняет соседка). Врач не прикасается к покойной. Врач спрашивает, когда умерла покойная, чем болела. Женщина отвечает, что умерла два часа назад, у нее был сахарный диабет, давление. Соседка говорит, что дочка покойной пошла в поликлинику. Врач уточняет, где карточка		

	покойной, соседка говорит, что в больнице. Врач желает соседке не болеть. После чего уходим. Окончание 10.39		
6	Начало 11.03 Дверь открывает пожилая женщина лет 60, проводит нас на кухню. Жалуется на боли в животе, рассказывает про все свои заболевания. Врач измеряет давление, температуру, ставит укол, дает таблетку. Врач пишет план лечения. Окончание 11.09	Ж.: (из-за двери) кто там? В.: врач!... врааач!... здравствуйте! Ж.: здравствуйте В.: куда проходить? … ну куда скажите, туда и пойдем Ж.: ну на кухню пойдемте… всю ночь не спала, с боку на бок… болит, рези и боли… все болит В.: что болит? Ж.: вот живот! все болит, здесь боли, а вчера я ходила, я вчера же была в больнице, анализы брала, ну вот, у меня раз там живот скрутило, я пошла быстро к Маргарите Сергеевне, забрала анализы, вот думаю, надо бежать скорее домой, у меня как скрутит живот, сразу у меня понос В.: ыгы…ыгы…ыгы-ыгы… Ж.: я домой бежала, бежала, и ничего, живот скрутило и весь вечер, вот с 6 вечера все вот тут вот режет, болит и … В.: лекарства никакие не принимали? Ж.: потом начало тошнить, ну … эти… обезболивающие эти… как они…начало тошнить, меня вырвало, колбаса прям вот так во, как половинки, и творог В.: ыгы-ыгы Ж.: и все тошнит, тошнит меня, рвет, я пальцы туда, думаю побольше вырву, вырву. и так вот всю ночь промучилась В.: температура не повышалась? Ж.: у меня давление, почему меня тошнило, у меня давление 160 на 100, у меня и черепное и такое давление В.: давайте ручку ко мне поближе Ж.: голова кружится, давление, куда я пойду одна В.: сейчас полечим, будете жить долго и счастливо Ж.: ага, живот вот болит, режет, это боли то такие, и В.: в туалет то давно ходили? Ж.: да вот, я уже забыла В.: вчера ходили? Ж.: вчера не знаю, ходила с утра или нет… так… у меня часто, я и по 2 раза в день могу, когда могу день и не ходить, я сейчас поела кашки, вон маленечко поела кашки В.: ыгы Ж.: вчера вечером так и не ела, такие боли… колбаса это, наверное, отрава В.: ну да, 160 на 100, это по вашим меркам высокое? Ж.: а у меня всегда утром, я встала 150, 160 В.: так, градусник себе поставьте Ж.: 150-160, а…это, потом после обеда, то погода эта вот, как меня это… в сон тянет сразу, спать надо, как дождь начинается… давление это постоянно В.: сейчас температурку померим Ж.: черепное давление, я же ездила в областную делали, черепное давление, не могу вниз наклоняться В.: сейчас тошнит? Ж.: ну сейчас не тошнит, а кашки поела В.: лучше, да, стало? Ж.: уснула, а то я голодная, у меня же сахар, надо	Заметно как женщина утомила врача обилием не нужных рассказов, женщина не отвечает на вопросы врача, словно бы изливая поток жалоб и рассуждений в режиме монолога. Врач к концу посещения пытается ее перекричать, по нескольку раз повторяет одно и тоже. Когда выходим на улицу, врач говорит мне, что это типичный случай, когда с человеком работать не хочется.

		кушать В.: а, понятно Ж.: ну В.: так, сейчас мы вам укольчик поставим Ж.: и сахар, дисбактериоз у меня, столько болячек В.: ягодичку готовьте Ж.: таблетки эти я… я пью таблетки то, пила…а сейчас я … две выпила … с этим…с …с …слабительное две таблетки В.: ыгы-ыгы Ж.: может, в туалет схожу, вот это В.: так, ягодичкой ко мне повернитесь Ж.: эти рези, коли, думаю пройдут, а они это… В.: сейчас я укольчик поставлю, спазмалитик Ж.: … и меня там в сон, в сон и в сон, там … а что же у меня с животом такая резь, боль В.: ваточку прижмите Ж.: рези, боли, и все анализы то я сдала В.: ыгы Ж.: она мне еще, Маргарита Сергеевна, говорит надо побольше воды пить, я говорю я и так эту воду пью и пью, у меня сушит во рту сахар этот, я много воды пью В.: и вот эту таблеточку под язык Ж.: анализы то посмотрела В.: так, ладошечку дайте, это каптоприл Ж.: я от давление выпила сейчас В.: ыгы Ж.: от сахара В.: все, давайте градусник Ж.: кашу поела, от сахара выпила, две таблетки эти вот В.: все, температура у вас в норме Ж.: да В.: значит, смотрите, я вам сейчас напишу чем полечиться Ж.: вот это вот В.: ыгы Ж.: (неразборчиво) В.: значит смотрите, сейчас я вам поставил укольчик, вам после него станет легче, да, вот укольчик я вам поставил (показывает женщине ампулу) Ж.: …вот так вот гладила… В.: и сейчас я вам напишу таблеточки, которые Ж.: … всю ночь живот вот так вот гладила-гладила В.: … попить, сейчас я вам говорю напишу таблеточки, которые надо будет попить и все станет хорошо Ж.: я еще когда работала этим, лифтером, там у нас, в этих корпусах, мне там такая врач маленькая, хирург, Ирина, и вот у меня так тоже, внизу, в лобке, заболело-заболело, острая боль, попросила ее, она мне посмотрела, сказала что то у вас в малом тазу В.: ыгы Ж.: …боли, у меня часто так боли бывают В.: значит, смотрите, чем надо будет полечиться, ношпа, одна таблетка три раза в день на протяжении 7 дней Ж.: как живот заболел вчера, я пила одну В.: я вам сейчас укольчик поставил, от него толку больше будет, да, и продолжайте ношпу, 7 дней пропейте 3 раза в день, и все будет хорошо Ж.: ну куплю, у меня дисбактериоз как начнется, я	

		лапирин, 1-2 таблетки В.: ыгы Ж.: и ношпу пью, она такая горькая В.: ну да, есть такое, так ко мне вопросы еще есть? Ж.: вот это вот живот не пройдет? В.: ну смотрите, укольчик я поставил, поэтому пройдет, если не пройдет, вызывайте повторно, ну и там уже решим вопрос с госпитализацией может быть, но пока нет Ж.: вот что такое то, болит здесь вот то, вокруг живота всю ночь вот так вот гладила, с бока с бок, прыгала-прыгала, всю ночь не спала, ну вот тошнит, и сегодня тошнило В.: ну сейчас станет легче, я вам таблеточку от давления дал, и от боли в животе я вам поставил дротоверин Ж.: дротоверин я пила от (дальше неразборчивое бормотание) В.: до свидания… не болейте…	
7	Начало 11.56 Дверь открывает молодой мужчина, лет 25, в трусах. Квартира-студия, проходим в комнату, он садится на кровать, врач присаживается на кресло рядом с кроватью, я стою. Рядом с кроватью стоит ведро, т.к. мужчину тошнит. По комнате бегает кошка и постоянно мяукает. Мужчина жалуется на очень сильную головную боль, говорит тихо и невнятно. Врач спрашивает, как часто у него это бывает, и не употреблял ли он накануне алкоголь. Мужчина отвечает, что бывает раза два в год, вчера выпил только стакан медовухи. Врач измеряет давление. Ставит укол, мужчина громко кричит от боли. Врач пишет план лечения и рассказывает, что нужно сделать мужчине. Окончание 12.01	В.: часто бывает такое? М.: нууу… как сказать…у меня так бывает очень редко эта тема В.: но метко? М.: да… просто это…оно вышибает меня… мне советовали сходить … (дальше тихо и неразборчиво)… В.: а сейчас что сильнее всего беспокоит? боль головная? М.: накатывает с утра…хотя бы в глазах не темнеет от нее В.: все, сейчас поставим вам укольчик еще обезболивающий…и напишу еще чем полечиться, подходит такой вариант? М.: да… конечно В.: значит, смотрите, план ваших дальнейших действий будет выглядеть примерно так. во-первых, таблеточки…пока пить не надо, то есть начать надо с чего, дома тонометр есть? М.: ну… нет В.: надо по-хорошему завести, да, тонометр, и понаблюдать за давлением за своим. то есть давление мерить 3 раза в день, да, и ведем дневничок наблюдения за давлением, да. чтобы понять вообще, скачет оно или не скачет. в чем причина этого … дальше при повышении давления, принимать таблеточку каптоприла, знаете, да, такое? М.: угу В.: ну и хорошо, при повышении… в дозировке 0025, под язык ложится и рассасывается М.: мдаам В.: дальше, диета номер 10, это значит на какое то время исключить острое, соленое, сыр, кофе и шоколад. и запишитесь к своему участковому терапевту, чтобы дообследоваться. по телефону 124, это единая регистратура. так, сейчас укольчик поставим М.: а сыр как связан с давлением? В.: сыр? а он за счет ферментов, которые в нем содержаться повышает давление сам по себе, вот такая злая ирония М.: (обращаясь к кошке) эй! чего ты разоралась? В.: все, ягодичку готовьте М.: ягодичку?	Потом врач говорит мне, что у мужчины давление нормальное, причина болей не в этом, но определить точную причину у него нет возможности. Поэтому в карточке он пишет в качестве причины повышенное давление и назначает лечение от него.

		В.: ну да М.: внезапно В.: да нет, довольно традиционно М.: хых (усмехается) … я даже не знаю, как подготовить то, стоя или? В.: можно стоя, можно лежа, мне без разницы М.: блин, я тогда лучше лежа В.: все, договорились, я не возражаю, значит, укольчик достаточно неприятный, но после него вам станет заметно легче. сегодня за руль планируете садиться? М.: нет, не планирую… ооооуу! В.: спокойствие … все, ваточку прижмите М.: ау … так больно В.: вот смотрите, сейчас вам станет в общем то лучше, да. в течение получасика ориентировочно, ну и дальше жить долго и счастливо, дообследоваться у терапевта и всех вам благ. ко мне вопросы, претензии, пожелания есть? М.: нет В.: значит, ампулу сутки не выбрасывать, если будет снова плохо, вызываете 03, бригаде ампулу показываете, мол, такое лекарство уже вводили, понятно, да?	
8	Начало 12.13 Дверь открывает пожилой мужчина, показывает на пожилую женщину, лет 70, которая стоит в коридоре. Женщина молча ведет нас за собой в спальню, также молча дает врачу свою толстую медкарту. Врач смотрит карту женщины и спрашивает, что беспокоит. Женщина жалуется на давление и боли в почке, при этом добавляет, что наелась вчера соленой пищи. Врач измеряет давление. Пишет на листочке план лечения. Женщина перебирает в большой коробке упаковки лекарств, которые есть у нее дом. За стенкой слышно как шумят дети. Окончание 12.19	В.: здравствуйте! кто у вас болеет, кого лечить? М.: а вон, проходите В.: здравствуйте … чем вам помочь? … ыгы… вас из больницы выписали недавно? … вы присаживайтесь Ж.: Ален, там принесите табуретку… Таня, принеси табуретку В.: сейчас что беспокоит вас? Ж.: у меня ночью почка правая заболела В.: ночью почка правая заболела Ж.: но я вчера соли наелась В.: соленого наелись, да? Ж.: у уже вспомнила утром, думаю, Господи, чего ела В.: ыгы-ыгы Ж.: знаю же что нельзя, сожру нет…и давление поднялось, все к одному В.: сейчас то болит? Ж.: ну сейчас то нет, мне укол поставили В.: скорая приезжала, укол поставила, ампулу сохранили? Ж.: ой, нет В.: не сохранили, а не помните название? Ж.: нет В.: давление померяем… (обращаясь к мужчине, который принес табуретку) а у вас после скорой ампулки не сохранились? М.: я их выбросил уже, в мусор Ж.: а они там в перчатке? М.: нет, не в перчатке В.: ну ладно, Бог с ним… значит смотрите, я вам сейчас напишу чем полечиться и будете жить долго и счастливо, подходит такой вариант? хорошо Ж.: у меня все лекарства есть еще В.: лекарства все есть Ж.: а от этого …панио… пило…пиелонефрита нет ничего В.: значит, смотрите, я сейчас напишу чем полечиться и будете жить долго и счастливо. значит, смотрите, первое с чего стоит начать, это	

		понаблюдать за давлением, понятно, да? контроль …(пишет на листочке) контроль АД, это значит давление меряем 3 раза в день и ведем дневничок наблюдения за давлением, чтобы понять как оно у вас скачет, понятно, да? дальше, при повышении давления принять таблеточку каптоприла, есть такой? Ж.:…не, у меня лазан (дальше неразборчиво перечисляет названия препаратов) В.: ыгы… ыгы …значит, еще заведите дома каптоприл, это препарат скорой помощи, если давление подскочило, то его под язык, понятно, да? Ж.: угу В.: дальше, очень важный момент для вас, это диета номер 10, это исключить острое, соленое, сыр, кофе, шоколад Ж.: а у меня эти … бумажки, они все красивые В.: ыгы, ыгы Ж.: посмотришь… больше нечего В.: ыгы… и консультация участкового терапевта, я то дежурный врач, да, а надо будет вам потом записаться к своему терапевту и с ним пообщаться по поводу дальнейшего лечения, хорошо? значит, и по поводу боли в почке, да, значит, препарат ношпа … принимать 1 таблеточку 3 раза в день на протяжении 7 дней, пропьете, чтобы спазм снять и все будет хорошо Ж.: угу В.: так, ко мне вопросы есть? Ж.: …(читает то, что написано врачом на листочке) ношпа…так… В.: ыгы Ж.: ну все понятно В.: все лечитесь, всех вам благ	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Интервью

Интервью 1
06.12.2015 г.

Я.: Расскажите про тот случай, когда Вы поставили диагноз парню, чтобы не вызывать «Скорую» на себя.

Врач: у которого пневмоторакс был? Ну, история была достаточно короткая, но яркая, приехал на вызов, там молодой парень 20 лет, скрючившийся, скорчившийся, бледненький и жалуется. Говорит, что сидел в ванне и внезапно одышка, боль в груди, тяжело дышать, собственно говоря, молодой человек сказал, что у него присутствовали проблемы с позвоночником, что навело на мысль об остеохондрозе. Но одышка и внезапность появления больше говорила за пневматорекс, подозрение, что это пневматорекс появилась практически сразу, но пациент от госпитализации отказался, потому что не хотел ехать в ГКБ № 25, после чего я его переназначил на следующий день, сделал рентген, подтвердил диагноз пневматорекс и госпитализировал уже в специализированное отделение

Я.: а вот ты рассказывал, что поставил ему один диагноз, более «оптимистический», потому что нужно было вызывать на себя скорую, а ты не хотел этого делать

В.: а, ну история простая, учитывая то, что мне не хотелось с ним возиться, учитывая то, что вызовов было много и их надо было отработать… я сразу начал… у меня сразу возникла мысль, что это пневматорекс, но я стал активно подталкивать пациента к тому, чтобы он принял диагноз остеохондроз как основной и… по сути отказаться от госпитализации его подтолкнул я, потому что если оформлять госпитализацию, это значит вызывать на себя бригаду скорой помощи, а если вызывать бригаду скорой помощи, то так как мы с ней, со скорой, постоянно враждуем, лучше их лишний раз не тревожить. Потому что если их лишний раз потревожить, то они потом могут закидать вызовами, что будет очень плохо. Я поставил ему достаточно легкий диагноз, хотя догадывался, что не он. Но на следующий день его переназначил, чтобы уточнить диагноз.

Я.: т.е. можно сказать, что такая конкуренция между службами…

В.: снижает качество работы и подталкивает к тому, чтобы лишний раз не напрягать скорую

Я.: ага, а расскажи еще, мешают ли вам автомобили и пробки?

В.: а, ну так как район достаточно большой и всю зону покрытия должны обслуживать две машины и два врача, но в суровой действительности одна машина и один врач, а машины мешают, но большей частью мешают не столько машины, проблема с доставкой в труднодоступные и отдаленные районы, которые плохо чистятся. В основном проблема возникает со шлагбаумами, все дворы перекрыты и зачастую приходится по морозу, минус тридцать, ты с чемоданчиком и в легкой одежде идти два-три дома, чтобы попасть на вызов. Пациенты, естественно, шлагбаумы не поднимают, ну и естественно, дождаться, допроситься, чтобы подняли шлагбаумы не реально. На административном уровне эту проблему тоже решить не получается.

Я.: т.е. этот фактор тоже влияет на качество обслуживания?

В.: да, конечно, потому что когда ты тратишь больше времени, чтобы дойти до адреса, ты впоследствии компенсируешь это время за счет более быстрого обслуживания, а более быстрое обслуживание, значит более низкое качество.

я.: и вот расскажи про свои топ три самых идиотских вызовов

В.: а ну тут собственно три дурацких вызова. Смысл какой, почетное третье место занимает… ситуация была такая, конец рабочего дня, там остается 15 минут до сдачи смены и вдруг поступает вызов – температура. Ну я думаю, температура так температура, приеду на вызов, уколю анальгин с димедролом в мышцу, собью температуру и радостный поеду домой. Но ситуация оказалась чуть-чуть интересней. Приезжаю на вызов, там сидит… ну не знаю, дед-мужик, ну лет так 50, у него один градусник под мышкой и два лежит рядом. Я говорю: что температурка? Он говорит: проблема то в чем, у меня есть градусники, я ими померил, я чувствую температуру, а градусники ее не показывают. Вот, собственно, он вызвал меня затем, чтобы я приехал и перемерил ему температурку. Ну а для справки, один вызов бригады скорой помощи обходится казне в 1600 рублей.

Я.: а в итоге?

В.: а итоге, если бы у меня было побольше времени, чтобы провести «карательную медицину», я бы ему ректально померил температуру, но так как я все таки я торопился, я ему быстро засунул градусник, быстро померил, там было 36 и 6, и я радостный уехал. Вот. Почетное второе место занимает женщина с форточкой. Ситуация такая, приезжаю на вызов, жалобы на затрудненное дыхание, в общем то типичная ситуация, подозреваю либо пневмонию либо бронхиальную астму. Но нет, оказалось еще интересней. Приезжаю, поднимаюсь, звоню, открывает шкет лет13-14, я говорю – где такая то такая то. Он такой: да вон там вот, и махает рукой в сторону. Я такой, ну ладно, прохожу в комнату. Там лежит бабулька. Я говорю: че бабулька. дышать тяжело? Она такая: да нет нормально. Я, дак тут написано вам трудно дышать. Она такая: душно мне, ну и мол форточку откройте. У меня просто не было слов, я молча открыл форточку. Говорю, еще вопросы, пожелания в плане обслуживания есть. Она говорит, не, нету, все спасибо. После чего я ей сказал, вы это, если холодно станет, вызывайте повторно, мы вам форточку то закроем. Вот это почетное втрое место. Ну а почетное первое место занимает замечательная история. Приезжаю на вызов в частный дом, в талоне написано головокружение. Ну думаю, замечательно, сейчас назначу бабуле лечение, пусть пьет таблеточки и живет долго и счастливо. Приезжаю, захожу, там бабуля. Говорю бабуле: че бабуля, мол, голова кружится? Она говорит, да нет, кружится конечно, но таблеточки пить не буду. Я такой – ыгы, значит укольчик поставим, сам уже прикидываю, сейчас ей воды для инъекции наберу, чтобы уже быстрее от нее отделаться. А она – не укольчик тоже не надо. Я говорю, так бабуль, вызов есть, головокружение есть, че надо. Она говорит: да это, милок, все просто, у меня голова кружится, я на табуретке стоять не могу, ты мне можешь лампочку в сенках поменять? Ну я прикинул, что если я еще сейчас пошлю, необоснованно, то она снова через 20 минут опять бригаду вызовет, и они то уже ей точно поменяют. Ну, я сделал это сам, чтобы лишний раз не нагружать коллег. Еще были интересные случаи. Приезжаю на вызов, опять частный дом, зима, открываю дверь в сенки, в противоположном конце сеней сидит мужик в трусах, с топором. Начало истории было замечательное: я говорю кто такой то такой то. Он не отвечая на мой вопрос, молча, замахивается топором и начинает бежать в мою сторону. Но я бегал быстрее, поэтому добежал до машины, сел и уехал. И, естественно, чтобы не тратить время, заявлять в полицию и так далее, я не стал. Ну вот, что там еще из ярких кадров было? Периодически бывают попытки нападений на вызовах. При чем был случай, когда на меня напал пациент, я от него отбился, и впоследствии правоохранительным органам еще чуть ли не полгода доказывал, что это я отбивался, а не на него нападал.

Я.: вот ты практически всегда заканчиваешь разговор фразой «есть претензии, пожелания…»

В.: да, я всегда заканчиваю фразой «есть вопросы, претензии, пожелания, рекомендации» и так далее. Это сложилось, как реакция на тот самый случай, когда меня пытались засудить. Эта фраза направлена на что? То есть, быстро уйдя, мы, конечно, экономим время, но, тем не менее, есть риск, что пациент потом перезвонит, пожалуется, скажет, что, мол, меня обслужили плохо, я не доволен. И придется повторно ехать на вызов, ну или там отписываться от жалоб, чего не хочется. Ну это что-то вроде уловки на психологическом уровне. Я всегда спрашиваю «вопросы, претензии, пожелания есть?» Обычно звучит ответ нет. Если звучит вопрос, ну приходится на него быстренько ответить, и снова спросить это. И так пока не получу утвердительный ответ «нет». И после этого я с чистой совестью уезжаю, и в случае, если будет жалоба и разбор полетов, очная ставка и так далее, я всегда могу сказать: я в конце спросил «вопросы есть?», вы сказали «нет», я спросил «претензии есть?», нет, почему сейчас появились? Вот это такой способ самозащиты что ли.

Я.: еще случаи не вспомнил что-нибудь?

В.: а, были случаи, когда в подъезде у меня пытались чемодан отобрать. То есть иду я по подъезду. Группа молодых людей, черт его знает чего они от меня хотели, ну в общем сказали: «доктор, дай чемодан», вот. В результате группа молодых людей осталась лежать на лестничной площадке, а я дальше пошел на вызов. Когда я вышел с адреса, ребят уже не было. Ну вот пожалуй все интересные истории.

Я.: а ты долго работаешь фельдшером?

В.: я работаю, сразу после окончания начал работать, итого уже 6,5 лет

Я.: а вот именно на неотложке?

В.: на неотложке я работаю два года, первые два года я работал в кабинете, спокойной тихой работой, где мне не приходилось выписывать больничные, где не приходилось толком то назначать лечение и так далее, то есть полный релакс. А это должность врачебная, соответственно, и спрашивают как с врача, и ответственность как с врача.

Я.: а вот самые распространенные диагнозы какие?

В.: три самых ходовых диагноза – это ОРВ, особенно в период эпидемий, остеохондрозы, и артериальная гипертония, причем гипертоники – это, как правило, одни и те же клиенты, которые изо дня в день вызывают, а ну еще часто встречается диагноз либо дисциркуляторная энцефалопатия, ласково именуемая нами как ДЭП, либо ХЦВБ (неразборчивые слова), т.е. это когда у старушек мозг не дополучает кислород…

Интервью 2
23.02.2016

1) Я.: то есть смотри, вот, он звонит, ну пациент…

Врач.: т.е. пациент звонит или звонит, как правильно там, и говорит, мол, хворь у меня… он звонит либо в единую регистратуру, либо в поликлинику непосредственно… далее этот вызов распределяется между… т.е. по идеи дежурят там три врача … на вызовах, к примеру, ну сегодня три должно было дежурить, но т.к. машина одна, вся затея теряет всяческий смысл, по большому счету, потому что хоть их там 10 человек, да…

Я.: ну понятно, это не сильно меняет ситуацию, почему машина одна?

В.: потому что Минтранс жопит и не дает больше машин

Я.: а в будние дни, тоже одна?

В.: в будние дни одна машина на неотложке, и две машины на детстве, ну на детской неотложке, прикинь, еще существует детская неотложка

Я.: т.е. детям отдельная неотложка

В.: ыгы, да, отдельная машина, и у них вызовов всегда гораздо больше, поэтому отдельная машина

Я.: ну вот, смотри, они звонят в единую регистратуру, например, говорит, ну болею я, как вот они в регистратуре раскидывают кому?

В.: единая регистратура просто передает в поликлинику и говорит…

Я.: ага, т.е. на районе, да?

В.: ыгы-ыгы

Я.: определяют по месту жительства вашу поликлинику и сюда передает

В.: дададада

Я.: а тут, соответственно, должно быть – вы дежурите и врачиха дежурит?

В.: да-да, но вот сегодня одного из докторов подменяю я, ну и один фельдшер

Я.: смотри, ну а в будние дни по другому?

В.: в будние дни система немножко…

Я.: машина то все равно одна

В.: машина одна, но и работает один врач на неотложке

Я.: а ты здесь сидишь, в кабинете

В.: но там подвох в чем – в будний день вызовов на неотложку меньше приходится, почему, потому что еще часть вызовов распределяется по терапевтам, т.е. как вызов на дом, а здесь все кто идет на неотложку

Я.: а терапевт идет по домам?

В.: да, ну у него там свой районч ик, он всех в соседних домах обошел

Я.: а в выходные получается…?

В.: ыгы, только дежурный врач

Я.: я так понимаю, у тебя главная тактика – это успокоить пациента

В.: успокоить пациента и …

Я.: и приходите в понедельник

В.: ну примерно, или завтра вызывайте врача

Я.: а вот про скоряк, они же звонят в единую и говорят – мне больно

В.: да, они говорят, мне плохо, я умираю

Я.: не уточняют?

В.: да, но, а с другой стороны вызов на скорой, на подстанции, принимают люди с медицинским образованием, и они более-менее могут отдифференцировать вызов экстренный от не экстренного, ну и плюс они там обязаны дать какой то совет. и вот собственно говоря, так они отличают вызова высокой экстренности, средней и низкой. низкая попадает в поликлинику, средняя попадает на линейные бригады, высокая экстренность – это на шоковую бригаду попадает

Я.: ну это все скорая?

В.: да

Я.: смотри, ты часто выписываешь рецепты, одни и те же препараты, т.к. спектр диагнозов я так понимаю довольно узкий, ну кроме вот сегодня мужика с проблемами…
В.: ну да, который внес разнообразие
Я.: почему у тебя нету такого… ну распечатал бы и все
В.: есть
Я.: а почему ты не носишь их с собой?
В.: а очень просто, я совсем недавно вышел на работу, и у меня эти заготовки есть, но их там всего несколько штучек, их просто надо напечатать
Я.: а вот эта фишка: «будем жить долго и счастливо»?
В.: а ну это выполняется задача успокоить пациента, настроить на позитив и так сказать, оставить положительное впечатление после посещения
Я.: я вот заметил, ты, когда говоришь с пациентом, ты говоришь немножко громче, ты не замечал этого?
В.: нет. ну не обращал внимания
Я.: ну понятно, если бабка глухая, но ты все равно стараешься говорить громче и как то внятнее что ли… акцентированей слова произносишь
В.: ну мне хочется, чтобы пациент меня услышал, желательно с первого раза
Я.: а ты всегда так делал или это такая практическая штука?
В.: это, наверное, в процессе появилось …
2) В.: то есть логика в чем, часто написанное и фактически назначенное очень сильно отличаются. ну например, если посмотреть типичный мой осмотр, да, там будет – осмотр кожный покровов, осмотр зева, небных миндалин, изучение носового дыхания, каждому пациенту согласно бумагам, я слушаю сердце, щупаю живот, щупаю дыхание, определяю синдром Пастренацкого, ну и так далее. там, а тем у кого болит спина – симптом Лассега и еще черти что определяю. на самом деле это все неправда, то есть, я это все не определяю, но в карте это все должно быть отражено. что это так-то, так-то, так-то на данный момент, да. т.е. писулька одна, а фактические назначения соответствуют действительности как правило. т.е. я лечу именно от того, чем человек болеет, а в карте пишу вообще зачастую ахинею, малосвязную, потому что у меня, у все пациентов температура ровно 38,2 не больше, не меньше. я вот сегодня 6 больничных выписал, у меня 6 больничных с температурой 38,2
Я.: а почему?
В.: потому что геморрой каждый раз переправлять и в условиях сжатого времени я всем клепаю один и тоже осмотр, расписываюсь, ставлю печать и все. т.е. меняю только даты, вот.
Я.: помнишь, ты говорил, что нельзя назначать больше 3 препаратов за раз
В.: да, по моему это называется полипрагмазия, т.е. назначение большого количества лекарственных средств, вот. это плохо, это не правильно. когда я был студентом, нам говорили, что за раз можно назначать пациенту не более 3 препаратов. я эти слова запомнил, вот. хотя в реальности это не всегда соответствует действительности, потому что некоторые пациенты горстями эти таблетки едят…
Я.: но они едят по собственному почину?
В.: нет, как правило, из-за назначений
Я.: рекомендации?
В.: нет, не по моей рекомендации, если посмотреть лечение ОРВ, у меня там всегда 3 препарата, т.е. остальное это общие рекомендации, типа обильное питье, покой, температуру до 38 не сбивать, диета и так далее, да. а основные лекарства, их не больше 3 всегда, если присмотреться… т.е. если, например, мы лечим ОРВ, то там будет антибиотик, ну в смысле бактериальную инфекцию если лечим, там будет антибиотик, там будет антигистаминный препарат и там будет бронхолитик как правило. ну а полоскание горла я как бы в расчет не беру, потому что он системного действия не оказывает, вот.
Я.: т.е. это не регламентировано?
В.: нет, это не регламентировано, захочу, назначу 20 препаратов, меня за это никто в угол не поставит, медицина вообще наука не точная. но есть как бы какие то стандарты здравого смысла… т.е. вот, например, назначения вот это при остеохондрозе, стандартное… ну вообще практически при любых там…артрозах, хандрозах и так далее, при всех этих болях я назначаю одно и тоже. вот данное лечение, оно является минимальным… по большому счету…базовый препарат, который назначается в таблеточках, он назначается в половинной дозе, в маленькой дозировке, в предельно маленькой дозировке, почему. чтобы свести к риску вред потенциальный, потому что препарат то

на самом деле не витаминки, и как и все препараты, которые мы назначаем, вредный для здоровья. соответственно, я его назначаю в минимальной дозе, чтобы точно от препарата вреда не было, да. а по большому счету, все эти артрозы, хандрозы и так далее, они ну не лечатся, их тупо время лечит. поэтому главное назначение во всем этом – это покой. т.е. таблеточки – это бонус, что человека делом занят. да, и мазь…вот тут очень интересный момент, мазать 4 раза в день на протяжение 2 недель, не один пациент, ты уж поверь, вот в точности эту рекомендацию не выполняет…

Я.: почему?

В.: ну потому что, 4 раза в день там мазать себя… ну ладно если там бабулька, которой особо заняться нечем, она еще может себя роскошь такую позволить, а если человек работающий, ну это же смешно, чтобы он 4 раза в день на протяжении 2 недель мазал. да и себя вспомни, к примеру. то есть и когда, человек потом приходит и говорит, я вот лечился и мне не помогло, то я могу сказать – ааа! вы в точности выполняли все рекомендации? и тут пациент присаживается на задницу…ну я назначаю согласно стандартам, т.е. вот мазюлька назначается так – по большому счету, местное применение препаратов бессмысленное, но пациента надо чем-то занять. т.е. рекомендации им дать должно, хоть какие-нибудь, а оттуда собственно говоря при гипертонии рекомендация, диета № 10. потому что, на самом деле, хоть нас и учили на циклетерапии, что сначала мы пытаемся корректировать давление диетой, потом одним препаратом, а потом комбинациями препаратов, да. но самом деле по большому счету, диетой если там человек не злоупотребляет алкоголем, кофе и так далее, особо то давление не скорректируешь. соответственно, куча всяких назначений типа диеты, типа контроля давления, опять же это чтобы пациента делом занять, т.е. он будет три раза в день себе мерить давление и вести дневничок наблюдения за давлением, по большому счету он и так может нормально сказать, что у меня давление скачет, утром высокое, вечером низкое. но я требую от пациента, чтобы он сидел. мерил, занимался делом, неделю он точно не будет тормошить поликлинику. а потом он пойдет с этим дневником колупать мозг своему участковому терапевту. и это идеальный расклад для меня, потому что я как бы вроде как облегчил деятельность терапевту, потому как человек вел дневник наблюдения на давлением. по идее на основе этого дневника проще подобрать препарат, но справедливости ради – мало кто занимается именно тщательным подбором этого препарата. просто назначают один тупо стандартный набор и как бы не впариваются. но по идее, я как бы задачу терапевту упростил, соответственно, меня укорить в бездействии терапевт не может. я назначил минимальный набор препаратов, вот пресловутый каптоприл, который ты сейчас держишь в руках, да. который является препаратом скорой помощи, он ни хрена не помогает, на самом деле. особенно гипертоникам, которые там 40 лет каптоприл жрут, от него вообще что мертвому припарки. но я обязан его назначить…

Я.: а почему обязан?

В.: ну я ж, что то должен назначить, но каптоприл он самый безопасный из того, что можно назначить, т.е. им ты точно никого не покалечишь, не угробишь. т.е. а если я там… ну буду сходу пытаться подобрать какой-нибудь препарат для постоянного приема и буду их назначать, то есть шанс что я кладбище себе заметно увеличу, вот. потому что там очень много деликатных ситуаций, где там чуть-чуть шаг вправо, шаг влево и фьють, клиент заметно ухудшает свое самочувствие. ну и та же ситуация с ОРВ. там, все эти обильное питье и так далее, это все такие рекомендации, чтобы человека делом занять. т.е по большому счету, лечат ОРВ время и иммунная система, остеохондроз лечат покой и время, гипертонию лечат… да гипертония не лечится, что тут… кому я втираю. ну реально гипертония не лечится, потому что тупо хотя бы причины не известны гипертонии. поэтому что говорить о ее лечении, если… ее можно там в рамки загнать, под контроль взять, но как бы лечением это называть смешно, вот так.

Интервью 3
30.03.2016 г.

1) (Рассказывает о том, как он разработал новую форму документов для осмотра пациентов)

Врач: я подумал-подумал, посмотрел нашу должностную инструкцию, понял, что мы там нихрена толком не должны осматривать. И в точном соответствие с должностной инструкцией была написана эта бумажка.

Я.: это ты разработал?

В.: да, я, от начала до конца. и я эту бумажку пустил в ход, начальство одобрило, и сейчас вообще невпариваюсь, не слушаю никого, ни в горло не заглядываю, нахер это мне нужно. ну только если реально пациент интересный. Тут вот давление, пульс, частота дыхательных движений…

Я.: то есть визуальный осмотр?

В.: нет, тут нет практически визуального осмотра. Фамилия, имя, отчество, жалобы подробно расспрашиваю…

Я.: а вот кожные покровы, лимфатические узлы… (читаю из бумажной формы)

В.: ну кожные покровы – морда красная, бледная или нормальная, без изысков. лимфоузлы по идее щупать надо, ну там если ангина, горло болит…

2) (Обсуждаем с врачом случай женщина с геморроем, Наблюдение № 5, 30.03.16 г., почему врач фактически отделался от пациентки, перенаправив ее к хирургу)

В.: … т.е. если раньше вот всю лабуду, не сильно замудренную, которая в принципе то даже не стоит бумаги, которая на нее тратится я старался лечить сам, ну то есть я тут как только не изгалялся. ну знаешь, я не всегда себя так веду, да, просто бабка не адекватная. но сейчас вот, с такими не адекватами, мне проще к хирургу отправить, пусть ему мозг еб...т, чем мне, согласись? так гораздо удобнее, вот. вообще я даже осматривать не стал, почему, геморрой. вообще по идеи мог, мало того, я даже обычно осматриваю, но тут мне просто этого не хотелось делать, потому что во-первых, пациентка меня к себе не расположила, во-вторых, это не надо, потому что какая в ж..пу разница, геморрой там или нет, пусть хирург осматривает, разбирается. в должностных инструкциях у меня осмотра ж..пы нет. вот. но в качестве оправдания могу привести историю, которая происходила в понедельник вечером. утром приходит мужик. говорит – вам историю целиком или короче, я говорю, давайте покороче, ну хорошо. говорит. мне нужно удалить осколок из руки… заинтересовал. короче, суть истории какова, если коротко, ему там 30 лет назад в руку попал осколок. там сантиметр на сантиметр примерно, листового железа. и как бы он жил с ним, нормально, но тут история в чем, ему надо было срочно пройти МРТ, а с железом в теле МРТ проходить нельзя, он говорит, спасайте. я ему говорю, ну там с хирургом поговорю, он удалим, там операция, он говорит, понимаете, доктор, мне срочно надо, вот прям, кровь из носа. я говорю: ну хорошо, хорошо, вечером приходите, я вам достану…хыхы, вот, в результате у меня вечером тут развернулась полевая операционная, я вспомнил каково это. на самом деле, когда пациент ко мне пришел вечером до меня дошло, что зря я его позвал, потому что, во-первых, нафиг мне этот геморрой, по идее я должен был послать на три веселых буквы, но я этого не сделал, потому что мужик вежливо подошел, мне захотелось ему помочь. в результате я на себя обрушил целую тонну геморроя. я его усадил, сходил к хирургам, взял пинцет, перевязочный материал взял, скальпели взял, накачал его, сделала обезболивание. а там с кистью в чем подвох, в чем основная опасность, в том что там нервы проходят, связок целая куча, причем очень интересно раскиданных, куча…ну кровоснабжается она очень сильно, кисть, на самом деле, тоже самое, что с лицом, вот. ну я так подумал-подумал, ну ладно, назвался клизмой, соответственно,это… усадил, разрезал кожу, я давно ничего не доставал, уже разучился. разрезал кожу, раздвинул кожу, потом там связки, сухожилки, разрезал, раздвинул, достал, начал. уцепился пинцетом, ну представляешь, железяка у него уже 30 лет…

Я.: она вросла уже

В.: да, я ее тык, она эть, эть и не выходит. во блин, че делать? мужик сидит с непроникновенным выражением лица. ну я его перед этим уколол обезболивающим уколом и поставил ему лекарство от кровотечений для профилактики. там кровищи из него не хило вылилось, я запарился промакивать эту кровь. ну ладно. вот, эть-эть-эть, дергаю-дергаю, не выходит. думаю, че делать? хирургов уже нету, вечер, ну думаю ладно, значит надо доделывать. я взял, знаешь, как курицу припарорывал так, чик-чик-чик, чик-чик-чик

Я.: вырезал?

В.: да, и достал. из прилежащих тканей. но благо она там просто в ткани лежала, но конечно, там вросла, там с соединилкой, потом там кровь естественно. так раз нашел сосудик, который кровит, перевязал сосудик, зашил сначала вот этот соединительнотканный слой, потом верху несколько шовчиков наложил…так что иногда я на себя геморрой все таки беру… ну тут на самом деле все зависит от того пациент расположит к себе…

Я.: от эмоционального настроя, да?

В.: да, то есть на самом деле от того как пациент к себе расположил меня очень многое зависит. вот эта девочка Валиулина, она хоть порядком меня духовно подутомила уже…

Я.: а она не первый раз приходит уже?

В.: да, но она обладает очень приятной внешностью, поэтому я не могу удержаться и я лечу ее с удовольствием и не торопясь, вот

Я.: а что у нее?

В.: у нее? даааа…хрен его знает! на самом деле, боли скорее всего, но она бьет себя пяткой в грудь, что это не гастрит и я ищу не гастрит. отправляю ее на анализы, рентген, флюорографию, ЭКГ ей обязательно запишу…

Я.: я вот слушал, ей сколько? 20 лет?

В.: ыгы

Я.: ну в районе, плюс минус, и у нее уже хронические заболевания?

В.: хронические заболевания можно найти у 15летних, т.е. на само деле нет здоровых, есть плохо обследованные

Я.: слава Богу, я плохо обследованный

В.: ну да, хворей то полно, она просто ищет хворей и находит их, то есть если бы она жила и радовалась жизни, то считала бы себя совершенно здоровой

В.: вот такая история… а ну вот опять же история с пневмонией... короче, суть истории. приезжаю я на вызов, 25 числа… не вру 23, неделю назад ровно было. там тетка, сама ходит, сама …

Я.: а ты в качестве терапевта?

В.: да, я в качестве терапевта. сама ходит, сама разговаривает. я говорю, что случилось? она говорит – да вот, я кажись, простыла. а, ну че, бывает. что беспокоит? ну слабость, насморк беспокоит. ага, что-нибудь еще беспокоит? да не, ничего больше не беспокоит. типа, мне ничего не надо, я сама медработник, типа, я сама полечусь. больничный открываем? она – открываем. я говорю по 25, она – не, давайте, по 28, хочу хорошенько отлежаться. ну, не вопрос, вот…вопросы есть? нет. претензии есть? нет. все, замечательно, встал, ушел… дальше…как развивались события дальше

Я.: а ты ее не обследовал?

В.: ну я ей в горло заглянул

Я.: и все?

В.: ну да, я как бы особо впариваться не стал. ну коль человек не хочет, тем более коллега, медицинские работники обычно ни хрена не любят обследоваться и лечиться… эээ, вот…ну как бы я не стал человека насиловать, и свалил восвояси, тем более у меня вызовов целая стопка была, у меня в тот день было 13 вызовов на старте только, вот…ну ладно, и после этого вечером я узнаю, что… приходили ее родственники, закатили скандал, написали на меня жалобу, что ху…во ее осмотрел, что лечение адекватное не назначил, никуда не направил, вот сейчас она лежит в крайне тяжелом состоянии в реанимации, ну я связываюсь с реанимацией, они говорят, не, она в терапевтическом отделении, скорая вечером того же дня ее туда отвезла… я вот сейчас реально думаю, то ли за 6 часов разогналась от ОРВИ до пневмонии, то она очень долго переносила пневмонию? по ее словам, смотри в чем подвох, у пневмонии есть 3 клинических признака, которые есть почти всегда. первое, это одышка, а она не задыхалась, я ее еще спрашивал об этом. второй клинический признак – это температура 38 и 8, которая держится больше 5 дней… и ночная потливость. то есть вот такие 3 признака. первое, что должно в башке щелкнуть – это пневмония. вот. пневмонию можно не услышать, но вот эти признаки будут всегда. у нее ни одного из этих признаков не было. температура была 2 дня, не жаловалась на одышку, ну про потливость, соответственно, речь тоже не заходила. вот… ну так что я впариваться не стал с диагностикой, поставил диагноз ОРВИ и уехал.

Я.: а вот какие-нибудь соображения, почему так могло случиться?

В.: ну, во-первых, она работает в тубдиспансере, поэтому не факт, что там только пневмония, вполне возможно, что там еще туберкулез может быть…легко, ну уже пущай патологоанатомы решают, это раз. два… в принципе, вирусные пневмонии могут разогнаться там за 6 часов реально, от ОРВИ до пневмонии, действительно есть у них такое свойство…

Я.: подожди, а ты говоришь 23 вечером ее уже увезли на скоряке?

В.: да, дадада, ночью доставили… то есть, а я ее смотрел часа в 2 дня…

3) (Обсуждаем процедуру открытия больничных листов во время выездов. Я спрашиваю, почему он с такой легкостью открывает больничные листы, часто только на основе слов пациентов. Врач объясняет, почему проще открыть больничный лист, чем отказать в этом)

В.: то есть если ты не дал больничный, карту надо писать очень тщательно, потому что придраться в случае разбора можно будет. докапываются, это во-первых. во-вторых, пациент, раз идет конфликт, вполне может написать жалобу. жалобы медицинская организация вообще не любит очень сильно. то есть это никому не надо, эти ковры, разборки, без надобности, да. ну и опять

иногда бывает, что у человека похмелье, ну с кем не бывает, что бы ему не дать больничный. да, по идее не должен, но иногда можно и дать. ну в качестве жеста доброй воли, просто, щедро. то есть я сам конечно в лохмотьях, да

Я.: в знак солидарности?

В.: да, дада. а бывают случаи, когда я прям реально пру на принцип и не даю больничный даже человеку, который мне угрожает.

Я.: то есть когда сам пациент сам провоцирует?

В.: да, когда пациент провоцирует, когда что-нибудь типа «дай мне больничный» или еще что-нибудь, то есть тогда я естественно растопырюсь… и … на хамство я обычно реагирую отказом

4) (Разговариваем о различиях между работой в кабинете и работой на выездах)

В.: я работе в кабинете есть как огромное количество плюсов, так и огромное количество минусов, во-первых, очень много бумажной писанины, которой нет на вызовах.

Я.: почему?

В.: потому что тут ты в основном выполняешь административную функцию, и тут пациент сразу видит, что ты ему написал в карте. там ты в карте пишешь потом, уже не помнишь, что именно ты пишешь в карте. поэтому там в принципе вообще по барабану какую ахинею ты пишешь. почти всегда одинаковую. здесь же иногда приходиться, в основном потому что есть возможность, внести разнообразие. опять же, содержание записей в карте гораздо более лаконичное, потому что когда мы на вызове мы – доктор, когда мы в кабинете мы – фельдшер. соответственно, спросу меньше, вопросов меньше, требований меньше. и в любой не ясной ситуации ты можешь сказать, знаете, идите к терапевту, он разберется. в кабинете я не пишу лечение, вообще не назначаю, в кабинете я не ставлю диагнозы практически.

Я.: а вот миловидная учительница?

В.: миловидная учительница… там… бывают такие случаи, когда я пишу лечение по старой памяти, ну тупо потому, что знаю чем лечить, но в тоже время, почему я их пишу. то есть я пишу лечение только тем, кого не отправляю к терапевту, большую часть людей я спихиваю на терапевта. потому что им как правило либо нужен больничный, вот, кстати, еще одно преимущество, здесь в кабинете не надо выписывать больничные, а на вызове надо. в кабинете, если человеку нужен больничный. он веселым, непринужденным темпом идет к терапевту. вот. а на вызове ты все пишешь сам. и за все сам отвечаешь. вот. из преимуществ, которые здесь есть неоспоримых, это то идет огромный потом пациентов, то что сегодня их мало, это ну скорее исключение. если оказаться в этом кабинете в понедельник утром, это прям вообще не фонтан. так вот, идет этот бешеный поток, ты его очень быстро можешь раскидывать, гораздо быстрее, чем на вызове даже. ввиду лаконичности писанины, и в тоже время ты можешь, если пациент какой то действительно или понравился, или заинтересовал, ты можешь его выхватить из этого потока и поработать с ним сам, как следует поработать. что в общем то здорово. на вызове даже если очень захочешь человеку реально помочь, ты не сможешь. вот. а тут за счет всяких бюрократических возможностей, можно направить человека на анализы, записать ему вот тут экг, можно его записать к какому-нибудь специалисту конкретному. на вызове такой возможности нет. ну и тут чаще попадаются перспективные пациенты, то есть те, с кем работать хочется. потому, что на вызове как правило, пациенты либо тяжелые, либо которым от тебя ничего не надо, а здесь обычно либо ипохондрики, либо молодежь, которой нужен больничный. ну то есть здесь контингент более молодой.

Я.: да я бы не сказал, что сильно молодой

В.: все познается в сравнении, опять же здесь бывают тихие спокойные вечера, когда можно лежать и читать книжку на кушетке в процедурном кабинете, попивать чай. кто то попивает спирт, ну в общем время летит неторопливо, непринужденно и с удовольствием. чего на вызовах практически не бывает. ну опять, когда на вызове, ты работаешь за врача, то есть работаешь как врач, 6 часов, а когда за фельдшер, ты работаешь за фельдшера, 8 часов. зарплаты не отличаются практически… опять же работа в кабинете располагает к коррупции очень сильно, реально ест возможность. кстати, недавно скандал довольно интересный был. смысл какой… санитарки промышляли чем, записывали пациентов к специалистам дефицитным. ну то есть смысл в чем там, за 100-200 рублей, они брали пациента, подходили в регистратуру и говорили, мол, запишите вот этого, пожалуйста, запишите. регистраторам похеру, они брали и записывали, вот. а санитарки с этого деньги имели.

Я.: а почему пациенты сами не могли подойти?

В.: а потому что, если они сами подойдут, то там все записи уже как бы расписаны, розданы, а так можно было записать на резерв. по индивидуальной просьбе. индивидуальный подходе здесь очень многое решает на самом деле. вот, от того хотят с тобой работать или нет, реально судьба зависит.

Я.: коррупция в российском государстве

В.: конечно… ыгы…

5) (Разговариваем о том, какие диагнозы ставит врач)

В.: значит, почему я стал статистически самые распространенные диагнозы? почему именно ОРВИ например, при там, боли в горле, кашле, насморке и так далее. все просто. во-первых, у меня уже есть заготовка под ОРВИ, во-вторых, при…если ставишь ангину, то там надо брать мазки, делать извещение СЭС, в общем убивать кучу времени, а это ни тебе, ни пациенту не надо, да. ну по большому счету.

Я.: а если у него окажется у него окажется ангина?

В.: да без разницы, она лечится антибиотиками. не, ОРВИ подразумевает, что там типа вирусная инфекция, а на самом деле я ставлю ОРВИ, да, а лечение назначаю ангины и как бы пациента вполне устраивает то, что он, не зная то, что ему написали в карте, да, то, что провели по статотделу, ему в конечном итоге от хвори вылечили. то есть и все как бы довольны. то есть и мен меньше всякой писаны, и всяких головняков с мазками и так далее. почему я никогда не ставлю в жалобах кашель

Я.: почему?

В.: чтобы если что, я мог обосновать, что я не услышал там хрипы какие-нибудь и так далее, то есть я таким образом себя подстраховываю. то есть, грубо говоря, как в той истории с жалобой, у меня в жалобах даже кашля нету если что. и то, что я ее там, ничего не услышал, это как бы вписывается в клиническую картину, вот. то есть, я может быть и послушаю, там может быть даже хрипы услышу, может быть даже лечение назначу соответствующее, но по карте будет стоять ОРВИ и будет, что там кашля даже у нее не было. потому что мне, ну как бы, лишняя подстраховка. именно поэтому самый статически частый диагноз ставится, ну и зачастую, приезжая с вызова, я уже не помню, что там видел на вызове, да. и поэтому я тупо пишу стандартную заготовку и не впариваюсь вообще. то есть всегда одна и та же температура, всегда одно и то же давление, и жалобы примерно одинаковые.

Интервью 4
20.04.2016 г.

1) (обсуждаем эпизод с мужчиной, который просил измерить сахар)

В.: значит, специфика в чем: у нас кабинет нашпигован всякой специфической измерительной электроники. то есть у нас там и глюкометры, и тонометры для измерения внутриглазного давления, ростомеры, весы и кардиографы, и прочая лабуда, но. есть проблема, да. мне как бы померить совершенно недолго, несложно, мне это не составит труда и займет от силы минуту. но чтобы мне один раз померить сахар, мне нужно сделать записи в трех разных журналах, потом утилизировать полоски, списать и еще перед тем как сахар померить, я должен померить не глючит ли у нас глюкометр. то есть это все займет минут 15 и это на корню убивает желание

Я.: а ты вот в какие журналы записываешь? т.е. ты сначала в первый журнал, ну сахар, например, меряешь, что за журнал?

В.: то есть у нас, к примеру, есть пациент, которому надо померить сахар. он приходит, я его записываю в журнал посещений сначала, да. то есть. в основной журнал, о том что пациент такой то появился в кабинете, это раз. второй журнальчик – журнал процедур кабинета доврачебного приема, этот тот журнал, где мы фиксируем все манипуляции с пациентами, да. мы прокалываем палец – должны отписаться в этом журнале. дальше, есть отдельный журнал глюкометрии, куда мы заносим данные о том, что мы перед использованием глюкометр проверили, опять же делаем запись, записываем показания этого глюкометра впоследствии, и собственно, из такого набора и собирается полное нежелание заниматься всей этой ерундой.

Я.: ну то есть, ты должен вначале в журнале проверки записать, потом должен в журнале, в котором фиксируешь результаты измерений, это два разных журнала?

В.: нет, это журнал один, там графы разные, и еще один журнал на саму процедуру, да. то есть отдельный журнал на то, что я буду палец пациенту прокалывать

Я.: ну понятно, то есть один журнал на то, что ты делаешь самим глюкометром, там проверяешь, второй – что ты делаешь с самими пациентом, и потом это ты еще должен списать, да?

В.: да..да, и потом эти все полоски списываются, причем они там строго списываются и утилизируются

Я.: ну да, дада

В.: понятно теперь куда девается желание творить добро? то есть я иногда пишу, например, экгешки или сахар, пропускаю эту всю часть. Когда пациент меня к себе расположил, опять же. то есть я ему могу записать ЭКГ, просто сам посмотреть пленку, потому что там, ну на самом деле пленка мне говорит больше, чем запись врача функциональной диагностики. потому, что хрен его знает, что там врач написал, ну я реально там половину не понимаю, что там написано. но глядя на пленку, я знаю что вот так выглядит то, вот так выглядит это. мне пленка информативней, чем запись врача функциональной диагностики. я точно знаю как выглядит инфаркт, я точно знаю как выглядит экстрасистол, ну и так далее, все эти изыски.

Я.: то есть ты можешь не ходить, а отчетность? то есть ты не записываешь?

В.: да, то есть я это вообще никуда не записываю, просто записал и все

Я.: а вот то что используется?

В.: это нигде не фиксируется насколько я знаю. ну вот… огромное количество… вот это все журналы (указывает на толстую папку на столе), которые заполняются ежедневно. у нас два журнала, посвященных гигрометрам, измеряющим влажность воздуха. два журнала по кварцевым лампам, ну и так далее.

Я.: отчетность строгая…

В.: она не строгая, она абсолютно расп…здяйская, но все эти формальности…

Я.: кто-нибудь когда-нибудь эти журналы проверяет?

В.: ну да, раз в несколько лет. нагрядывает проверка и мы сидим перед проверкой пишем журналы

Уважаемый пользователь! Обращаем ваше внимание, что система «Антиплагиат» отвечает на вопрос, является ли тот или иной фрагмент текста заимствованным или нет. Ответ на вопрос, является ли заимствованный фрагмент именно плагиатом, а не законной цитатой, система оставляет на ваше усмотрение.

Отчет о проверке № 1

дата выгрузки: 10.06.2016 10:47:04
пользователь: evgvik1978@mail.ru / ID: 3453462
отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат»
на сайте http://www.antiplagiat.ru

Информация о документе

№ документа: 1
Имя исходного файла: Щекотин Е В, 1203 магистерская.docx
Размер текста: 307 кБ
Тип документа: Не указано
Символов в тексте: 366824
Слов в тексте: 51726
Число предложений: 2809

Информация об отчете

Дата: Отчет от 10.06.2016 10:47:04 - Последний готовый отчет
Комментарии: не указано
Оценка оригинальности: 97.39%
Заимствования: 2.61%
Цитирование: 0%

Оригинальность: 97.39%
Заимствования: 2.61%
Цитирование: 0%

Источники

Доля в тексте	Источник	Ссылка	Дата	Найдено в
0.51%	[1] не указано	http://pnp.ru	раньше 2011 года	Модуль поиска Интернет
0.48%	[2] КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ, НОВЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ	http://cyberleninka.ru	08.10.2015	Модуль поиска Интернет
0.46%	[3] Диссертация в печать.pdf (2/7)	http://dissovet.rudn.ru	30.01.2015	Модуль поиска Интернет
0.46%	[4] Здравоохранения новосибирской области приказ	http://kaz.docdat.com	02.10.2015	Модуль поиска Интернет
0.41%	[5] О создании службы неотложной помощи на территории Новосибирской области	http://kaz.docdat.com	02.10.2015	Модуль поиска Интернет
0.34%	[6] С. 615	http://ecsoc.hse.ru	раньше 2011 года	Модуль поиска Интернет
0.33%	[7] С. 425	http://ecsoc.hse.ru	раньше 2011 года	Модуль поиска Интернет
0.29%	[8] МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИКАЗ от 7.02.2013 г. N 299 О СОЗДАНИИ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА	http://regionz.ru	07.03.2016	Модуль поиска Интернет
0.14%	[9] Материалы XV международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых (29-30 ноября 2012 г.) Раздел I. Философские исследования Пермь 2012	http://rud.exdat.com	13.07.2013	Модуль поиска Интернет
0.13%	[10] Диссертация (7/8)	http://research.sfu-kras.ru	30.01.2015	Модуль поиска Интернет
0.13%	[11] Автореферат_Кузенко_20.02.pdf (2/2)	http://dissovet.rudn.ru	30.01.2015	Модуль поиска Интернет
0.11%	[12] не указано	http://soc.lib.ru	раньше 2011 года	Модуль поиска Интернет
0.02%	[13] Текст сборника	http://isras.ru	раньше 2011 года	Модуль поиска Интернет