

Згодна з апытаннем, праведзеным ў 2011 г. Інстытутам сацыялогіі НАН Беларусі, "сапраўдным вернікам" лічыць сябе кожны пяты беларус, і сярод іх да праваслаўя сябе адносяць 57,3%, да каталіцтва – 34,5%, да пратэстанцтва – 3,1%. Пры гэтым на пытанне "Ці былі Вы ў апошнія выхадныя ў храме?" станоўча адказалі толькі 6% удзельнікаў апытання [6]. Таму пры аналізе рэлігійнасці насельніцтва Беларусі трэба выходзіць з пазначаных 6% альбо іншых падобных лічбаў.

Да гэтага дадаюцца рэшткі вельмі моцнай язычніцкай традыцыі, якая існавала на Беларусі. Самае масавае рэлігійнае свята ў нас зараз – гэта Радуніца. Але па тым, як яе святкуюць, можна зрабіць вывад, што гэта – былыя Вясеннія Дзяды ("дзядамі" на Беларусі называюць духаў памёрлых продкаў). Людзі ідуць на могілкі, ядуць там і піюць, і частку ежы і пітва пакідаюць на магілах. Гэта чыста язычніцкі звычай кармлення "дзядоў". Яго рэлігійны сэнс большасць людзей зараз не асэнсоўвае, гэта ўспрымаецца як традыцыя. Але, безумоўна, такія дзеянні знаходзяцца па-за межамі хрысціянства.

Мы лічым, што рэлігія павінна заняць сваё месца ў нашым грамадстве. Адным з асноўных лозунгаў працэсу секулярызацыі было патрабаванне свабоды сумлення: дзяржава павінна прадставіць людзям права рэлігійнага самавызначэння, і яна не можа пазбаўляць сваіх падданных грамадзянскіх і палітычных правоў у залежнасці ад іх прыналежнасці да той ці іншай рэлігіі, царкву неабходна аддзяліць ад дзяржавы. Гэтыя ідэі заканадаўча замацаваны ў канстытуцыях большасці еўрапейскіх краін. У Канстытуцыі Беларусі няма прынцыпу аб аддзяленні рэлігіі ад дзяржавы, але фактычна ён у нашым заканадаўстве праводзіцца.

Такім чынам, працэс секулярызацыі прывёў да змены ролі рэлігіі ў грамадстве. Ва ўмовах светапогляднага плюралізму яна зрабілася справай свабоднага выбару чалавека, які, адпаведна, нясе асабістую адказнасць за свае рэлігійныя погляды, і яны робяцца для яго больш значымі. Мы лічым, што пашырэнне сферы рэлігіі ў нашай краіне – доўгатэрміновы працэс, ён будзе паглыбляцца, і гэта з'яўляецца не толькі паказчыкам, але і фактарам трансфармацыі грамадства.

Спісак цытаваных крыніц

1. Тлумачальны слоўнік беларускай літаратурнай мовы / пад рэд. М.Р. Судніка, М.Н. Крыўко. – 3-е выд. – Мінск: БелЭн, 2002. – 784 с.
2. Философский энциклопедический словарь / Гл. редакция: Л.Ф. Ильичёв [и др.]. – М.: Сов. Энциклопедия, 1983. – 840 с.
3. Новая философская энциклопедия: в 4 т. / Научно-ред. совет: В. С. Степин [и др.]. – М.: Мысль, 2010. – Т. III – 692 с.
4. Слука, А.Г. Нацыянальная ідэя / А.Г. Слука. – Мінск: РІВШ, 2008. – 364 с.
5. Старостенко, В.В. Религия и свобода совести в Беларуси: очерки истории: монография / В.В. Старостенко. – Могилев: УО «МГУ им. А.А. Кулешова», 2011. – 272 с.
6. Опрос: Каждый пятый белорус считает себя истинно верующим. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://news.tut.by/society/279195.html>.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ В СФЕРЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЕ ВРАЧА

А.Г. Пацеева

*Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники,
г. Минск, Беларусь*

Врачевание, как специфический вид деятельности, еще со времен предшествовавшего ему шаманизма было окутано атмосферой таинственности. Пациентам зачастую непонятен смысл врачебных технологий, в которые они вовлекаются, а попыт-

ка самостоятельно проникнуть в их суть без медицинского образования чревато нарастанием недопонимания. В связи с этим основная задача ценностной регуляции профессии врач в социальном пространстве – достижение доверия со стороны пациентов. Реализация этой задачи происходит во многих направлениях – одно из них усовершенствование взаимодействия среди профессионалов. Обусловленный необходимостью высокой медицинской квалификации, адекватный контроль функционирования системы здравоохранения может быть реализован лишь самим врачами.

Внутренний контроль профессиональной деятельности осуществляется в рамках профессиональной культуры и может быть изучен на двух уровнях – институциональном и индивидуальном [1]. На индивидуальном уровне контроль профессиональной деятельности осуществляется в рамках личной мировоззренческой парадигмы профессионала. На институциональном – во мнениях и оценках профессионалов, относительно деятельности их коллег, а также относительно деятельности, реализуемой в рамках сопряженных институтов.

Современная ситуация предъявляет новые вызовы профессиональной врачебной деятельности. Трансформируется общесоциальный смысл профессиональной деятельности врачей, принципы её организации [2]. Профессиональная группа врачей настолько велика и разнообразна, что в зависимости от социокультурного контекста, в котором она функционирует, возникают свои, специфические движущие силы, влияющие на профессиональную культуру врачей.

Для отечественной системы здравоохранения всю совокупность изменений условий и особенностей осуществления профессиональной деятельности, инициирующих изменения ценностей, норм и представлений врачей, условно можно дифференцировать на две группы: 1) внешние факторы, являющиеся следствием развития здравоохранения как одной из подсистем социальной системы, они коренятся в различных тенденциях социального прогресса; 2) внутренние факторы, происхождение которых связано с логикой развития медицинских технологий и лечебных практик. Изменение ценностных ориентаций врачей относительно внутрипрофессионального контроля связано с одним из факторов второй группы, другими словами, с логикой развития организации сферы здравоохранения.

Форма врачебной деятельности все более и более трансформируется от индивидуальной работы отдельного врача к командной работе целой группы профессионалов [3]. По мере роста медицинских знаний и развития медицинских технологий набирает скорость процесс специализации в рамках врачебной профессии. Принятие решения относительно диагноза и лечения зависит теперь не только от опыта и мастерства отдельного врача, но и от результатов работы целой команды различных специалистов. Очевидно, что эта работа требует не только высокого уровня качества осуществления ими необходимых действий, но также высокого уровня доверия друг к другу.

Другая сторона специализации ведет к своеобразному сжатию области профессиональной компетенции врача. Другими словами, в каждой отдельной области медицины специалист должен обладать настолько большим объёмом знаний, умений, навыков, что в другой области он воспринимается, по меньшей мере, как неспециалист, а в целом может и не расцениваться другими врачами как равноправный коллега. Это обстоятельство ведет также к возникновению трудностей в контроле врачебной деятельности, осуществляемой коллегами. Таким образом, этот фактор можно условно обозначить «командная работа и узкая специализация».

Ещё одна составляющая контроля, основы которого формулируются внутри профессиональной культуры, – *контроль профессионального образования*. Исследователи отмечают основополагающую роль профессионального образования в профес-

сиональной культуре в контексте принятия новых специалистов в профессиональное сообщество и профессиональной социализации. Это отражается в контроле профессионального общества за качеством профессионального образования, которое получают молодые специалисты – черта, определяющая специфику функционирования профессии как социального института. Эти вопросы затрагивал один из основоположников социологии профессий Т. Парсонс [4].

В данной статье представлены результаты исследования профессиональной культуры врачей, осуществленного в Минске весной 2012 года. В ходе исследования были опрошены 456 врачей города, что представляет мнения врачей города с точностью $\pm 4\%$. В рамках исследования также были опрошены 575 пациентов лечебно-профилактических учреждений города. В выборке представлены основные типы лечебных учреждений города – клиники, диспансеры, поликлиники, пропорционально реальному соотношению работающих там врачей, пациенты опрашивались случайным образом в лечебных учреждениях, вовлеченных в исследование.

В результате работы были получены данные, которые отражают ценности относительно внутреннего контроля профессионального сообщества врачей, как на индивидуальном уровне, так и на институциональном.

Обратимся в первую очередь к ценностям, отражающим мировоззрения врачей относительно контроля профессиональной деятельности. Врачебная ошибка – явление, сопровождаемое множеством дискуссий как внутри системы здравоохранения, так и вне её. Ситуацию в РБ комментирует представитель Главного управления государственной службы медицинских судебных экспертиз по Минску и Минской области А.Г. Фоменко: «Проблема раскрытия медицинских ошибок и неблагоприятных событий, волнующая пациентов и медиков по всему миру, актуальна и для отечественного здравоохранения. ... Ошибки и неблагоприятные события в медицине продолжают оставаться «закрытой» темой, и их раскрытие невозможно без фундаментальных изменений в отношении к ошибающимся медикам, а также без создания условий, позволяющих открыто обсуждать неблагоприятные события» [5].

То, что врачебная ошибка продолжает оставаться «закрытой» темой, подтверждают и данные опроса. На вопрос «Кто, прежде всего, должен определять, допустил ли врач ошибку?» абсолютное большинство ответов, предпочитаемых врачами города – «сам врач» (54,2%). Недавние выпускники университетов выбирали этот ответ практически с той же частотой (50,0%). К чести последних, надо заметить, что второй по частоте выборов ответ «коллеги врача», специалисты со стажем работы до 5 лет выбирали несколько чаще, чем в среднем по выборке (24,3% vs 19,5%). Третьим в данном рейтинге следует «непосредственное руководство врача».

На институциональном уровне контроль профессиональной деятельности сопряжен с качеством взаимодействия между профессионалами и отражается в установках относительно контрольных процедур.

Способность к эффективному взаимодействию с коллегами – социальное качество, которое обязательно должно быть присуще профессионалу. Эта мировоззренческая позиция отражает представление о профессионализме, основанное на принципах командной работы. На практике, большинство врачей города согласны с тем, что это – «совершенно необходимое качество врача-профессионала» – 61,0% ответивших. Среди врачей клиник это положение поддержали 73,3% опрошенных, диспансеров 73,0%, поликлиник – 53,8%.

Тем не менее, врачи не готовы доверить контроль за своей профессиональной деятельностью коллегам и руководству. Внутренний контроль профессионального сообщества отражается в установках относительно контрольных процедур в профессиональном взаимодействии. Как уже было отмечено выше, лишь пятая часть ответов

врачей предполагали контроль профессиональной деятельности со стороны коллег (19,5%) и с руководством этот контроль связан в 14,5% ответов.

Вторая составляющая контрольных процедур внутри профессионального сообщества – нормы, регулирующие конкретные действия в случае обнаружения ошибки. Социальные нормы, демонстрируемые врачами, обуславливающие отношение к возможной врачебной ошибке, позволяют утверждать наличие чрезвычайно высокого уровня корпоративной закрытости профессионального сообщества врачей, при условии обязательного внутреннего профессионального контроля. Фактически мизерное количество опрошенных врачей указало на возможность того, что ближайший круг коллег постарается «не заметить» ошибку или «обратится в Министерство здравоохранения, суд, другие организации» – 0,4%.

Абсолютное большинство опрошенных врачей утверждают, что их коллеги в случае возможной врачебной ошибки «обсудят в кругу коллег своего отделения, но дальше информацию постараются не выпустить» – 40,1% опрошенных врачей. Следующая по частоте норма, обнаруживаемая в ответах врачей, также ограничена профессиональным сообществом – «обсудят в кругу коллег своего отделения, а в серьезной ситуации обратятся в профессиональные ассоциации для принятия решения» (35,3%).

Лишь небольшая часть врачей готова делегировать свои полномочия внутреннего контроля непосредственному руководству (15,6%).

Могут ли врачи сами повлиять на ситуацию в системе здравоохранения. По их мнению, нет. Абсолютное большинство врачей степень своего влияния на принятие решений относительно своей профессиональной сферы оценивают как низкую. Удельный вес оценок «степень влияния низкая» варьируется от 50,4% относительно конкретных отделений, до 89,3% относительно функционирования системы здравоохранения. Необходимо отметить, что в данном вопросе выявить различие мнений врачей различных лечебно-профилактических учреждений не удалось.

С точки зрения врачей всех типов учреждений, статусов и возрастных групп, эту степень влияния следует изменить. С разной степенью уверенности согласилось с этим положением абсолютное большинство ответивших – 84,2%.

Контроль профессионального сообщества качества подготовки специалистов отражается через оценку качества подготовки специалистов вузов. Почти треть опрошенных врачей полагают, что в последнее время выпускники вузов обнаруживают весьма посредственный уровень подготовки – 27,0% опрошенных.

Доля молодых специалистов (стаж работы до 5 лет), поддержавших мнение о посредственной подготовке, также составила треть от общего числа молодых специалистов, принявших участие в исследовании. Другими словами, недовольство врачей подготовкой специалистов не может быть интерпретировано как недовольство старшего поколения молодыми.

Изучение профессиональной культуры врачей Минска позволило выявить систему взаимных оценок профессионального уровня специалистов различных типов ЛПУ, задающих систему отношений превосходства. В ходе исследования врачам было предложено субъективно оценить профессионализм коллег, работающих в различных типах лечебных учреждений города. Оценки варьировались от «большинство врачей работают весьма профессионально», до «профессионалы здесь встречаются редко». Согласно этим данным, клиническими кафедрами, диспансерами и клиниками предстают лечебными учреждениями с самой высокой долей врачей, демонстрирующих высокий профессионализм. Возвращаясь к вопросу контроля профессионального образования, необходимо отметить, мнение о том, что «Последнее время выпускники вузов обнаруживают весьма посредственный уровень подготовки» поддержали 42,2% опрошенных врачей клиник.

Перед системой здравоохранения поставлена задача повышения качества оказания медицинской помощи [6]. Одним из направлений решения этих задач является трансформация принципов контроля внутри профессионального сообщества. В целом, движущей силой трансформации ценностей профессионалов относительно контрольных процедур внутри профессионального сообщества должны стать и внутренние, связанные с повышением уровня дифференциации профессии, факторы. Формулируя образ профессионала, врачи города готовы признать ценность командной работы, однако, оценивая непосредственную профессиональную деятельность, они скорее придерживаются традиционных ценностей, формулирующих образ профессионала как одиночки.

Врачи не склонны передавать контроль своей профессиональной деятельности коллегам, в то же время демонстрируют чрезвычайно высокий уровень корпоративной закрытости профессионального сообщества, при условии обязательного внутреннего профессионального контроля. Контроль профессионального образования выражается в достаточно высокой доле негативных оценок профессионалами качества подготовки выпускников вузов. В группах врачей, в которых, по оценкам самих врачей, представлено наибольшее количество профессионалов, доля негативных оценок подготовки молодых специалистов ещё выше.

Врачи города единодушны в осознании того, что их уровень влияния на сферу здравоохранения невелик, и практически все согласны с тем, что его необходимо изменить.

Список цитированных источников

1. Кочергин, В.Я. Профессиональная культура – опыт системного подхода к интерпретации социального феномена / В.Я. Кочергин, А.Г. Пацеева // Социология. – 2011 – №1. – С. 99-109.
2. Ковелина, Т.А. Врач как профессия и призвание // Научные исследования, информация, анализ, прогноз: кол. моногр. / Т.А. Ковелина; под общей ред. проф. О.И. Кирикова. – Воронеж, 2003. – С. 266-279.
3. Freidson, E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge / E. Freidson. – N.Y.: Harper Pow, 1988 – 440 p.
4. Parsons, T. The social system. / T. Parsons. – London: Routledge, 1991. – 404 p.
5. Фоменко, А.Г. Медицинские ошибки: правовые, этические и организационно-методические аспекты проблемы // Медицинские новости. – 2011. – №10. – С. 20-26.
6. Жарко, В. Год высоких технологий и бережливости / В. Жарко // Медицинский вестник. – 2013. – 07 февр. – С. 3.

THE INFORMATION AGE: NEW OPPORTUNITIES TO RESOLVE OLD ISSUES

N.A. Pashkevich

Stockholm University School of Business, Stockholm, Sweden

How can one characterize changes in the society and economy which came with the introduction and dissemination of information technologies (hereinafter IT)? "Information society", "information economy", "information-intensive organizations", "information work" "information worker" are just core terms that are used to identify and understand current state of the society. The term "information society" is usually associated with the use of IT and the production and consumption of information. For example, one of the definitions of the information society is a society where the production of information is a driving force [1]. In addition, the shift to the information society is inextricably linked to an economy where information is a core resource. Five definitions of the information society have been developed based on technological, spatial, cultural, occupational and economical criteria [2]. These definitions are rephrased below.