

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634498>

Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 2

Н.В. Присяжная¹, Н.Ю. Вяткина^{1, 2}¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия;² Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Настоящая статья представляет собой продолжение статьи: Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 1 // Социология медицины. 2023. Т. 22, № 2. С. 183–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm632475>

Подготовка кадрового ресурса (специалистов) системы здравоохранения является одной из стратегических задач государственного уровня. На современном этапе сохраняется высокий интерес к получению медицинского образования, как одного из наиболее престижных и социально значимых. В свою очередь это требует серьезной подготовки абитуриента по профильным дисциплинам на этапе довузовского образования, а главное — мотивации к получению профессии врача и наличия таких личностных качеств, как эмпатия, сочувствие к пациентам, ответственность, скрупулезность, высокая работоспособность. Однако в начале трудовой деятельности молодые врачи сталкиваются с рядом проблем (высокий уровень нагрузки и ответственности, сложности адаптации к условиям работы и недостаточный уровень оплаты труда), что может повлиять на их решение об уходе в смежные области трудовой деятельности или отказе от работы по полученной специальности.

Цель. Изучение траекторий профессионального становления молодых врачей в российской системе здравоохранения в современных условиях.

Методы. Изучение траекторий профессионального становления молодых врачей было реализовано методом нарративного интервью ($n=52$) в сентябре–декабре 2022 года на базе Института социальных наук Сеченовского Университета. В исследовании приняли участие молодые врачи: терапевты ($n=11$), педиатры ($n=11$), акушеры–гинекологи ($n=10$), стоматологи ($n=10$), хирурги ($n=10$). Средний возраст опрошенных составил 28,2 года (медиана — 28 лет), средний стаж работы респондентов по специальности — 2,8 года (медиана — 3 года).

Результаты. Анализ данных исследования включал выделение ключевых нарративных стратегий, сюжета, персоналий (респондент, члены его семьи, учителя в школе, представители профессорско–преподавательского состава высшего учебного заведения, коллеги) и темпоральных характеристик историй. Анализ массива нарративов позволил выделить 3 ключевых, семантико–смысловых блока данных (включающих 7 подгрупп), которые выступили эмпирической основой стандартного сюжета нарративов. Первые 2 ключевых семантико–смысловых блока (этапа) были описаны ранее [1]: довузовский этап [«игра в профессию» (3–7 лет), «предчувствие» профессионального выбора (8–11 лет), профессиональное самоопределение или формирование профессиональных намерений (12–17 лет)]; вузовский этап [получение медицинского образования как «фундамента» профессиональной социализации (1–2 курс), определение желаемой траектории профессионального пути (3–6 курс)]. В данной статье раскрывается третий блок сюжета нарративов, включающий послевузовский этап [дебют профессиональной деятельности (ординатура), «вызовы профессиональной автономности»].

Заключение. Траектории профессиональной социализации врача на современном этапе получают новое звучание, обусловленное трансформацией профессиональной среды и цифровизацией практического здравоохранения, которое определяет эти изменения.

Ключевые слова: нарративное интервью; молодые врачи; траектории профессионального становления; профессиональный выбор; мотивация.

Как цитировать:

Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 2 // Социология медицины. 2024. Т. 23, № 1. С. 33–60. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634498>

ORIGINAL STUDY ARTICLE

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634498>

Trajectories of a doctor's professional development: a narrative interview. Part 2

Nadezhda V. Prisyazhnaya¹, Nadezhda Yu. Vyatkina^{1, 2}¹ The First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russia;² Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia**ABSTRACT**

BACKGROUND: This article is a continuation of the article by Prisyazhnaya NV, Vyatkina NYu. Trajectories of a doctor's professional development: a narrative interview. Part 1. *Sociology of Medicine*. 2023;22(2):183–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm632475> The training of personnel resources (specialists) of the health care system is one of the strategic tasks of the state level. At the present stage, there remains a high demand (interest) in obtaining medical education, as one of the most prestigious and socially significant. In turn, this requires serious training of the applicant in specialized disciplines at the stage of pre-university education, and most importantly — motivation to obtain the profession of a doctor and the presence of certain personal qualities — such as empathy, sympathy for patients, responsibility, scrupulousness, high performance. However, young doctors face a number of difficulties at the start of their career (high level of workload and responsibility, difficulties in adapting to working conditions and insufficient remuneration), which may influence their decision to move to a related field of work or not to work in their speciality. **AIM:** To study the trajectories of professional development of a young doctor in the Russian health care system in modern conditions.

METHODS: The study of the trajectories of professional development of young doctors was conducted by the method of narrative interview ($n=52$) in September–December 2022 on the basis of the Institute of Social Sciences of Sechenov University. The study involved young therapists ($n=11$), pediatricians ($n=11$), obstetricians and gynecologists ($n=10$), dentists ($n=10$), surgeons ($n=10$). The average age of respondents was 28.2 years (median — 28 years), the average work experience of respondents in the specialty was 2.8 years (median — 3 years).

RESULTS: Analysis of the study data included the identification of key narrative strategies, plot, personalities (respondent, family members, teachers at school, university faculty, colleagues) and temporal characteristics of stories. Analysis of the array of narratives made it possible to identify three key, semantic-semantic data blocks (including seven subgroups), which acted as the empirical basis for the standard plot of narratives. The first two key semantic-semantic blocks (stages) were described earlier: the pre-university stage (“playing the profession” (3–7 years); “premonition” of professional choice (8–11 years old); professional self-determination or formation of professional intentions (12–17 years); university stage (obtaining medical education as the “foundation” of professional socialization (1–2 courses); determination of the desired trajectory of the professional path (3–6 course). This article reveals the third block of the plot of narratives, including the postgraduate stage (debut of professional activity (residency); “challenges of professional autonomy”).

CONCLUSION: The trajectories of professional socialization of a doctor at the present stage receive a new sound due to the transformation of the professional environment and the digitalization of practical healthcare, which determines these changes.

Keywords: narrative interview; young doctors; trajectories of professional development; professional choice; motivation.

To cite this article:

Prisyazhnaya NV, Vyatkina NYu. Trajectories of a doctor's professional development: a narrative interview. Part 2. *Sociology of Medicine*. 2024;23(1):33–60. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634498>

ОБОСНОВАНИЕ

Профессиональная социализация врача — длительный процесс, зачастую начинающийся в раннем детстве [1], во время которого будущий специалист не только получает специальные знания, умения и навыки, но и адаптируется в профессиональном сообществе, вырабатывает профессионально значимые личностные качества, формирует социальный круг из людей со схожими интересами [2], укрепляет собственные мотивационные детерминанты выбора профессии [3, 4]. Как указывает В.Я. Данилевский, профессия врача требует, помимо призвания, ещё и наличия природных данных: духовного и физического здоровья, пластики мышления, сострадания, готовности к самопожертвованию, инициативы [5], что актуально и сегодня [6]. Зачастую мотивация к профессиональному выбору формируется у будущих врачей ещё в детстве, что способствует раннему профессиональному самоопределению, выработке необходимых личностных качеств и ориентации на получение медицинского образования по конкретному профилю [1, 7–9]. Тем не менее ключевыми этапами профессиональной социализации врача являются получение профессионального образования и переход в практическое здравоохранение [4].

В современных условиях молодые врачи сталкиваются с рядом проблем при построении и управлении своей профессиональной и карьерной траекторией [10–12]. На этапе обучения и завершения обучения в высшем учебном заведении (ВУЗ) это связано со сложностями выбора вектора дальнейшего профессионального развития (выбор конкретной специализации, подработка в практическом здравоохранении, обучение в ординатуре или аспирантуре) [8, 11, 13, 14]. На этапе завершения обучения многие выпускники медицинских ВУЗов сталкиваются с проблемами при трудоустройстве — даже при наблюдаемом кадровом дефиците в здравоохранении, приоритет на отраслевом рынке труда отдаётся соискателям, имеющим практический опыт и навыки по специальности, получить который студентам в условиях высокой нагрузки в период обучения в ВУЗе представляется достаточно сложным [2, 15]. Кроме того, начало профессиональной деятельности становится для части молодых специалистов «проверкой на прочность», при этом несоответствие ожиданий с фактическими условиями труда становится для молодых врачей фактором отказа от работы по специальности и ухода в околomedическую сферу [11, 13].

Таким образом, учитывая длительность и высокую трудоёмкость подготовки врачебных кадров, а также устойчивость проблемы кадрового дефицита в отечественном здравоохранении, необходимым является изучение барьеров, влияющих на становление молодого врача в начале его трудовой деятельности, а также приверженность медицинских специалистов к своему профессиональному выбору [16].

ЦЕЛЬ

Цель исследования: изучение траекторий профессионального становления молодых врачей в российской системе здравоохранения в современных условиях.

МЕТОДЫ

Изучение траекторий профессионального становления молодых медицинских специалистов было реализовано с сентября по декабрь 2022 г. на базе Института социальных наук Сеченовского Университета. В соответствии с методологией исследования (нарративное интервью, $n=52$) формирование выборки было выполнено методом «снежного кома» и массовой рассылки приглашения к участию в исследовании через мессенджеры (кафедральные чаты, чаты выпускников ВУЗа, профессиональные сообщества).

Критерии включения

Критериями включения в выборку были наличие диплома медицинского ВУЗа; факт работы по специальности не менее 1 года и не более 5 лет в организациях системы здравоохранения г. Москвы на момент опроса; согласие принять участие в исследовании; согласие на публикацию результатов исследования в научных целях.

Сбор данных

В соответствии с методологией нарративного интервью респондентам выдавался бланк с информационным побуждающим обращением, в котором разъяснялись цели исследования и формат сбора данных (нарративов). Сбор нарративов включал фазу нарративного импульса (просьба о рассказе), свободного нарративного рассказа истории профессионального становления, мотивации к выбору специальности, особенностей адаптации в профессиональной среде в течение первых лет после окончания ВУЗа, опыте, жизненных планах, карьерных ожиданиях, а в отдельных интервью — нарративного расспрашивания [17–20]. Все интервью были транскрибированы с сохранением авторской последовательности рассказа, эмоциональными составляющими вербальной речи (жесты, смех и др.).

Участники исследования

Среди участников исследования ($n=52$) 11 человек были терапевтами, 11 — педиатрами, 10 — акушерами-гинекологами, 10 — стоматологами, 10 — хирургами. На момент опроса возраст опрошенных находился в диапазоне 25–32 года, средний возраст составил 28,2 года, медиана — 28 лет. Стаж работы респондентов по специальности, в соответствии с критериями включения, составил от 1 до 5 лет (средний стаж 2,8 года, медиана 3 года).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты анализа массива нарративных интервью преимущественно отражают линейно-временной порядок повествования с фиксацией ключевых (общих для траекторий профессионального становления большинства нарраторов) темпоральных точек, чаще всего соответствующих этапам получения образования. Мы выделили 3 этапа профессионального самоопределения врачей: довузовский, вузовский, послевузовский этап (профессиональное становление), каждый из которых включал от 2 до 3 подэтапов. Первые два этапа профессиональной социализации врачей были раскрыты в первой части статьи [1], в данной статье изложено детальное описание особенностей третьего — послевузовского этапа — профессиональное становление врача.

ПОСЛЕВУЗОВСКИЙ ЭТАП

Дебют профессиональной деятельности

Послевузовский этап прежде всего сопряжён с началом практической деятельности молодых врачей. Интересно, что лейтмотивом дебюта профессиональной деятельности в большинстве нарративных интервью выступает стремление (и потребность) в профессиональной самоидентификации врача, во вхождении в профессиональное (референтное) сообщество: «В целом я ординатуру воспринимала и воспринимаю как механизм включения в профессиональную группу — то есть некую дверь, открыв которую, входишь в состав "настоящих" врачей, врачей, которым доверяют пациентов.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год) и «Я только получив статус ординатора почувствовал себя врачом из серии — "Теперь ты часть команды, часть корабля". Я почувствовал, что мы равны, что я — часть сообщества врачей.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

«Точкой входа» в профессию и самоутверждения молодых врачей, по мнению респондентов, на этапе ординатуры становится проверка имеющихся практических навыков: «...Когда я только пришла ординатором, мне руководитель так сказал: "Ну, давай, показывай, что ты умеешь, чему вас научили.". Первое время проверяли мои навыки, как я работаю. Нон-стоп, все время — и уже потом приняли. Типа, всё — ты знаешь и умеешь, можно на тебя положиться, будем работать вместе.» (женщина, 30 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года) и «Конечно, за своего тебя примут только тогда, когда ты докажешь, что чего-то стоишь, что ты реально знаешь и можешь. Так как я люблю работать и хотел работать, где-то за два месяца мне уже доверили многое чего. Прошёл проверку — всё, коллектив признал не как студентика, а как коллегу.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Участники исследования подчёркивают, что базой для успешного обучения в ординатуре является наличие опыта работы и практических навыков, полученных в период обучения на старших курсах ВУЗа: «Благодаря тому, что в университете я много времени уделяла практике в городской больнице, мне было легко адаптироваться в операционной. Мне стали быстро доверять те этапы операции, которые не давали моим сокурсникам по ординатуре.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год).

Кроме того, в этот период общим императивом профессионального развития нарраторов выступает стремление к повышению профессиональной компетентности и наработки практических навыков: «В ординатуре я проводил около 2/3 своего времени. Очень часто я оставался в клинике допоздна, стараясь посетить как можно больше операций, посмотреть на различные клинические ситуации, попрактиковать мануальные навыки, шил все, что давали. Свободное время вне клиники я посвящал изучению теоретической части профессии. Изучение новых научных публикаций (в том числе зарубежных) стала ежедневной практикой, побудило подтянуть знания английского.» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года).

Оценивая период обучения в ординатуре как возможность получения навыков, участники исследования подчёркивают, что это сопряжено с высоким уровнем нагрузки: «Самое главное — надо в ординатуре пахать как папа Карло. Я из клиники вообще не выходил. Все субботние дежурства врачей я забрал себе совершенно бесплатно, да. Понятно, опытные доктора не хотели связываться с такими... кровотечения муторные, абсцессы и так далее. Всё, что кому-то чем-то не нравилось, забирал я. Я был жадный до практики ужасно.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Несмотря на высокий уровень нагрузки, большинство нарраторов подчёркивали, что период обучения в ординатуре стал для них периодом эмоционального подъёма: «Я ходила, обожала ходить на учёбу: "Утро! Ура, я иду! Классно!". Всегда шла в очень хорошем настроении.» [женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, амбулаторно-поликлиническое учреждение (АПУ), стаж 1 год] и «...Я в этот период на крыльях летала от ощущения причастности к практической работе по профессии, что я теперь врач — такой эмоциональный взрыв, эйфория какая-то.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год).

Выбор типа медицинской организации для обучения в ординатуре (стационар или поликлиника)

Важнейшим аспектом при выборе ординатуры выступил тип медицинской организации, на базе которой организовано обучение. Так, крупные центры скорой медицинской помощи преимущественно готовят специалистов для оказания неотложной медицинской помощи, в то время как научно-исследовательские институты

более ориентированы на оказание первичной медико-санитарной помощи населению в амбулаторных условиях и профилактическую работу: «Если ты попал в городскую больницу, то тебе повезло — там у тебя практики гораздо больше. Если ты сидишь в научно-исследовательском институте, ты просто сидишь и пишешь бумажки. ...Но проведя 2 года в такой ординатуре, ты выйдешь хорошим теоретиком, а не практиком.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Приоритетным фактором выбора нарраторами типа медицинской организации как базы ординатуры выступила возможность получения опыта практической работы и формирования наилучших практических навыков: «И всё, я уже в клинике ассистирую. Неформально, конечно, но так у меня уже опыт приобретается. В ординатуре надо нарабатывать практические навыки, а для хирурга это стационар. Ходить хвостиком и не трогать ничего — всё равно никаких знаний не получишь. А так — тут шов, там подержать, уже ты в теме. Конечно, нет никакой самостоятельности — мы занимаемся, занимаемся, занимаемся.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет) и «Мне нужен был поток пациентов, чтобы нарабатывать умения быстро собрать анамнез, дифференцировать диагноз, с пациентами взаимодействовать, быстро работать, и документы оформлять — в терапии это только поликлиника.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года).

Нарраторы, уверенные в своём желании «работать руками», отметили, что искали «стационарную» ординатуру: «...Ординатура больше должна быть на стационар направлена. Ты в ординатуре не ходишь как в поликлинике по домам, детей не смотришь, ты только в больнице сидишь. А это даёт другое впечатление. Опыт шире, практика другая — более глубокая, что ли.» (мужчина, 32 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года). Объяснимо, что чаще всего ориентировались на выбор стационара как базы ординатуры молодые врачи, получающие образование по специальности «хирургия» и «акушерство и гинекология».

Значимым фактором выбора траектории дальнейшей профессиональной социализации стала и оценка влияния «стационарного» или «амбулаторного» профиля работы на дальнейшую профессиональную карьеру: «...Я понимал, что в поликлинике будет больший поток пациентов с разными проблемами и я смогу быстрее наработать ценный опыт. По первости, смущало ведение огромного количества медицинской документации, в которой все нюансы заполнения нарабатываются только с опытом. Плюс профессиональные стандарты... Но для дальнейшей моей работы и карьеры надо было пройти «школу жизни» в поликлинике.» (мужчина, 26 лет, стоматолог, АПУ, стаж 2 года).

Не менее важным фактором при выборе типа медицинской организации стало понимание респондентами объёма профессиональной нагрузки для устройства их семейной жизни: «...И нагрузка, и занятость, конечно, влияют и на личную жизнь. Твоя девушка должна либо

смириться, что ты вечно на работе, либо работать с тобой.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года) и «Я изначально хотела стать хирургом, работать в стационаре, оперировать, но поняла, что для женщины, которая хочет семью, будет очень сложно справиться с нагрузкой.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

Адаптация молодых врачей в коллективе медицинской организации

Ординатура, как важный этап профессиональной социализации, по мнению молодых врачей, выступает «переходным мостиком» адаптации к самостоятельной работе: «...Та профессиональная социализация, которая происходила в ординатуре, помогает тебе в дальнейшем нормально работать и стать лечащим врачом в дальнейшем, уже самому вести пациента без каких-то подсказок.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года) и «Вообще, ординатура — это такой мостик, по которому ты переходишь от ВУЗа к самостоятельности. Это период "освоения" в профессии в роли врача.» (женщина, 30 лет, педиатр, АПУ, стаж 4 года).

В период обучения в ординатуре нарраторы проходят фактический этап адаптации к работе в трудовом коллективе и, прежде всего, осознают, что командная работа является основой профессионального взаимодействия: «Именно в ординатуре я прошёл этот период перехода, адаптации в коллективе. Работа в коллективе, работа с командой, командная работа, работа с пациентом — этому всему учит ординатура.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год) и «На том этапе помогал весь коллектив, потому что всё равно мы работаем все вместе. Медицина одним человеком никогда не делается. Тем более в стационаре.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Нарраторы подчёркивают, что осознали значимость профессиональной солидарности именно в ординатуре, на этапе первоначальной профессиональной адаптации: «...Сами врачи тоже помогают, ...помочь просят — ты пошёл и помог, помощи просишь ты — тебе тоже помогают в открытую так же.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года) и «Как только ты понимаешь, что ты и коллектив связаны общими задачами, этикой, долгом — как хотите назовите — ты понимаешь, что никогда не останешься один, коллеги рядом, и ты должна быть с ними рядом. Один за всех — и все за одного» (женщина, 28 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

При этом большинство участников исследования подчёркивают доброжелательность, с которой их встретили в отделении, а также готовность помочь адаптироваться на новом рабочем месте: «...У меня был один из кураторов профессор. Он тоже работал в отделении, но общение с ним было очень простое. Как и со многими другими врачами. В плане адаптации к коллегам, специалистам, врачам, к ординаторам, которые со мной учились, всё

проходило очень-очень хорошо в целом, очень доброжелательно.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и «Мне повезло с ординатурой, точнее с самим местом обучения и с коллективом, в который я попала. Это было обучение в одной из крупных детских больниц столицы, где работали люди с огромным опытом. Они очень хорошо приняли.» (женщина, 30 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

Одним из составляющих комфортного «вхождения» в коллектив было наличие социальных связей или знакомств с работающим составом отделения или клиники до начала обучения в ординатуре: «Адаптировалась в специальности я достаточно комфортно. Я знала профессоров лично и адаптации в ординатуре у меня особо не было.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год), «В ординатуре мне было просто — я уже знала коллектив. Там работали друзья семьи, и я спокойно себя чувствовала. Ну и потом, я привыкла говорить "на одном языке" с медиками — у меня вся семья — врачи.» (женщина, 28 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

Классический принцип «обучения у постели больного» на этапе ординатуры дополняется формальным и неформальным «наставничеством» коллектива. Так, нарраторы считают одним из ключевых условий своего профессионального развития и адаптации к работе в условиях практического здравоохранения поддержку коллектива: «Значительных трудностей в адаптации в профессиональной среде я не испытывал. Немалую роль в этом сыграл коллектив отделения, в котором я оказался — меня поддерживали морально, и дали "установку на развитие" у постели больного. Мануальным навыкам и основным принципам работы я научился от старших коллег. Обучение в ординатуре проходило в основном непосредственно в операционной, по схеме: изучаешь как надо, смотришь, повторяешь. Большинство коллег охотно брали меня к себе в ученики, делились знаниями, профессиональными "лайфхаками".» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года) и «...Все разъясняли, показывали, рядом ставили — смотри и учись. И просто даже глядя за работой, поведением, коммуникацией с маленькими пациентами и их родителями, уже многому учишься.» (женщина, 30 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

Во многом на отношение коллектива к молодым врачам повлияло их стремление к практической работе и готовность к высоким нагрузкам, а также желание повысить свой уровень профессиональных знаний, умений и навыков: «...Ключ к успешной профессиональной социализации и адаптации в профессии — быть готовым работать. Именно много работать не покладая рук, потому что старшие товарищи видят, что человек хочет и работает, остаётся позже, чем надо. И к этому человеку уже предрасположенность. Тогда и медицинское сообщество захочет передавать свои знания и умения, когда будут видеть самоотдачу. Читать — это обязательно, потому что, когда человек приходит и ничего не знает — к нему

уже заведомо плохое расположение.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Тем не менее в части случаев нарраторы отметили негативную атмосферу в отделении, в котором обучался ординатор: «Встретили нас очень неприветливо. Как врачи, так и завотделением всем видом показывали, что мы тут не нужны и только мешаемся. Атмосфера между самими врачами и завотделением была достаточно напряженная, а если добавить ещё очень стрессовую работу как с пациентами, так и с их родственниками, то хотелось просто исчезнуть.» (женщина, 29 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Коммуникация в профессиональной среде как условие профессиональной социализации и адаптации молодых врачей в коллективе

Красной нитью в массивах нарративов проходит признание необходимости коммуникативных навыков для успешной профессиональной социализации и адаптации молодого врача в коллективе. При этом навыки коммуникации вкупе с наличием практических навыков, на взгляд респондентов, позволяют молодым врачам уже на этапе обучения в ординатуре чувствовать себя «на равных» со специалистами «с опытом работы»: «Я себя ординатором никогда не называл и не считал. Настолько я так плотно интегрировался. ...Будучи мальчиком-ординатором, я входил в палату к дядям под 50 лет. Они вставали, потому что они понимали, что я врач. Я так себя вёл, был уверен в себе, умел поговорить так, как надо.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет) и «Каких-то больших трудностей в адаптации у меня не было. В медицинской среде, особенно в стационаре, очень важно найти общий язык с коллегами, показать, что ты не "ноль без палочки", а такой же специалист, только молодой и неопытный, но готовый к любым испытаниям трудом.» (мужчина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года).

Неформальная коммуникация также способствует оптимальной адаптации молодых врачей в коллективе, выстраиванию взаимопонимания с коллективом и продуктивному обучению практическим навыкам: «В моем нынешнем коллективе столичного роддома, мы часто не просто взаимодействуем по рабочим вопросам, но и общаемся, даже дружим, вне работы. Это помогает лучше понимать друг друга и в рамках рабочих процессов — знаешь, что коллега может сделать, о чем думает.» (мужчина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года) и «Вне операционной мы часто общались и продолжаем общаться с коллегами на профессиональные темы.» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года).

В анализируемом корпусе высказываний профессиональная коммуникация зачастую характеризуется как определённый «культурный код» профессии, а умение молодого врача эффективно выстраивать взаимоотношения с коллегами выступает одновременно фактором формирования профессиональной идентичности молодых

врачей: «...Когда ты приходишь в коллектив, ты "ловишь" определённые слова, обороты и постепенно начинаешь их использовать. Так формируется общий язык, ты лучше понимаешь нюансы и тебя уже не просто понимают, а принимают как своего.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

В целом, нарраторы отмечают, что для оптимизации процесса первичной адаптации в коллективе медицинской организации необходимо развивать навыки коммуникации в профессиональной среде ещё на этапе обучения в ВУЗе: «Процесс адаптации крайне сложный, начинать его надо со школьной скамьи. Если не умеешь общаться, не умеешь себя представить, то ты можешь быть семи пядей во лбу и стоять на ножке переминаясь...» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Коммуникация врача и пациента как фактор профессиональной социализации

Но особое значение для становления врача имеют навыки коммуникации с пациентами. Прежде всего, нарраторы отмечали нехватку сформированных коммуникационных «шаблонов» с детьми: «...Первое время навыка коммуницировать с пациентами не хватало. Была какая-то неуверенность — вроде бы правильно все говоришь, а как-то неуверенно что ли... И дети это чувствуют. Да и надо наработать шаблоны — то, что можно и нужно говорить в определённых ситуациях.» (женщина, 31 год, педиатр, стационар, стаж 5 лет).

При этом нарраторы уверены, что правильно выстроенная коммуникация влияет на комплаентность пациентов: «Как врач скажет, какими словами, правильными или нет, так и пойдёт лечение. От того, насколько понимают друг друга врач и пациент зависит результат.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Большинство участников исследования отмечают, что именно коллектив, коллеги помогли им выработать эффективные коммуникационные «шаблоны» для взаимодействия с пациентами: «Первое время в ординатуре мне было сложно общаться с пациентами, но коллектив меня принял и поддержал, научил и подстраховал с самыми тяжёлыми пациентами. Самые тяжёлые — это не по здоровью, а в плане общения.» (мужчина, 28 лет, хирург, стационар, стаж 4 год).

При этом обратная связь от пациентов при конструктивном взаимодействии выступает стимулом профессионального развития для молодых врачей: «Я и в ординатуре старался так работать, чтобы пациенты не дай Бог не сказали, что мол, недочёт — ничего не знает, не умеет. И вообще отзывы пациентов — это такой инструмент развития для молодых. Хорошие отзывы окрыляют, плохие — становятся импульсом для совершенствования. Надо же доказать всем — коллегам, пациентам, да и себе, — что ты лучший.» (мужчина, 28 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

Куратор или наставник как «проводник» ординаторов в профессию

Одним из ключевых составляющих успешной первичной профессиональной социализации, на взгляд респондентов выступает наличие «значимого другого» — руководителя, куратора, наставника. В случае, если на пути молодого специалиста встречается такой человек, траектория его профессионального становления получает конкретный вектор: «...В медицине самое главное — это учитель, без учителя вообще ничего не получится.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет) и «...Мне, наверное, повезло. Я после окончания ВУЗа пошёл в ординатуру по ортодонтии, там у нас был врач один известный, он многому научил. Можно сказать, показывая передавал опыт. Это очень ценно. Такой наставник в профессии, он как бы определяет твой дальнейший путь, направляет.» (мужчина, 26 лет, стоматолог, АПУ, стаж 2 года).

При этом нарраторы признают, что в процессе обучения наставник выступает тем авторитетом «в последней инстанции», к которому обращались во всех затруднительных ситуациях: «В хирургии да, был такой мужичок, у него уже был выезд в Израиль оформлен. ...Должен был уехать с семьёй, он переезжал. Такой пожилой человек. Он меня всему научил, научил анестезию делать. Вот как дочери. Со всеми вопросами к нему приходила, как к наставнику. В то время, когда он учился, ещё можно было быть универсалом, поэтому он мог подсказать по любому вопросу, не обязательно хирургом быть, терапевтом.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

Кроме обучения по специальности, кураторы или наставники помогают молодым врачам адаптироваться в коллективе, не допускать ошибок в работе с пациентами, наработать необходимые связи в профессиональной среде: «Опять же, если у тебя хороший руководитель, куратор, который тебя готовит ко всем юридическим сложностям и вообще сложностям и лечению пациентов, таких адаптационных сложностей, я думаю, нет.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

Большинство молодых врачей отмечает, что куратор, поддерживая и контролируя начинания ординаторов, обычно давал им необходимую для профессионального становления степень свободы, что выступило залогом постепенного перехода молодых врачей к автономной работе: «Мне давали многое делать самой — вести небольшие операции в одиночку, выполнять различные манипуляции, проводить исследования, писать научные статьи, посещать конференции и выступать на них. Надо мной, конечно, всегда был супервизор, к которому я могла обратиться за помощью в трудной ситуации, но я обладала большой автономией в плане возможности принятия решений касаясь плана выбора метода, подходов и так далее.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

Наряду с этим, некоторые участники исследования признались, что их ожидания от обучения в ординатуре оправдались не в полной мере. Прежде всего

неудовлетворённость обучением нарраторы объясняют дефицитом времени, которое может уделить обучению ординаторов их руководитель (куратор/наставник), а также ограниченным доступом к пациентам, что не способствовало наработке практических навыков: «Особо никто нас не учил. Навыки приобретались от старших коллег, путём подсматривания за их деятельностью.» (мужчина, 30 лет, хирург, АПУ, стаж 4 года).

Трудности периода первичной профессиональной адаптации молодых врачей

Обучение в ординатуре выступает периодом сопоставления идеализированных представлений о работе по выбранной специальности с рутинной практикой, что становится одним из сложных моментов «принятия» профессии и понимания её сути: «Мои ожидания от профессии во время учёбы были в какой-то степени идеалистическими и не совпали с тем, как это выглядит на практике. Основное отличие в том, что я училась в очень рафинированном месте с очень рафинированными пациентами, с редкими пациентами, с интересными пациентами. ...В этом плане мои ожидания не совпали с тем, чем бы я хотела заниматься. Было трудно это принять, меня просто ломало. Пациенты оказались неудобными — ты их лечишь, а они идут и себе вредят, рекомендации не выполняю, лекарства не пьют, вовремя не обращаются, все на авось оставляют.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год).

Наиболее значимые трудности, с которыми столкнулись молодые врачи в период первичной адаптации, были связаны с нехваткой опыта практической работы и неуверенностью в имеющихся знаниях, умениях и навыках: «После окончания ВУЗа я начала работать в поликлинике — и первое время, конечно, мне не хватало практических навыков. Нет, я все умела и знала, но вот этого практического автоматизма не хватало.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года).

Кроме того, определённые затруднения отмечали молодые врачи в начале практической работы по специальности в выполнении медицинских манипуляций: «Плюс, физический момент, где именно нужно заработать руками с пациентом, чтобы потом не бояться. Первое время такие манипуляции, уколы, что-то там ещё, конечно, выполнять непривычно, испытываешь определённый страх. А потом нормально абсолютно, втягиваешься.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Кроме того, выбор места обучения в ординатуре для части респондентов был связан с необходимостью переезда в другой город: «...Я поступила в ординатуру по нейрохирургии в самый престижный и крупный центр нейрохирургии в России. Это потребовало переезда из родного Петербурга в Москву.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год). При этом для тех, кто был вынужден сменить место жительства ради обучения в ординатуре, этот период связан с дополнительными

сложностями адаптации к новым условиям: «В плане адаптации к городу, первые полгода были очень тяжёлыми, потому что ритмы Владикавказа и Москвы совсем разные. Первые полгода я только и делал, что просыпался в 6 утра и ложился в 5 вечера, потому сил мне не хватало. Я думал, что так будет постоянно.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Факторы, влияющие на изменение выбранной профессиональной траектории

Среди наиболее упоминаемых факторов, повлиявших на изменение профессиональных планов молодых врачей — недостаточно высокий уровень оплаты труда и высокий уровень нагрузки, не соответствующий их ожиданиям: «...В ординатуре в стационаре я приходила в 8 и в 8 уходила, очень загружена была. Очень много писанины, истории, эпикризы, мне всё это не очень нравилось. Большой поток. В поликлинике по времени я больше выигрывала, скажем так. И по зарплате, в поликлиниках платят больше, чем в стационарах.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года) и «Были, конечно, определённые ожидания. ...На деле оказалось все прозаичнее: большая конкуренция и маленькая зарплата.» (мужчина, 30 лет, хирург, АПУ, стаж 4 года).

Помимо высокого уровня физической нагрузки, изменение траектории профессиональной социализации на этапе обучения в ординатуре происходит под влиянием стресса и осознания рисков хронической высокой эмоциональной нагрузки по выбранной специальности: «Эта профессия требует огромной эмоциональной отдачи и готовности к тому, что, несмотря на всю проделанную работу и правильное лечение, пациенты умирают.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

Одной из наиболее «обидных» для молодых врачей причин вынужденного отказа от продолжения профессиональной карьеры по выбранной траектории была невозможность самореализации в выбранной области. Так, в рассказах врачей-хирургов было отмечено, что в стационарах молодые хирурги могут достаточно долго не получать доступ к хирургическому «столу»: «...Посмотрев, как работает хирургия, ...я поняла, что в этом направлении мне будет очень тяжело, я не смогла бы реализовать свои карьерные задумки. И дай бог мне бы удалось начать свою первую операцию в 30–35 лет. А до этого стоять, инструменты подавать и мелочи подхватывать. И я ушла в поликлинику.» (женщина, 29 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года).

Фактором, который также может повлиять на решение нарраторов изменить траекторию профессионального пути, выступает «гендерное» несоответствие профессии. Так, анализ высказываний показывает, что молодые врачи часто сталкиваются с неготовностью пациентов обращаться за помощью к врачу «несоответствующего» специальности пола: «Работа акушера-гинеколога, хоть и не мужская [смеётся], но очень уважаемая и интересная.

Хотя и считается "чисто женской" специальностью.» (мужчина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года) и «...Видим девочку, которая рукастая и профессионал отличный, вот это все, но пациенты, никогда её не воспримут как серьёзного хирурга. Оценка со стороны пациентов идёт по первому впечатлению. Здесь первые впечатления о докторе — самое главное. ...Первые впечатления — и в отказ.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Сами участники исследования признают, что не только пациенты привержены негативным гендерным установкам в отношении отдельных медицинских специальностей, но и в профессиональном сообществе отмечаются «устоявшиеся» гендерные стереотипы: «Меня знакомят с моим наставником, девочка-припевочка на год меня старше, я сразу раздухарился: "Как это? Чему меня может научить женщина? Да ещё такая молоденькая.". Потому что хирургия, если женщина, конечно, мужского склада, ближе к мужчине, то да, она хирург. А вот эти все девочки с маникюром — это не хирургия. Родинку удалить, губки накачать. Стоять за операционным столом... Гендерный аспект всё-таки существует в когорте медиков.» (мужчина, 30 лет, хирург-отоларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Прежде всего, респонденты отмечают, что некоторые специальности требуют «мужских» или «женских» качеств: «Существует мнение о том, что разные специальности для разных полов. ...Есть какие-то специальности, где физически очень сложно. Например, в стоматологии и ортопедии есть некоторые этапы оперативного лечения, когда требуется большая сила. Когда ты там вживляешь имплантат или металлоконструкцию, это может быть достаточно сложно. Также перекалывание пациентов с операционного стола на операционный стол — это тоже физически тяжело женщинам.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года) и «...Всегда привлекала хирургия, которой в акушерстве и гинекологии достаточно и как раз это чисто "мужская" ниша! Тут нужен трезвый взгляд и твёрдая рука. Женщина, каким бы хорошим специалистом она ни была, все же "пропускает" эмоционально многие моменты через себя и это мешает.» (мужчина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года).

Давление «пола» в профессии особенно отчётливо чувствуют молодые врачи, выбравшие «не свою» сторону — хирурги-женщины, педиатры-мужчины, гинекологи-мужчины: «...Я прекрасно понимала, что такое нейрохирургия и куда я иду, хотя многие профессора и врачи мужского пола очень упорно и долго пытались отговаривать... Учитывая то, что я девушка в нейрохирургии, приходится быть в несколько раз более ответственной и работоспособной, потому что у тебя просто нет права на ошибку, особенно по сравнению с врачами мужского пола.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год).

Влияние первичной адаптации в профессиональной среде на личностное развитие

Отмеченная на этапе вузовского обучения значимость личностных характеристик врача для профессионального становления подтверждается и «проверяется» на этапе начала практической работы, который обычно совпадает с обучением в ординатуре. Как подчёркивают нарраторы, такие черты, как эмпатия, ответственность, дисциплинированность, трудоспособность, стрессоустойчивость, развиваемые на этапе обучения в ВУЗе, не только сохраняют свою значимость, но и получают новое звучание в условиях «проверки практикой». При этом именно устойчивость указанных характеристик говорит об их сформированности у молодых врачей.

Кроме того, как уже отмечалось выше, в этот период ключевое значение для профессионального развития приобретает наличие коммуникативных навыков у молодых врачей: «Этика общения и соблюдение закона — это главное в работе с пациентами. И умение разговаривать — без этого никуда.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года) и «...Самое важное качество для профессиональной социализации и адаптации врача — это коммуникабельность. Кому-то это качество даётся легко, кому-то нет. Все люди разные.» (мужчина, 30 лет, хирург, АПУ, стаж 4 года).

Прежде всего, нарраторы на этапе обучения в ординатуре осознают, что условием их профессионального развития является готовность к напряженной работе и трудоспособность «на грани самопожертвования»: «Я специально искала жильё максимально близко к работе, чтобы всегда быть на связи, быстро дойти до работы в случае необходимости и, конечно, хотя бы успевать ночевать дома, не оставаясь на работе.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год).

При этом отмечают участники исследования и возрастание значимости такого качества, как дисциплинированность у молодых врачей: «...Я считаю, что моя ординатура была в очень классном формате обучения. ...У нас была жёсткая дисциплина, опоздание — несколько часовая отработка с написанием рефератов. В последующем защита этого реферата, и с первого раза мало кому удавалось защитить реферат. Опоздание было не на работу, а банально на конференцию. Дисциплина была очень строгая. Каким-то вещам эта строгая дисциплина научила.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и «Дисциплина в медицине имеет особое значение — опоздал, чётко не выполнил указание, забыл — может пострадать пациент, коллега, больница. В таких условиях дисциплина — вопрос твоей профессии, останешься ты в ней или уйдёшь.» (мужчина, 31 год, терапевт, стационар, стаж 4 года).

Одновременно нарраторы подчёркивают, что практическая работа с пациентами способствовала осознанию уровня ответственности: «Был один отрезвляющий случай, ещё когда я только первый год после ВУЗа работал, когда

на приёме у пациента случился анафилактический шок. В тот момент я осознал ответственность за свои действия, что не все, но многое зависит именно от тебя, от твоей компетентности, умения быстро реагировать.» (мужчина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж 1 год). Необходимость понимания ответственности за результаты своего труда в условиях командной работы и взаимоподдержки определяет, на взгляд нарраторов, формирование и ощущение у врачей чувства профессиональной солидарности: «Если ты в команде — ты отвечаешь за результат в равной мере.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

При этом понимание нарраторами ответственности и значимости деятельности врача стало реперной точкой в профессиональной самоидентификации и интериоризации социальной роли врача: «Понимая груз ответственности того, что ты делаешь, последствия действий для пациента, ты понимаешь, что ты "в профессии", что ты в этом общем поле, где действуют законы медицины, которые бывают строже законов государственных. Когда осознаешь, сам понимаешь, что такое врач, его значимость. Становится и страшно, и гордишься своим выбором.» (женщина, 25 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года).

Таким образом, дебют профессиональной деятельности сопряжён у молодых врачей не только с переходом к практической работе с пациентами (и «проверкой практикой» имеющихся знаний, умений и навыков), но и с процессом адаптации к работе в трудовом коллективе, что, прежде всего, характеризуется установлением конструктивного взаимодействия с коллективом, включая трансляцию знаний в связке «руководитель-ординатор», а также выработкой навыков коммуникации в профессиональной среде и с пациентами. Включенность молодых врачей в практическую работу в команде способствует формированию профессиональной идентичности и усвоению принципа солидарности в профессиональном сообществе врачей. На выбор нарраторами типа медицинской организации для прохождения ординатуры (стационара или поликлинического звена), прежде всего, влияют наличие возможности получения опыта практической работы и формирования наилучших практических навыков, перспективы карьерного роста, а также влияние профессиональной деятельности на благополучие семейной жизни. Тем не менее осозная, что работа в амбулаторном звене, хотя и предполагает рутинную работу с типовыми случаями, более нормирована, тогда как трудоустройство в больнице выступает риском семейного неустойчивости, большинство молодых врачей стремятся к обучению на базе стационара, аргументируя своё решение более широкими возможностями наработки профессиональных навыков и практического опыта в лечении значительного диапазона нозологий. Ключевыми социальными институтами профессиональной социализации на данном подэтапе остаются институты образования и медицины, а агентами профессиональной социализации — коллеги-врачи, непосредственные руководители (наставники, в том числе

представители профессорско-преподавательского состава) и, отчасти, пациенты — при этом именно получение обратной связи выступило для молодых врачей стимулом для профессионального развития, совершенствования практических навыков и знаний по выбранной специальности. Кроме того, способствуют укреплению мотивации к профессиональному совершенствованию здоровое соперничество и примеры успеха коллег-ординаторов и молодых врачей, а факторами риска отказа от выбранной траектории профессионального развития являются недостаточно высокий уровень оплаты труда, высокий уровень физической и эмоциональной нагрузки, ограниченные возможности самореализации (из-за «гендерного» несоответствия, высокой конкуренции или недостаточности необходимых навыков коммуникации с пациентами).

Вызовы профессиональной автономности

Начало самостоятельной работы — этап профессиональной деятельности, на котором молодому врачу необходимо не только найти место трудоустройства, но и продемонстрировать свои знания и навыки по специальности и зарекомендовать себя как специалиста в профессиональном сообществе.

Опыт трудоустройства: стратегии поиска места работы

Большинство молодых врачей отмечают, что у них не было каких-либо сложностей при поиске работы. Интересно, что молодые врачи пользуются широким диапазоном каналов коммуникации с потенциальными работодателями:

- интернет и специализированные ресурсы: «Устроиться было легко. Нашёл на "Хедхантере" вакансию "Врач-терапевт", приехал сюда, пообщались с заведующим, и он такой: "Езжай в отдел кадров, устраивайся". Весь разговор был.» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года);
- прямые («холодные») звонки руководству медицинских организаций: «Я звонила в районные поликлиники через секретарей, и первая поликлиника, которая мне отозвалась, это 179 поликлиника. Туда приехала, мне сказали: "Всё, выходите". Так что с трудоустройством проблем у меня не было.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года);
- «сарафанное радио» о наличии вакантных ставок в медицинской организации: «...Не было сложностей устроиться, гинекологи нужны всегда! Знакомая сказала, что не хватает врачей — я пришла, и меня взяли.» (женщина, 27 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года);
- трудоустройство по треку «ВУЗ—клиника»: «Я проходил практику в нашем отделении, и просто понял, что мне нужно быть здесь, с этими людьми. И меня с радостью приняли. Во всяком случае, я хочу так думать. ...Проблем не было вообще никаких.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет);

- рекомендации знакомых: «Помог устроиться в "скоромощной" стационар, так случилось, что он с семьёй решил переехать в другой город, освобождалось место, заведующий отделением спросил его, нет ли у него кого-нибудь на примете, кто бы хотел работать в тот момент в приёмном отделении "скоромощной больницы" урологического профиля.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года);
- наличие знакомств в месте трудоустройства: «Иду и говорю заведующему отделением: "Евгений Михайлович, я хочу быть врачом, и я с Вами.". Мы идём к профессору, он говорит: "Я беру его к себе.". ...Каждый знал меня и мог сказать: "Да, мы его знаем.". Поэтому, конечно, ставочка мне досталась.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Сами нарраторы считают, что успешное (и быстрое!) трудоустройство во многом является следствием правильного выбора стратегии своего профессионального развития — во многих нарративах подчёркивается, что ориентированность студентов на получение практических навыков на этапе обучения в ВУЗе повышает шансы на быстрое трудоустройство и выступает условием наилучшей профессиональной адаптации.

Тем не менее в отдельных случаях нарраторы упоминают о том, что столкнулись с проблемами при трудоустройстве. Прежде всего, нарраторы указывают на нежелание работодателя брать на работу специалиста без опыта работы: «Молодой специалист без опыта работы, тем более в Москве, мало кому нужен.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года). При этом отсутствие связей и знакомств в медицинских организациях осложняют, на взгляд некоторых нарраторов, поиск первого места работы молодому врачу: «...Сложность, чтобы найти нормальную работу ...очень часто возникает у людей, которым никто не может помочь.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Интересно, что нарраторы, указывающие на трудности поиска работы, отмечают, что «работу найти не сложно — сложно найти хорошую работу», при этом поиск «хорошего» места работы связывают с наличием личных связей в медицинской организации даже те участники исследования, которые не сталкивались с проблемами при трудоустройстве: «Сложности с трудоустройством всегда бывают, потому что попасть в систему московского здравоохранения в стационар (в хирургический) в настоящее время практически невозможно молодому специалисту. Это либо стечение обстоятельств, либо наличие знакомых, которые тебя знают и заинтересованы тебя принять.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет) и «Работы много, но на хорошую интересную работу попасть молодым врачам сложно — только, если тебя знают и прицельно позовут.» (мужчина, 28 лет, стоматолог, стационар, стаж 4 года).

Кроме того, делились молодые врачи и рисками неудачного трудоустройства: «Много хищнических

таких предложений... Например, чтобы идти гинекологом на приём где-то в частной клинике — ну, в такие, очень низкосортные клиники. Много чего я находила, и там сразу, конечно, говорили: "Да, мы Вас берём.". Не проверяя, что я умею и знаю. Это очень опасно, поработай там и потом станешь нерукопожатным.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год) и «Первая клиника, в которую я устроился, называлась "Профессиональный медицинский центр "Оракул"", как ни смешно это звучит. Потому там приблизительно то же самое происходило, как и по названию. ...Это была коммерческая организация, которая... Грубо говоря, нужно было искать болезнь там, где её нет. ...У меня не было смысла "разводить" людей на деньги, я потихонечку их отпускал, после ухода каждый раз писал объяснение, почему пациент платил только за консультацию, почему он не сдал кучу анализов, почему я не назначил лечение.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Кроме того, в отдельных случаях сложности поиска работы были связаны с личностными особенностями соискателя: «Думаю, надо искать работу. И вот тут, конечно, какой-то тихий ужас. На рынке труда... Я не знаю, где люди ищут работу. Может быть, я ещё коммуницирую плохо, возможно, по жизни я такой угрюмый человек. Просто так начать беседу мне сложно, а уж про вакансию спросить — просто теряюсь.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год).

Особенности адаптации в коллективе на начальном этапе автономной профессиональной деятельности

Начало самостоятельной трудовой деятельности и профессиональная адаптация молодого врача во многом зависит от сложившейся атмосферы в коллективе. Большинство нарраторов (более 95% мнений) отметили, что легко адаптировались на первом месте работы и решающей составляющей стало благожелательное отношение коллег к молодым специалистам: «Плюс, коллектив принял, как молодого специалиста, очень радушно, очень тепло, все помогали всячески.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

«Ключом» к вхождению в коллектив для большинства участников исследования была уверенность в своих профессиональных знаниях: «Я не могу сказать, что были какие-то особенные сложности адаптации на первой работе. Коллектив меня принял очень тепло. К тому же у меня была какая-то внутренняя уверенность, что я все смогу, что знания и умения у меня есть, а остальное — дело наживное.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

Важным для успешной адаптации молодых врачей на рабочем месте являлось наличие поддержки и неформального наставничества «старших» по должности: «... Мне очень повезло с коллективом. Несмотря на мою неопытность, многие врачи лояльно относились к моим ошибкам, корректно поправляли и направляли в правильные

русло, все объясняли. При этом не было такого, что просто дали совет и отошли. Нет! Всегда потом переспросят, все ли понятно, чем дело разрешилось, давали даже больше информации, чем спрашивала, делились опытом как наставники.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 1 год).

Такое отношение коллектива отмечали и работающие в АПУ, и молодые врачи стационара: «Думаю, что педиатром в поликлинике быть не так сложно, потому что всегда есть коллеги твоего профиля с богатым опытом, которые готовы подсказать, "подстраховать" твой диагноз и назначенное лечение.» (женщина, 27 лет, педиатр, АПУ, стаж 1 год) и «...Я работаю в стационаре, коллектив принял меня отлично, я всегда чувствую поддержку моих старших коллег. ...Может поэтому особых трудностей в адаптации у меня не было.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 3 года).

Нарраторы подчёркивали, что особенно важной для них была поддержка коллектива в сложных ситуациях: «Если ты теряешь пациента... В этой ситуации очень важен хороший коллектив и поддержка старшего поколения.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года). И в целом в большинстве нарративов фиксируется признание принципиальной значимости для слаженной работы формирования профессиональной солидарности в медицинском коллективе: «Рядом со мной хорошие специалисты и люди, готовые прийти мне на помощь. Вот это чувство локтя, понимаете?» (женщина, 25 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года).

Многие молодые врачи отмечали, что успешность их профессиональной адаптации была связана также с поддержкой и «подстраховкой» их действий опытным сестринским персоналом: «Коллектив доброжелательный. Мне сразу дали очень хорошую медсестру — вот, что мне помогло. Мне дали медсестру, которая там 40 лет отработала. ...При этом важно, что работающие врачи очень помогали. Очень хорошо приняли. Никаких проблем у меня не было, всегда все помогали.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

В половине нарративов прозвучало, что успешность адаптации была связана с готовностью молодых врачей к работе в условиях высокой нагрузки: «...Расту как специалист возможно только если вариться в этом всём каждый день, даже бесплатно. Брать дополнительную работу, разбирать досконально случаи, работать, работать, работать — так и становишься своим в коллективе. И коллектив понимает, что на тебя можно положиться.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года). При этом высокий темп работы, связанный с желанием закрепиться в профессии, зачастую приводит к смещению приоритетов молодых специалистов на карьерный рост, что сказывается на их отношении к своему здоровью: «Молодые доктора, как правило, выкладываются на полную, кто хочет продолжать тут работать, "болеют реже", чем их взрослые коллеги. ...Если брать больничные листы докторов

и докторов со стажем 10 лет и более, то думаю, что у молодых будет гораздо меньше дней отдыха, чем у людей с опытом. И по отпускам тоже — молодые реже уходят в отпуск. ...Они в ущерб своему здоровью не берут больничные, меньше уходят в отпуск по количеству дней, чтобы больше пропитаться, закрепиться.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

Стремление повысить свой профессиональный уровень также, на взгляд участников исследования, является фактором признания молодого врача в коллективе и его быстрому включению в рабочие процессы: «...Для нормальной адаптации в медицинской профессии очень важно говорить на одном языке со своими коллегами, это значит читать много литературы вообще всегда, но как минимум на первых этапах, для того чтобы понимать о чём идёт научный диспут или дискуссия на конференции или где-то. И старшее поколение докторов будет понимать, что ты интересующийся специалист и относиться к тебе лояльнее. Это очень важно для психологической, да и любой адаптации.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

Наличие опыта работы или обучения в ординатуре на базе отделения, в которое молодой выпускник устраивался на работу, также положительно отражается на его вхождении в коллектив: «Проще, однозначно, тем, кто учился в ординатуре и тут же остался работать, потому что ты уже привык к тому коллективу, в котором ты работаешь, к методам лечения: уже всех знаешь, уже знаешь, что надо делать.» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Кроме того, некоторые нарраторы подчёркивали, что для успешной адаптации важны и личностные качества — прежде всего, коммуникабельность: «...Как мне кажется, в поликлинике присутствует большая командная работа, если ты человек-интроверт, который ни с кем не хочет общаться, ему тоже не захотят помогать и к нему будет такое же отношение. С ним будут работать нехотя и сами пациенты. Поэтому нужно помогать людям, и тогда они тебе помогут тоже.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Немаловажное значение для успешного включения участников исследования в трудовую деятельность имела поддержка семьи: «Помогала в адаптации семья. Я приходила, меня муж гладил и говорил, что всё получится, ничего страшного. От него всегда исходит колоссальная поддержка, он меня во всём поддерживает, помогает и адаптироваться, и какие-то решения принимать.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года) и «Преподаватели, родители, дети и, конечно, коллеги. Мне вообще как-то повезло — я знала, что я не одна.» (женщина, 31 год, педиатр, стационар, стаж 5 лет). Учитывая тот факт, что медицинские специалисты, продолжающие «медицинскую» династию, отмечали, что имея колоссальную поддержку со стороны родных-врачей, одновременно понимали, что планка ответственности

за соответствие профессиональным требованиям у них должна быть выше: «Понимаю, что если там, где-нибудь накосячу, то это всё-таки сыграет по тебе, ещё и про папу скажут, а ещё и про дедушку скажут.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

Тем не менее в ряде нарративов прозвучало признание некоторых сложностей адаптации на первом рабочем месте — наиболее часто упоминаемыми стали эмоционально-психологические проблемы, связанные с расхождением ожиданий от самостоятельной работы и фактическими условиями труда: «...У меня в первый день, конечно, был шок в основном от того, что мои ванильные ожидания и реальность не совпали — и пациенты были невоспитанные, и работы сразу много — а так вообще тоже всё было более-менее нормально.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Кроме того, отсутствие эффективной коммуникации и сложности «притирки» характеров в коллективе (в подтверждение важности коммуникабельности врача для его адаптации на рабочем месте — см. выше) было основной проблемой в процессе адаптации для отдельных респондентов: «...Тот факт, что я не рассматривала это место как своё конечное, немного отдалил меня от коллег, ведь я не участвовала в корпоративах, совместных поездках и не общалась ни с кем очень тепло. Наверное, если бы я делала это все, ко мне бы относились лучше.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год) и «Адаптация — вещь очень тяжёлая, это крайне индивидуально, потому что, если мне просто не понравилась Ваша улыбка, я Вас не взял на работу.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет).

В целом, на момент исследования большинство участников считают себя полностью адаптированными в коллективе и указывают, что период адаптации к профессии может варьироваться от 1 месяца до 3 лет: «Сейчас могу сказать, что мне понадобилось примерно 3 года, чтобы адаптироваться к профессии.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года), «Через год чувствую себя адаптированной в своём коллективе.» (женщина, 27 лет, нейрохирург, стационар, стаж 1 год).

Багаж знаний как фундамент профессиональной автономности молодого врача

Начало самостоятельной профессиональной деятельности молодых врачей сопряжено, прежде всего, с проверкой на практике их знаний, умений и навыков — от того, насколько соответствует багаж их знаний требованиям должности, во многом зависит и скорость адаптации в коллективе, и начало автономной работы молодого специалиста. Участники исследования указали, что, помимо необходимости знаний по специальности, осознавали потребность в знаниях в смежных областях медицины: «Когда пациентверяет тебе свою жизнь, как бы пафосно это не звучало, ты должен знать, что делать, если что-то случится, знать, кого позвать на помощь,

уметь пользоваться всем оборудованием в операционной, знать фармакологию всех лекарств, которые могут понадобиться, умения вовремя изменить подход, оценить риски того или иного действия.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

Нарраторы признают, что в начале трудовой деятельности чувствовали нехватку знаний по специальности, что сказывалось на их уверенности в своих силах: «Это постигается даже не годами, а десятилетиями, поэтому думаю, что моя дорога и путь в медицине не прост и даже не близок, поэтому я надеюсь, что со временем смогу освоить свою специальность вообще в полном объёме. А уж на первых этапах сомнения меня просто разъедали: смогу — не смогу, правильно — неправильно?» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года). Во многом сомнения в собственной успешности были определены несовпадением программ подготовки в ВУЗе и требований практического здравоохранения: «... Когда пришёл на работу, то понял, что не все так очевидно: то, чему учат в ВУЗе, иногда расходится с реальными практиками ведения пациентов. В каждой медицинской организации, скажем так, свои требования к методам. Понятно, что когда начал уже сам работать, то на первых порах пришлось все это осваивать» (мужчина, 28 лет, стоматолог, стационар, стаж 3 года).

В части нарративов подчёркивается, что знания врача должны быть системными, и применяться с учётом клинической ситуации: «...Единственное, что действительно важно для практической деятельности — знание анатомии и хорошее пространственное мышление. ...Для лечения маленьких пациентов особенно требуется большой багаж знаний по многим лечебным и общенаучным дисциплинам и эти знания всегда нужно держать в голове. Практическая часть любой медицинской специальности довольно разнообразна (есть широкий спектр выполняемых специалистом процедур). В общем, подход к лечению пациентов комплексный и акцентировать внимание на чем-то одном недопустимо, знания должны быть системными и применяться системно.» (мужчина, 28 лет, педиатр, стационар, стаж 1 год) и «Уже какое-то логическое медицинское мышление включается. Многие пациенты со смежными патологиями — начинаешь вспоминать смежные дисциплины, зачастую, чтобы проводить дифференциальный диагноз, все знания подключаешь с учётом ситуации.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Анализ массива нарративов показал, что работающие в стационаре, прежде всего, выделяют необходимость знания особенностей ведения пациента при выборе определённой техники лечения: «...Одна техника, например, используется одним хирургом. И у неё есть свои плюсы и свои минусы. Другим хирургом используется абсолютно другая методика и техника, у которых также есть свои плюсы и свои минусы. Очень важно определиться в них, даже если мы про две методики, а их реально может быть

и пять, и десять.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года). Кроме того, на взгляд участников исследования, для работы в условиях стационара необходимы знания и умения в оказании экстренной медицинской помощи: «Работая в стационаре, понял, что любой специалист, особенно хирургического профиля, просто обязан пройти экстренную службу. Не важно, какая она, гинекологическая, урологическая помощь, начинать нужно с этого.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Знания выступают основой уверенности молодых специалистов в соответствии должности, при этом нарраторы признают, что в начале трудовой деятельности испытывали страх ошибки, который одновременно стимулировал их на изучение стандартов и методов лечения, рекомендаций, статей: «Дело в том, что медицина — это раздел науки, всё-таки, который даёт возможность не то что управлять чужим телом, а вмешиваться в некоторые процессы, поэтому нужно с осторожностью, конечно, к этому относиться. В педиатрии эта вещь очень важная. ...У меня так с мононуклеозом было. Я один раз пропустил, теперь на всю жизнь запомнил. А сколько я читал, изучал, отработывал — страшно вспомнить.» (мужчина, 32 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

При этом, признавая необходимость актуализации знаний, умений и навыков по специальности, около трети участников исследования отмечали потребность в знаниях в сопряжённых с медициной отраслях — юриспруденции, навыках работы с системой электронного документооборота, психологии и, в особенности, в знаниях современных цифровых медицинских сервисов: «Не хватало знаний по работе с Единой медицинской информационно-аналитической системой, по работе с пациентами, психологических навыков работы с ними.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года) и «...Вот недостаточно знаний именно в юридической сфере. Надо что-то знать, на всякий случай.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

Понимая важность непрерывного профессионального образования медицинских специалистов, руководители большинства медицинских организаций стараются дать им возможность дополнительного обучения: «У нас очень хороший директор, который пытается нас всячески реализовать. Если ты хочешь обучаться, тебе оплатят обучение, где бы ты ни хотела обучаться. Любые курсы, пособия, всё за счёт клиники. Конечно, в разумных пределах, если не будешь работать, только будешь обучаться, они тебе ничего не дадут. Тем не менее меня и обучили за это время на нескольких различных курсах. Всё-всё классно, клиника только увеличивается.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года) и «Я знаю, что тут я могу расти, потому что за счёт бюджетных средств могу отправиться на обучение. То есть, руководство заинтересовано и поддерживает моё профессиональное развитие.» (женщина, 27 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года).

Помимо обучения за счёт медицинской организации, многие молодые врачи стремятся к получению дополнительных знаний, умений и навыков, самостоятельно осваивая новые компетенции, «подтягивая» теорию и активно изучая новые научные публикации по профилю профессиональной деятельности: «...Работа врачом — это непрерывное стремление к новым знаниям. Да и жизнь подкидывает материал... Приходится все время копаться в литературе, искать, спрашивать. Одного обучения и ПК (прим. - повышения квалификации) мало, надо постоянно самостоятельно информацию искать» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 2 года), «В настоящее время, работая самостоятельно, я продолжаю самообразование практически так же интенсивно, как это было в ординатуре.» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года) и «На первых этапах практической деятельности стало понятно, что надо быть упорной в приобретении нового опыта, не только практического, но и теоретического. Статьи читать, наблюдать за другими, учебники даже где-то пересмотреть.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 1 год).

Во многом стремление нарраторов к совершенствованию профессиональных навыков обусловлено желанием самореализации в выбранной сфере деятельности и конкуренцией с коллегами: «...Когда мы идём на операцию, мы должны знать и знаем её досконально по всем этапам, потому что мы смотрим различные обучающие видео, у нас есть хорошие клинические рекомендации, по которым мы тоже работаем. Если ты хочешь соответствовать уровню коллег, или даже превзойти его — ты должен и работать больше, и постоянно развиваться.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

В целом, нарраторы рассматривают знания, умения, навыки и соответствие компетенций требованиям должности как основу «спокойной» самостоятельной работы: «...Я самостоятельно работаю уже третий год, но все равно понимаю, что опыта у меня недостаточно. Но чем больше у меня опыта и знаний прирастает — тем спокойнее я себя чувствую на своём месте.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

При этом молодые врачи признают, что автономность в работе повышает их приверженность к выбранной профессии: «Несмотря на сложности работы в стационаре, для меня очень важно, что я самостоятельно веду пациентов, принимаю решения.» (мужчина, 28 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

«Изнанка» профессиональной деятельности: сложности профессионального пути

Профессиональная деятельность врача как специалиста «помогающей» профессии требует не только наличия знаний, умений, навыков по специальности, но и особых личностных качеств, умения выстраивать эффективную коммуникацию с пациентом и коллективом — что, в большинстве случаев, формируется по мере накопления опыта

самостоятельной работы у молодого врача. Анализ массива нарративов показал, что в начале самостоятельной работы молодые врачи сталкиваются со множеством различных затруднений.

Недостаточную готовность к профессиональной деятельности (дефицит знаний, умений и навыков) отмечает часть участников исследования как одну из ведущих проблем начального периода самостоятельной работы: «...Первые несколько месяцев было тяжело, вышел после ординатуры, ещё ничего не знаешь, зелёный весь. Как-то страшно, что с ними вообще делать-то? Так-то раньше в ординатуре были врачи, которые за тобой контролировали, а тут-то тебя никто не контролирует. Как-то страшно это всё: вдруг сейчас помрёт, не дай бог, не то сделаешь?» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Для молодых врачей, работающих в стационаре, наибольшую сложность вызывали редкие заболевания и случаи сочетанной нозологии у пациентов: «И вот сложность была в том, вот конкретно по первой бригаде, консультации по стационарам, могли быть очень тяжёлые случаи, в которых я на тот момент мог не справиться как молодой специалист, но всё равно приходилось ехать.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Прежде всего, неуверенность в работе с пациентами, в выполнении манипуляций, нарраторы связывают с отсутствием опыта практической самостоятельной работы: «Когда уже сама ведёшь пациента, сама принимаешь все решения, это все выглядит иначе. Когда перед первым таким пациентом в голове мысль: "Только бы руки не дрожали!". Хотя и понимаешь, что в такой ситуации бояться — это нормально.» (женщина, 26 лет, стоматолог, АПУ, стаж 3 года).

При этом чаще всего страхи нарраторов связаны с постановкой неверного диагноза или назначения: «Конечно, у молодого врача, который только-только начинает свою карьеру, возникают опасения по поводу неверной диагностики и тактики лечения.» (мужчина, 26 лет, стоматолог, АПУ, стаж 2 года).

Участники исследования отмечают, что в начале самостоятельной профессиональной деятельности понимали ответственность за жизнь и здоровье пациента, и это зачастую способствовало повышению уровня стресса: «... Но бывают сложные случаи, ты просто не знаешь, что делать. Страшно по первости одной сидеть на приёме. Боясь, что я наврежу пациенту. Мне кажется, что я что-то пропущу. Это уже тема ответственности именно.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год). Кроме того, опасения молодых врачей были связаны с утратой доверия пациента в случае недостаточно высокого качества оказания медицинской помощи: «Знала, что будет тяжело, особенно по началу. ...Общение с нервными пациентами, которые уже 40 лет не были у стоматолога, а пришли на приём от неимоверной боли — я смотрю и понимаю, что не знаю с чего начать лечение и знаю, что будет больно, а доверие пациента к стоматологам пропадёт совсем

и долечивать он не придёт тот же самый пульпит.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

Участники исследования отмечают эмоциональную сложность работы с тяжелообольными пациентами в стационаре как один из наиболее сложных аспектов «изнанки» профессиональной деятельности: «...Очень тяжело работать в больнице, где людям ставят онкологические диагнозы. Я помню, как пациент, которому проводили диагностику новообразования головного мозга, пытался покончить с собой, когда ему поставили диагноз глиобластома — одной из самых злокачественных опухолей головного мозга.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год) и «Мне было очень тяжело работать с детьми, потому что в большинстве это специфические дети, больные, недоразвитые, неспособные говорить, двигаться, проводящие в больнице практически всю свою жизнь с рождения. Конечно, их жалко, жалко их матерей. Обидно, что помочь ты всем не можешь, мучаешь этих детей, они плачут, им больно. Это ужасное чувство.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

При этом респонденты указывают, что их стрессовая реакция прежде всего связана с профессиональной беспомощностью: «Мы очень часто понимали, что пациентам не помочь. Таких пациентов было очень много. ...В какой-то момент я перестал получать удовольствие от работы. Мы практически каждый день оказывали экстренную помощь, немножко пролонгировали жизнь пациенту. Да, на какой-то период мы улучшали их состояние, но ты понимал, что пациент рано или поздно умрёт. Твоя работа — небольшая отсрочка, временный эффект, до того, как пациент покинет этот мир.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и «Особенно тяжело воспринимать первые неудачи, неблагоприятные сценарии... Хотя и понимала ещё в ВУЗе, что надо быть к этому готовым. Но к этому реально готовым никогда не будешь...» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 2 года).

Молодые врачи признают, что в начале профессиональной деятельности особенно остро реагировали на случаи осложнений болезни и потери пациента: «...Не смотря на все твои действия, может случиться что угодно, пациент может умереть и это тяжёлая ноша. К сожалению, я сталкивалась с таким, и это оставило свой отпечаток. Я помню этих пациентов, что они мне сказали перед наркозом, какие у них были сомнения перед операцией. Я помню, что одна женщина сказала, что хочет увидеть свою свадьбу, так как ей очень хочется замуж. Операция у неё прошла хорошо, мы даже поболтали с ней в палате пробуждения, а через час у неё развилась массивная интракраниальная гематома, и — на повторную операцию.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год) и «... Когда молодой медицинский специалист сталкивается с такими вот неудачами, то это может повлиять на твою психику, как мне кажется. Также очень важно понимать, что такие летальные исходы в практике могут привести к тому, что ты вообще уйдёшь из профессии.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

При этом большинство нарраторов, указавших, что имели такой опыт, указывают, что им не хватало навыков владения эмоциями: «Нас никогда и нигде не учили тому, как с этими чувствами совладать, как общаться с пациентами, как их утешать и поддерживать, как оставлять работу на работе, как не давать переживаниям мешать принимать верные решения.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

Одной из наиболее значимых проблем начала самостоятельной работы, отмеченных в большинстве нарративов, являлся дефицит шаблонов эффективной коммуникации с пациентами у молодых врачей: «Когда ты остаёшься с пациентом один на один, то на первых порах понимаешь, что сложно общаться. Общению с пациентами, к сожалению, не учат в ВУЗе. Грамотных коммуникативных навыков не хватало.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 1 год).

В отдельных историях были описаны случаи работы «на выезде» (в выездной бригаде), сопряжённые с негативным или неуважительным отношением пациентов к врачам: «...Особенно удивляло наглое отношение пациентов к врачу. Приезжаешь к ним на вызов помощь оказывать, они на тебя смотрят, как будто ты им должен. Сколько раз такое было: "Вы мне должны, я плачу Вам за это налоги". Вот это часто бывает, очень бесит, потому что я оказываю помощь медицинскую, тебе плохо, а ты тут начинаешь...» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Для некоторых нарраторов на этапе вхождения в рутинную трудовую деятельность наиболее сложным испытанием был высокий уровень нагрузки, в том числе — физической: «...Работа стоматологом — это очень точная, скрупулёзная работа и, в первую очередь, очень страдает тело. Напряжение на позвоночник, ноги, руки (особенно пальцы).» (женщина, 25 лет, стоматолог, АПУ, стаж 2 года) и «...На первом месте трудоустройства, это обычная стоматологическая городская поликлиника, я попала вообще в такую яму беспросветную — народу была куча, выдали мне сразу все талоны. Честно, после рабочего дня я хотела сбежать, закрыться и вообще не ступать на это место. Руки, ноги, спина — все болело от перенапряжения.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

Сложности оформления рабочей документации молодые врачи оценивают как одну из наиболее весомых сложностей старта самостоятельной работы «...В начале трудно было именно с документами, с их оформлением, верным ведением. Это так нервировало, я боялась больше ошибиться с бумажками, чем с человеком!» (женщина, 25 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 1 год).

Усугубление «бумажной» нагрузки ограниченным временем приёма пациента и трудностями работы в Единой медицинской информационно-аналитической системе отметил почти каждый пятый нарратор, что может быть связано с цифровизацией здравоохранения и появлением новых медицинских документов и видов оказания

медицинской помощи: «Знаете, во-первых, не хватает времени на приёме — это раз. Потому что компьютер. Сложности были: несовершенная программа Единой медицинской информационно-аналитической системы постоянно висла. Вот с этим у меня постоянно были сложности.» (женщина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Недостаточный уровень оплаты труда и финансовые затруднения в начале профессиональной карьеры отметили большинство нарраторов: «Когда я ещё получила свою первую зарплату, я вообще там упала. На эти деньги надо жить, а как — непонятно.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года). Однако финансовые проблемы врачи воспринимают, скорее, как неизбежный этап профессионального «взросления» и считают, что молодой врач должен, прежде всего, думать о профессиональном совершенствовании: «Врач никогда не должен думать в первую очередь о деньгах, он, как молодой специалист, должен профессионально расти.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и «Я не думал ни о зарплате, ни о проблемах и трудностях практической работы. Никогда. Думал только о том, как стать профессионалом в своей сфере.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет). Отметим, что этот подход рефреном отзывается и в представлениях участников исследования о личностных качествах «настоящего» врача.

Коммуникация врача и пациента как основа автономности молодых врачей

Необходимость коммуникативных навыков для врача на всех этапах профессиональной социализации отмечали абсолютно все нарраторы. При этом участники исследования подчёркивают, что врач должен иметь универсальные навыки для взаимодействия с пациентами и их родственниками (представителями различных социальных групп), а также уметь выстраивать коммуникацию в профессиональной среде.

Подчёркивая необходимость развития навыков общения с пациентами, респонденты указывают, что, прежде всего, коммуникативные навыки являются инструментом получения информации о состоянии здоровья, жалобах, анамнезе пациента: «Когда уже начал работать, понял, терапия — это, в первую очередь, общение с пациентом. Иногда без правильно собранного анамнеза точно также ничего не получается. Так уж во всех терапевтических специальностях.» (мужчина, 31 год, терапевт, стационар, стаж 4 года) и «...Для акушера очень важно уметь найти общий язык с пациенткой, от этого тоже зависит успех. Сбор анамнеза... С каждым нужно общаться по-своему, подбирать слова. А порой времени на это просто не бывает. Поэтому коммуникативные навыки они, конечно, очень нужны.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 2 года).

Кроме того, эффективная коммуникация способствует, по опыту нарраторов, установлению доверительных отношений врача и пациента — а прежде всего доверие

пациента к врачу отражается на показателях комплаентности: «Коммуникация с пациентами — это основа доверия, и, если оно есть это доверие — то и дело пойдёт на лад, пациент будет внимательно слушать и выполнять рекомендации. Во всяком случае, в большинстве случаев.» (мужчина, 30 лет, хирург, АПУ, стаж 4 года).

Многие участники исследования отмечали, что самостоятельная коммуникация с пациентами была одним из наиболее сложных вызовов их автономности: «...Быть готовым много общаться с разными людьми — по характеру, по темпераменту, по всем параметрам — стараться быть универсальным в общении с людьми и находить со всеми общий язык — вот этому не учат. Мне кажется, этому тяжело научить. И вот этот переход к уверенному общению с пациентами происходит только с опытом. И, конечно, это самое сложное — самому решать с пациентами все вопросы, не бегать к завотделением, к коллегам — то есть быть самостоятельным врачом.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

При этом сложности коммуникации с пациентами и их родственниками, конфликтные ситуации на этапе начала самостоятельной профессиональной деятельности составляли некоторых молодых врачей сомневаться в собственной профпригодности: «Были сложности в общении с пациентами, ведь все разные. В условиях стационара, тем более скорпомощного, не всегда есть возможность подстроиться под особенности пациента, прочувствовать, начать говорить на его языке. И уже начинаешь задумываться: "Может это не моё место? Я вообще, может, не справляюсь с работой?".» (мужчина, 28 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года).

Молодые врачи отмечают, что значительная часть конфликтов была связана с недостаточно высоким уровнем медицинской грамотности пациентов, их приверженности к патерналистской системе здравоохранения и неготовностью придерживаться принципов самосохранительного поведения: «...Поражает поведение пациентов, их отношение к полости рта, постоянное откладывание решения проблемы на потом. В результате, часто винят врача, но врач же не волшебник.» (женщина, 25 лет, стоматолог, АПУ, стаж 2 года).

Как признают сами нарраторы, специфика их работы предполагает постоянную коммуникацию с пациентами, и конфликты могут возникать из-за личностных особенностей и распространённых стереотипов в российском обществе: «Скажу ещё, что пациенты бывают совсем неадекватные. Я был готов к некоторым моментам, но всегда можно удивить человека. Конечно, люди разные бывают. И в драку на меня бросались. Так получилось, что мужик не понял свою жену и пришёл ко мне выяснять отношения.» (мужчина, 30 лет, педиатр, АПУ, стаж 4 года) и «Пациенты тоже ведь все разные и отношение к врачу разное бывает. Мне однажды сказали, что я достаточно молодой. При том, у всех свои стереотипы. Во-первых, детских врачей-мужчин очень мало. Это, кстати, тоже поводом

для резких высказываний бывает.» (мужчина, 30 лет, педиатр, АПУ, стаж 4 года).

Кроме того, переход системы здравоохранения от оказания медицинской помощи к концепции медицинских услуг оказал существенное влияние на снижение пиетета пациентов в отношении профессии врача и качества коммуникации: «...Когда уже стал сам работать, то особенно удивляло наглое отношение пациентов к врачу. Приходя на приём за помощью, они на тебя смотрят, как будто ты им должен. Сколько раз такое было: "Вы мне должны, я плачу Вам за это налоги". Вот это часто бывает, очень бесит, потому что я оказываю помощь медицинскую, а не услуги продаю.» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года).

Коммуникация с коллективом медицинской организации как составляющая профессионального становления

Деятельность медицинского коллектива основана, прежде всего, на командной работе, признании необходимости взаимопомощи, общих нормах и ценностях, культуре: «В скорпомощном стационаре, конечно, все иначе. Тут совсем другой темп, другая отдача, но и другая самореализация. На первых порах было сложно приспособиться, но помогли коллеги (и не только стоматологи). Нам привозят пациентов после аварий и зачастую приходится собирать пациентов как пазл, по кусочкам. Это совсем другое, нежели пломбу поставить. Зато понимаешь, что работает одновременно команда, все делают одно общее благое дело!» (мужчина, 28 лет, стоматолог, стационар, стаж 3 года) и «Когда не было возможности проконсультироваться с заведующим, более старшие товарищи подсказывали, будь то ночь, день, не важно, по поводу тактических действий по отношению к пациенту.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Именно коммуникация становится для молодых врачей основой профессиональной адаптации и передачи опыта, практических навыков. Так, к усвоению профессионального сленга (языкового «культурного кода») специалист адаптируется в коллективе: «И ещё — когда ты приходишь в коллектив, ты "ловишь" определённые слова, обороты и постепенно начинаешь их использовать.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Участники исследования отметили, что неформальная коммуникация в коллективе оказывает положительное влияние на укрепление взаимоотношений: «Общение вне работы также помогло мне влиться в коллектив. Корпоративы, совместные походы на конференции, отделенческие собрания развлекательного характера за пределами работы помогали лучше узнать коллег, в каком-то смысле сдружиться с ними.» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года).

Во многом именно неформальное наставничество коллег становится стимулом для профессионального развития: «Мне коллеги показали, как они делают определённые

хирургические вещи, и я подумал: «Здорово! Я тоже хочу это уметь!». Вообще, в медицине тебя учат коллеги прежде всего. И если ты сам хочешь состояться, имя себе заработать — надо учиться, хватать на лету всё. Ну и потом шлифовать самому, читать, искать, сравнивать, спрашивать.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет) и «...Коллеги сразу показали, как катетеризацию мочевого пузыря лучше делать у лежачих, а дальше я уже сам стал подхватывать. ...Техническая работа — замена труб в мочевом пузыре у пожилых пациентов — не такая уж сложная.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Интересно, что для многих нарраторов личный опыт получения неформальной поддержки коллег стал определяющим в стремлении помочь следующим поколениям молодых врачей. То есть выступил определённым механизмом трансфера практики наставничества: «...Даже сейчас, общаясь с молодыми специалистами, которые так же, как и я когда-то, только-только устроились в стационар, я вижу в их глазах такой страх, который был у меня. Вижу вот эту вот нервозность, боязнь принять пациента, принять какое-то решение. Ты, пройдя всё это, уже стараешься им подсказать, как они себя должны вести в этот момент. Так, как меня когда-то коллеги поддерживали, я поддерживаю молодых. Такой круговорот профессиональной солидарности.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Подтверждает ключевое значение профессиональной коммуникации и тот факт, что проблемы взаимодействия в коллективе могут отражаться на качестве медицинской помощи: «Зачастую к неудовлетворительным результатам приводит не недостаток знаний по медицине, а неэффективная коммуникация между специалистами и медицинские ошибки, связанные с организацией процессов.» (мужчина, 28 лет, педиатр, стационар, стаж 1 год).

Трансформация представлений молодых врачей о выбранной сфере деятельности и факторы приверженности к профессии

Начиная самостоятельный профессиональный путь, молодые врачи зачастую сталкиваются со сложностями, которые могут стать серьёзным барьером на траектории профессионального становления и могут выступить причиной ухода из профессии. Учитывая высокий уровень трудозатрат на получение врачебной специальности, уход специалиста из практической медицины является экономически невыгодным как для самого врача, так и для системы здравоохранения и государства в целом. Именно поэтому одной из задач реализованного исследования было выявление факторов, способствующих приверженности к выбранной профессии и факторов риска отказа от выбранной профессиональной карьеры.

Прежде всего молодые врачи подчёркивают, что привержены выбранному профессиональному пути поскольку испытывают интерес к выбранной области медицины

и мотивированы на развитие в этом направлении, несмотря на имеющиеся сложности: «Работа хирурга привлекла меня тем, что результат работы виден сразу. Состояние пациента меняется стремительно, эффект от «наложения рук», действий, введения препаратов, манипуляций проявляется за короткое время. Можно быстро получить обратную связь — правильный ли ты сделал выбор, верное ли принял решение.» (мужчина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 2 года).

Важным для нарраторов при этом является попадание в профессиональный «мейн-стрим»: «Я всегда понимала, что меня тянет именно в стационар: возможность дежурств, полное погружение в профессию, большой и непредсказуемый пациентопоток с различными нозологиями были всегда мне интересны.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 3 года) и ощущение профессионального «драйва»: «Меня все отговаривали, наоборот сказали, что ни в коем случае, тебе это ненужно, зачем. Потому что работа врача по сути — отсутствие свободного времени, отсутствие личной жизни, отсутствие всего. Но в этом есть какая-то романтика. Знаете, людям помочь, как это ни банально. Люди к тебе приползают, а от тебя уже уходят на своих ногах — вот это вот прикольно, это драйв! Когда к тебе приходит конструктор какой-то непонятный, а уходит организм, который ещё и говорить начинает нормально. Пазл собран, прикольно.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

Не менее важным фактором приверженности к профессии является для молодых врачей ощущение причастности к профессиональному медицинскому сообществу и медицине как особой, «сакральной» области знаний: «Ты уже осознаёшь и чувствуешь себя лечащим, причастным, чувствуешь себя доктором уже с дипломом, который полностью может вести пациентов.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года) и «В тот момент я понимал, что я один из немногих молодых специалистов, у которых есть эта работа. Я понимал, что у одного из 20 может быть работа в стационаре.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Однако многие нарраторы признают, что завышенные ожидания выпускников ВУЗа и «романтизированное» представление о профессиональной деятельности на этапе самостоятельной работы врача трансформируются, а зачастую приводят к разочарованию в выбранном профессиональном пути: «Были, конечно, определённые ожидания, как и у всех молодых врачей хирургического профиля, что сейчас я приду в операционную и как стану оперировать... На деле оказалось все прозаичнее: большая конкуренция и маленькая зарплата. ...В нашей специальности работа построена так, что одни оперируют и получают за это лавры, а другие "подносят им снаряды".» (мужчина, 30 лет, хирург, АПУ, стаж 4 года).

Кроме того, высокая самооценка молодыми врачами своих профессиональных «сил» может не выдержать

проверки практикой работы: «Молодому специалисту надо не задирать нос, очень грамотно оценивать свои силы. Поэтому что у молодёжи: «О, классно, мы всё умеем, всё можем, такие мы крутые!». На самом деле всё не так.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года).

Кроме того, одним из факторов приверженности к профессии для нарраторов является возможность работать с «помогающими» технологиями и на хорошей материально-технической базе. Чаще всего подчёркивали этот аспект специалисты, «работающие руками» — стоматологи, акушеры-гинекологи, хирурги: «Центр, в котором я проходила ординатуру и осталась работать после ординатуры, хорошо оборудован, у меня был доступ к большинству современных технологий и препаратов.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год).

Верно и обратное — если условия труда не соответствуют ожиданиям молодых врачей, они чаще были готовы сменить место работы или отказаться от работы по специальности: «Со мной в кабинете, представьте, сидят 2 ветерана, два терапевта, а я посередине. У меня был этот ус, который заводился так: "Тр-дын-дын-дын-дын!". Я вообще ржала, я не могла. Это моё рабочее место? Как же я буду дальше-то жить?» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года) и «...Главное — у меня была хорошая база, я в универе работал на такой технике, которой в стационаре даже не видели. Пришлось работодателя просить купить новую технику, хотелось сразу на оптимальной базе работать, а не бегать искать получше условия труда.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет).

Однако несовпадение ожиданий и фактического уровня оплаты труда становится частой причиной отказа молодых врачей от работы по специальности: «Сейчас уже имеем то, что имеем, тот уровень заработной платы, тот объём работы, который выполняется врачами по большей части, не оплачивается в должной степени. Если бы пришлось выбирать снова — я бы, наверное, выбрал бы более денежную специальность, например, стоматологию.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года). При этом многие нарраторы акцентируют внимание на том, что усилия, вложенные в получение медицинского образования и профессиональное развитие, а также объём выполняемой нагрузки («трудоzатраты») не «окупаются» в короткой перспективе: «Вот это вот соотношение: сколько ты всего делаешь и сколько всего получаешь, мне кажется, больше всего к этому врач не может привыкнуть, особенно в период, когда накипело, когда тяжёлый день, ты кучу операций сделал, понимаешь, ради чего ты это делаешь, всё равно разговоры в ординаторской сводятся к тому, как за эту работу, что мы делаем, мы получаем вот такие вот деньги. Не окупаются эти трудоzатраты на сегодняшний день в России.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и «...Скажу, что трудоzатраты, которые были затрачены в период обучения, в финансовом плане для молодого медицинского специалиста не окупаются.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года).

Тем не менее даже признавая несовпадение объёма вложенных усилий и оплаты труда, некоторые участники исследования апеллируют к «эмоциональному» выравниванию баланса трудоzатрат и подчёркивают, что эмоциональная «отдача» от профессиональной деятельности и понимания важности работы врачи для общества компенсирует временные финансовые трудности: «Если говорить об "окупаемости" трудоzатрат, конечно, эти трудоzатраты здесь не окупаются. Если говорить про конвертацию знаний и умений в деньги, то гинекология конкретно — это специальность, где достаточно мало процедур, кроме как обследования и беседы. Такие специальности страдают от того, что меньше сделала — меньше получила. Но для кого-то трудоzатраты окупаются каким-то эмоциональным подкреплением от работы с пациентами.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год).

Одновременно с этим именно эмоциональная нагрузка становится для некоторых молодых врачей фактором принятия решения об уходе из профессии: «Конечно, самостоятельная практика без сложностей не обходится. Каждый день какие-то сложности, но пока все решаемы. Бумажная волокита, гормоны пациенток и истерзанные нервы их родственников не проходят мимо.» (женщина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года) и «...Приезжаешь в какие-то семьи, ты видишь иногда в каких условиях живут люди, в каких условиях живёт соответственно, вот этот дедушка. Были конфликтные ситуации, когда дедушка среди мух лежит, весь в моче, весь, извините, в естественных каких-то испражнениях. Родственники не обращают внимание, единственное, чем они могут помочь — вызвать бригаду, которая поменяет. Морально очень тяжело было приезжать в такие семьи, видеть, как живут люди. Мировоззрение меняется, абсолютно. Было желание тогда уйти из профессии.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Трансформации системы отечественного здравоохранения, начавшиеся в постсоветский период, определили пересмотр законодательства и возможности развития частного сектора медицины.

Согласно наблюдениям участников исследования, условия труда и заработная плата у врачей в частном секторе медицины выше, а условия работы — более привлекательны, что зачастую обуславливает переход (отток) специалистов из государственной в коммерческую медицину: «У меня есть большое количество коллег, работающих в частных клиниках, где им хорошо оплачивается приём, на каждого больного отводится более 20 минут. Они уже наработали себе базу постоянных пациентов. Но для этого нужно время и опыт, конечно. У нас тут иначе, 12 минут на приём, плюс масса документации, её иногда даже домой приходится забирать. Но сейчас у меня этап наработки опыта при стабильном доходе. Поэтому пока все тяготы воспринимаются нормально. А потом наработаю опыт и подумаю.» (женщина, 27 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года). При этом учитывая,

что для обеспечения высокого качества медицинской помощи в платном секторе медицины работодатели заинтересованы в привлечении, прежде всего, высококвалифицированных специалистов, нарраторы признают, что рассматривают возможность перехода в коммерческие медицинские организации после наработки практического опыта: «...Работаю где-то с июня этого года, за это время у меня огромная практика. Как только смогла наработать опыт, ушла в частную клинику. У меня очень сильно поднялась цена приёма... Считаю, что я неплохо устроилась.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года).

Тем не менее нарраторы не воспринимают трудоустройство в частной медицинской организации как «формулу успеха» в профессии, скорее, подчёркивают вынужденный характер перехода от «идейной» профессиональной траектории к «финансово грамотной» карьерной лестнице: «...Большинство одноклассников пошли работать именно в платные поликлиники, частные клиники. И считают, что это успех, это счастье, это достижение жизненное. То есть профессиональное такое "идейное" выживание поменяли на рутину, зато хорошо оплачиваемую.» (женщина, 30 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

Приверженность к выбранному профессиональному пути зачастую осложняет семейные отношения молодых врачей. Одним из факторов изменения траектории профессионального пути на этапе начала самостоятельной работы — вплоть до риска отказа от работы врача — выступает влияние рабочего графика и нагрузки на семейную жизнь молодых специалистов: «Я не замужем, но у меня есть ребёнок. Я в разводе. Думаю, что могло сыграть в разводе значение, что я врач. Да, муж хотел куда-то сходить — у меня дежурство, в выходные — я отсыпаюсь, плюс наука — мне нужно систематический обзор какой-нибудь поделывать... А у него классный коллектив, после работы в пятницу в бар, на выходные — едут куда-нибудь... А тут ребёнок, с ним сидеть, из сада забрать, а мама вечно на работе. Был выбор — отказаться от брака или от работы, победила работа.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 5 лет).

Планирование семьи молодыми врачами также зачастую сопряжено с повышением финансовой нагрузки на молодых врачей, что может стать фактором перехода в частный сектор медицины или отказа от работы по специальности: «У нас дома два врача — я и муж. Понятно, нам не хватало денег. Нужно было кому-то уходить из медицины или идти в частный сектор, потому что жить было не на что — зарплаты у врачей не самые большие. Поэтому зарплату я получаю в одном месте, пациентов смотрю в рамках аспирантуры.» (женщина, 29 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года) и «...Моя подруга после второго декрета совсем ушла из профессии, я думаю, потому что не хватало именно в финансовом плане. Просто детей надо было на что-то кормить и самим есть.» (женщина, 27 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 2 года).

Влияние автономной профессиональной деятельности на трансформацию представлений о ключевых личностных характеристиках врача

Одним из ключевых качеств, которым должен обладать врач, на взгляд самих респондентов, является ответственность. В большинстве нарративов подчёркивается, что автономность врача тесно связана с ответственностью за жизнь и здоровье пациента: «Самое главное — это ответственность... А когда ты стал врачом самостоятельно, то ты предоставлен сам себе. Поэтому первое, с чем сталкиваешься — это ответственность за каждое решение. Ты, конечно, можешь подойти к старшим, но уже не хочется, потому что вроде бы и сам врач, поэтому хочется самому принимать решения.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Большинство участников исследования отмечают, что период начала самостоятельной профессиональной деятельности, прежде всего, был сопряжён с переосмыслением или осознанием бремени ответственности за принятые ими решения: «...Огромная ответственность за жизнь другого человека. Как пилот самолёта ответственен за пассажиров, так и хирург ответственен за своих пациентов.» (женщина, 27 лет, хирург, стационар, стаж 1 год). Особенно остро понимают ответственность за свои действия врачи акушеры-гинекологи и педиатры: «...Ты несёшь ответственность — твои действия не только здесь и сейчас оцениваются руководителями, преподавателями, но и родитель, и ребёнок потом может жить своей жизнью, не переживать о своём здоровье.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года).

При этом для нарраторов зачастую чувство ответственности созвучно значимости их профессиональной деятельности: «Понимание ответственности за жизнь человека и определяет значимость профессии, на мой взгляд. Врач, спасатель, военный — это профессии, которые помогают в жизненных ситуациях, и это определяет во многом признание значимости этой работы. ...Да, это тяжёлая, ответственная, нужная работа. Ты в этот момент понимаешь, что ты нужен, что ты спасаешь жизни. ...То, что причастен к чему-то большому, нервные моменты, колоссальная ответственность более чем окупалась чувством причастности к значимому, жизненно важному делу.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Немаловажную роль в обострении чувства ответственности врача имеет и сопряжённость профессиональной деятельности с правовой ответственностью — подчас принятое специалистом решение определяет состояние здоровья пациента на всю последующую жизнь: «Когда уже сам начал работать, самостоятельно, столкнулся с тем, что везде уже стоит твоя фамилия, то, что оперирующий хирург — твоя фамилия. Везде твоя фамилия. И ты отвечаешь, получается, уже юридически за это всё.» (мужчина, 30 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 3 года) и «У нас есть Уголовный кодекс. Хочешь не хочешь, он к ответственности приведёт любого человека.

Все прекрасно понимают, чем может закончиться врачебная ошибка.» (мужчина, 32 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

Ответственность врача как требование профессии связывается нарраторами не только с пониманием их решений или действий для здоровья пациента, но и репутационными характеристиками коллектива, медицинской организации, профессии в целом: «Я всегда был гиперответственным и при выборе профессии уже понимал, что мой выбор — это ответственность всю жизнь: за пациента, лечение, документы, коллег, лицо медицины в целом.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет).

Понимание корпоративной этики и ответственности в профессиональной деятельности врача во многом определяется командной работой медицинских специалистов, что способствует солидаризации коллектива, уважению к опыту коллег и профессиональному развитию («дообучению») «на местах»: «...Самая большая сложность — это взять на себя ответственность в решении того или иного вопроса в лечении, потому что есть различные практики, методики лечения. Выбрать одну из них и выбрать необходимый план как предоперационного, так и послеоперационного ведения, реабилитации пациента.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

Тем не менее высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье пациента становится императивом повышения требований к своим профессиональным знаниям, умениям, навыками, развитию ряда профессиональных качеств, повышению работоспособности — и зачастую соответствия образу «идеального» врача: «Все понимали, что из меня реально получится отличный и, главное, ответственный врач — и я думаю, что получился. У меня всегда были такие завышенные требования и к профессии, и к себе. И в университете, и сейчас я требую от себя многого, я стараюсь — иногда через "не могу" и усталость, но иду и готовлю доклад или начинаю метаанализ делать для статьи. А никто и не обещал, что будет легко. Зато интересно.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет).

По мнению участников исследования, стремление к профессиональному саморазвитию и повышению профессионального уровня является основополагающим для профессиональной самореализации врача: «Я думаю, что в моей профессии для врача самое главное — непрерывный рост. Непрерывное профессиональное развитие. Только так можно работать, чувствовать, что ты на своём месте.» (мужчина, 30 лет, стоматолог, стационар, стаж 5 лет).

При этом молодые врачи подчёркивают, что «...Врачом не может стать каждый, тем более молодой специалист. ...Он должен быть, в первую очередь, трудолюбивым, целеустремлённым, порядочным. Он должен постоянно профессионально развиваться, учиться, читать, набраться опыта, максимально, откуда возможно набрать его

в поликлинике, волонтерить.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года) и указывают, что профессиональное развитие требует от врача сосредоточенности, наблюдательности и внимания к деталям: «В первую очередь внимание должно быть, то есть человек должен замечать мелочи.» (мужчина, 32 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года) и «Есть болезнь Вильсона-Коновалова, это недостаточность церулоплазмина, фермента, который утилизирует медь. При таких заболеваниях видоизменяется радужка глаза, золотое колечко появляется — кольцо Кайзера-Флейшера. Его увидеть очень тяжело, но, если присмотреться, можно. Заболевание в основном поражает печень. Соответственно, маленький ребёнок жёлтый — с желтухой. Чем он болеет? Бог его знает, вот надо сидеть, разбираться. А тут посмотрел, тут посмотрел, сыпь нашёл, это нашёл — ага! Соответственно, внимательность к мелочам — очень важная вещь. Способность обучаться буквально "в поле" — ты посмотрел, новый случай нашёл, запомнил, пришёл домой — почитал.» (мужчина, 32 лет, педиатр, стационар, стаж 4 года).

В целом, высокая работоспособность в представлениях нарраторов выступает «фильтром» для «входа» в профессию. Уже на этапе обучения в ВУЗе нарраторы отмечают работоспособность как одно из ключевых качеств, которым должен обладать врач. И на этапе самостоятельной работы эти представления получают новое, более устойчивое и аргументированное звучание: «Вообще, ключевым для успешной профессиональной социализации, адаптации в профессии — быть готовым работать, именно много работать, не покладая рук.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год) и «Самый главный принцип — очень много работы. Если ты будешь много работать, все всё понимают, что ты сможешь остаться в профессии, выдержишь.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет).

Нарраторы признают, что нагрузка молодого врача ставит его профессиональное развитие на грань самопожертвования, но оценивают эти сложности, скорее, как испытание на соответствие требованию профессии: «Было тяжело, на самом деле, очень тяжело. Ещё больница с большим пациентопотоком, очень большим. Мало какой стационар сравнится с этим, на тот момент. Плюс, спустя несколько месяцев, мне ещё дали, выделили ставку выездного уролога по Москве, две даже ставки выделили. С 8 утра до 8 утра следующего дня я работал консультантом, выездным урологом по Москве. Меня вызывали на любую проблему, которая требовала консультации по телефону, либо непосредственно хирургического участия в стационарах, где нет урологического отделения. Утром, ночью, меня вызывали, единый телефон, который был при мне, и скорая за мной приезжала. Я вот по таким стационарам ездил, консультировал постоянно, либо оперировал по возможности. На тот момент в нагрузку в приёмном отделении ещё вот такая работа появилась. И по четвергам была ещё выездная бригада по лежачим

пациентам, стагнированным, у которых были трубки в мочевом пузыре. Это, как правило, пожилой мужчина, который не в состоянии доехать до больницы, но трубка перестаёт в какой-то момент работать. Моей задачей было на скорой помощи приехать, на дому провести замену этого катетера. Но если хочешь стать хорошим врачом — ты должен быть работоспособным и уметь нести нагрузку.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Высокий уровень рабочей нагрузки определяет необходимость наличия у врача не только работоспособности, но и такого качества, как стрессоустойчивость: «У некоторых такая нагрузка отражается на здоровье. Наверное, для людей, которые склонны копать или склонны к стрессу, тяжело бывает.» (мужчина, 27 лет, хирург, АПУ, стаж 1 год).

Интересно, что врачи, работающие в стационаре, прежде всего, акцентируют внимание на стрессоустойчивости в экстренных условиях: «В целом важно, чтобы в стационаре врач мог быстро принимать решение, был спокойным, стрессоустойчивым, выдержанным...» (женщина, 31 год, педиатр, стационар, стаж 5 лет). При этом врачи поликлинического звена обращают внимание на стрессоустойчивость врача при взаимоотношениях с пациентами: «На мой взгляд, стоматолог — это неторопливый человек, который умеет успокаивать, но обладает здоровым хладнокровием любого врача.» (женщина, 28 лет, стоматолог, АПУ, стаж 4 года).

Тем не менее коммуникация с родственниками пациентов требует выдержки от врачей амбулаторного и стационарного звена: «Да, думаю, что правильно выбрала специальность. Я спокойна, люблю детей, не конфликтна с родителями, достаточно терпелива и могу принять сложные решения. Это важно. Большинство моих коллег такие же, это, наверное, и есть входные требования к профессии.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 5 лет).

Коммуникабельность, на взгляд участников исследования, также является одним из ключевых качеств, которым должен обладать врач — при этом умение выстроить продуктивный диалог требуется не только во взаимоотношениях с пациентами и их родственниками, но и с коллегами, коллективом медицинской организации: «Я считаю, если говорить про врачей, то всем нужна такая гибкость в общении с коллегами, пациентами, терпеливость и оптимизм. Понимать, что все трудности на нашем пути стоят того, чтобы гордо носить звание "врач".» (женщина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года).

Эмпатия, выступая основой коммуникации врача и пациента, позволяет заметить в процессе лечения детали, которые могут стать решающими для постановки диагноза или выявления причин заболевания, что укрепляет профессиональную репутацию врача: «...Многое зависит от умения общаться и находить общий язык, а не только от фактических знаний и навыков, стремления профессионально расти и развиваться. Коммуникация

для врача — это главное.» (мужчина, 28 лет, стоматолог, стационар, стаж 3 года). Кроме того, во многом, на взгляд участников исследования, выдержать сложности работы врачам помогает любовь к выбранной профессии: «Свою профессию надо любить, чтобы идти на работу с радостью, а не с мыслью, что скорей бы наступил вечер и рабочий день подошёл к концу.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Мотивация к профессиональной деятельности

Анализ массива мнений показал, что профессиональная мотивация большинства молодых врачей носит, преимущественно, альтруистический характер. На первом месте по частоте упоминания — мотивы, раскрывающие общие личностные установки молодых врачей, любовь к людям, стремление помочь: «На самом деле мне хочется помогать людям, я это люблю, у меня это заложено где-то. Не то, что я прямо фанат этого, но, если кому-то нужна помощь, я не пройду мимо, скорее всего.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, АПУ, стаж 1 год).

При этом получение положительной обратной связи от пациентов и их родственников для молодых врачей не только является мотивирующим фактором, но и выступает, во-первых, неформальным подтверждением соответствия их квалификации требованиям должности и подтверждения правильности выбранной траектории профессионального развития: «Если пациент доволен и его здоровье стало лучше — значит, я соответствую своей должности, я квалифицированный врач и на своём месте нахожусь. Твоя работа делает жизнь людей пусть чуть-чуть, но проще и лучше, развивает уровень медицины и вообще уровень жизни в нашей стране в целом.» (мужчина, 28 лет, хирург-травматолог, стационар, стаж 2 года).

Во-вторых, отзывы пациентов зачастую стимулируют молодых врачей к дальнейшему профессиональному развитию и совершенствованию профессиональных навыков: «Очень мотивируют в работе, в профессиональном развитии, положительные отзывы пациентов. Тогда осознаешь, что ты делаешь большое и хорошее дело, и хочешь делать его ещё лучше.» (мужчина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж 1 год).

В-третьих, нарраторы признают, что именно благодарность и положительные отклики пациентов подкрепляют ощущение их «принадлежности» к важной и уважаемой профессии: «Что даёт мне силу продолжать любить свою профессию сейчас? Хорошие отзывы. Да, когда мы получаем положительные отзывы — это даёт понимание, что наша профессия нужна и важна.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года) и «...Самое ценное, наверное, это первое "Спасибо!", сказанное пациентом. Когда ты видишь, что пациент доволен, ты ему помогла, внутреннее уважение к себе появляется.» (женщина, 26 лет, стоматолог, АПУ, стаж 3 года).

На втором месте по частоте упоминания — мотивирующие факторы, связанные с возможностями самореализации в профессии и реализации профессиональных

интересов: «Моя мотивация к работе — интерес. Мне интересно изучать и помогать. Дальше планирую совершенствоваться, внедрять новые методы.» (женщина, 29 лет, педиатр, стационар, стаж 5 лет) и «Сейчас для меня мотивирующим фактором является стабильность, которую мне даёт моя работа. А ещё то, что я могу стать лучше, круче в моей профессии.» (женщина, 25 лет, педиатр, стационар, стаж 3 года).

Третьей по распространённости в нарративах является мотивация к профессиональному развитию и самосовершенствованию: «...Главный результат для нас — здоровье ребёнка. Это правда, и, если тебе это не интересно — ты уже не врач, ты выгорел, сломался. И буду стараться совершенствовать свою работу, свои навыки, повышать качество моей работы.» (женщина, 31 год, педиатр, стационар, стаж 5 лет).

В целом, любовь и приверженность к своей профессии, чувство причастности к важной социальной миссии по сохранению здоровья и спасению жизни человека является одним из распространённых мотивов, представленных в нарративах: «...Я понимаю, что то, что я делаю, приносит людям реальную пользу. Нет ничего лучше, чем когда ты выписываешь пациента и видишь в глазах пациента счастье, что у него на руках новая жизнь — ребёнок.» (женщина, 28 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 2 года).

Кроме того, в части нарративов звучит мотивация к профессиональной деятельности, основанная на стремлении к «экстремальной», динамичной профессиональной самореализации: «Чувство причастности к такой профессии — сложной, рискованной, с адреналином и стрессами — вот это моё, это то, что я выбрала.» (женщина, 31 год, педиатр, стационар, стаж 5 лет).

На профессиональный выбор и мотивацию влияет и престиж профессии врача: «Я всегда считала, что специальность врача и учителя самые престижные.» (женщина, 29 лет, акушер-гинеколог, стационар, стаж 4 года). Популяризация медицинской специальности в средствах массовой информации также способствует приверженности к выбору врачебной профессии: «Моя мотивация попасть в медицину началась с серии хороших передач "Московская служба спасения".» (мужчина, 30 лет, терапевт, АПУ, стаж 4 года) и «В эти годы как раз начали сериалы выходить про врачей — вот я и захотел быть таким врачом из кино.» (мужчина, 30 лет, хирург-оториноларинголог, стационар, стаж 5 лет).

При этом сами нарраторы подчёркивают, что удовлетворённость своей профессиональной деятельностью, местом работы, перспективами профессиональной самореализации выступает «прививкой» от выгорания: «Единственным фактором, который может удержать в профессии, сохранить невыгоревшим врача — получение огромного удовольствия от выполнения своей работы, когда ты видишь, что направляешь пациента по пути выздоровления, помогаешь ему.» (мужчина, 28 лет, педиатр, стационар, стаж 1 год).

Несмотря на превалирование альтруистической мотивации к профессиональной деятельности у молодых врачей, в пятой части нарративов упоминаются и материальные факторы, влияющие на профессиональную деятельность участников исследования: «На первых курсах я была движима сугубо альтруистическими мотивами, сейчас уже понимаю, что доход для врача тоже важен.» (женщина, 27 лет, терапевт, стационар, стаж 2 года) и «...Есть, конечно, различия между тем, к чему готовятся медики, когда учатся, и что получается на самом деле. Мифы, так сказать,... Первый миф, собственно, и я, наверное, был таким, что основная твоя задача — помогать людям. Это не совсем так. Ты помогаешь людям, но основная твоя задача — зарабатывать деньги, потому что у всех нас есть семьи. Это такая же работа, это тяжёлая работа, которая должна приносить деньги.» (мужчина, 31 год, хирург-уролог, стационар, стаж 4 года).

Тем не менее финансовый фактор важен для молодых врачей прежде всего как показатель их профессиональной квалификации: «Меня это (низкая зарплата) никогда не отталкивало. Я знала, что как только стану хорошим профессионалом, буду хорошо зарабатывать. Я как-то всегда думала, что если я буду работать, у меня будут хорошие навыки, хорошие знания, то я всё равно найду себя в какой-то нише. Каких-то глобальных сомнений в этом плане не было.» (женщина, 27 лет, терапевт, АПУ, стаж менее 1 года).

Таким образом, этап перехода к автономной профессиональной деятельности по мнению нарраторов выступает проверкой профессиональных компетенций и сформированности необходимых личностных качеств врача. Ключевыми факторами, определяющими успешность адаптации молодых врачей к самостоятельной профессиональной деятельности, являются поддержка коллектива и наличие коллег, выполняющих функции неформальных наставников, готовность к профессиональному развитию и усвоению значительного объёма практических навыков, устойчивая мотивация к профессиональной самореализации.

Рисками отказа от профессиональной деятельности по выбранной специальности на этапе профессионального дебюта становятся недостаточность практических навыков по специальности, сложности коммуникации с медицинским сообществом, высокий уровень физической и эмоциональной нагрузки, несоответствие ожиданий и фактического уровня оплаты труда, а также ограниченные перспективы карьерного роста (особенно для специалистов, работающих в условиях стационара). При этом трудности профессионального дебюта могут быть связаны с пересмотром приоритетов профессионального развития, фокусировкой на выстраивание личных карьерных отношений, созданием семьи, а также пониманием гендерного несоответствия профессии.

Примечательно, что финансовая составляющая трудовой деятельности на первоначальном этапе трудоустройства по-прежнему играет второстепенную роль, тогда как на первый план выходят возможности повышения уровня

профессиональных навыков, формирование профессиональной идентичности и закрепление в профессиональной среде.

«Переконструирование» представлений о профессии врача на послевузовском этапе (от романтизации к рационализации) способствует и корректировке структуры наиболее значимых личностных качеств — на первый план выступают характеристики, способствующие его адаптации в профессии на этапе перехода к самостоятельной работе — коммуникабельность (врач–врач и врач–пациент), работоспособность, ответственность, дисциплинированность, самоотверженность и эмпатия.

Ключевыми социальными институтами профессиональной социализации на послевузовском этапе выступают институты медицины и институт семьи (создание своей семьи, работа врачом как продолжение врачебной династии), а социальными агентами — практикующие врачи (коллеги, наставники, работодатели) и члены семейного круга. При этом самостоятельность в принятии решений, непрерывное профессиональное развитие, формирование профессиональной социальной идентичности, ощущение солидарности и ответственности становятся значимыми результатами успешной профессиональной социализации врача.

ОБСУЖДЕНИЕ

Траектории профессионального становления врачей на современном этапе во многом определяются широкими возможностями медицинского образования, а также выбором векторов дальнейшего развития и области профессиональной деятельности [4, 8, 9, 21]. Однако, по мнению ряда авторов, недостаточная разработанность содержания, формы и методов подготовки потенциального медицинского работника в системе «школа–ВУЗ» [22, 23], а также недостаточной разработанности темы профессиональной социализации врачей с учётом особенностей современного этапа развития здравоохранения [1, 9, 24], приводит к отсутствию «целостной психолого-педагогической теории профориентации» [10, 12, 25, 26], что негативно влияет на непрерывность получаемого образования и последовательное формирование способностей и приверженности к выбранной профессии врача [4, 11, 12].

Несмотря на некоторые разногласия современных авторов в отношении стадий профессиональной социализации врача, имеются труды, в которых исследователи выделяют три основных этапа профессионализации: довузовская (стадия подготовки), университетская с получением формальных знаний по специальности и постсоциализация (период отработки практических навыков) [27–30]. Тем не менее, учитывая долгий путь профессионализации, представляется ограниченность моделей в отсутствии описания послевузовского этапа (пост-социализации) [30, 31].

В контексте рассмотрения профессиональной социализации врача, с точки зрения социологии медицины, отдельный интерес представляет модель профессионального онтогенеза медицинских профессий А.Д. Доники,

которая имеет четыре стадии: выбор профессии (16–17 лет), адаптация к обучению в ВУЗе (1–2 курс), накопление фундамента знаний по профессии и оптация, подразумевающая выбор специализации по окончании вузовского обучения [9]. В предложенной модели отмечается глубокая проработка этапов и конкретизация условий и факторов, влияющих на приверженность врачей к выбранной специальности, однако в условиях цифрового перехода и информационного изобилия (в том числе по вопросам выбора профессии) диапазон социализации, на наш взгляд, получает более широкие границы.

В модели, предложенной Н.М. Байковым и С.А. Литвинцевой, включены пять последовательных этапов профессиональной социализации: освоение профессиональных знаний и умений, овладение профессиональными навыками и компетенциями, вхождение в профессиональную среду, непосредственное включение молодого специалиста в трудовую деятельность и продолжение совершенствования в системе непрерывного медицинского образования [8]. Вхождение специалиста в профессиональную среду и период трудового дебюта авторами выделяется как отдельный этап, однако отсутствует довузовская подготовка (точнее она объединена с этапом вузовской подготовки), что затрудняет выявление факторов, влияющих на вариативность траекторий профессионального становления врача.

Представленное нами исследование, реализованное методом нарративных интервью, позволило выявить широкий спектр содержательно-смысловых связей, раскрывающих не только мотивацию к профессиональному выбору, но и факторы, влияющие на траекторию профессиональной социализации врача (охватившей широкий временной и возрастной диапазон), а также описать роль ключевых для каждого этапа социальных агентов («проводников в профессии»). Анализ данных представленного авторами исследования включал выделение ключевых нарративных стратегий, сюжета, персоналий и темпоральных характеристик историй. В соответствии с выбранной восходящей стратегией нарративного анализа [32] была реализована группировка данных, выделение дискурсивных векторов рассказов и выделение устойчивых социальных практик [33, 34], а также выделены 3 ключевых семантико-смысловых блока данных (включающих 7 подгрупп), которые выступили эмпирической основой анализа (интерпретации) темпоральной последовательности стандартного сюжета нарративов — «игра в профессию» (3–7 лет), «предчувствие» профессионального выбора (8–11 лет), профессиональное самоопределение или формирование профессиональных намерений (12–17 лет), получение медицинского образования как «фундаментальный» этап профессиональной социализации (1–2 курс), определение желаемой траектории профессионального пути (3–6 курс), дебют профессиональной деятельности (ординатура), «вызовы профессиональной автономности». Анализ позволил выявить ключевые факторы и условия, влияющие на процесс и траектории профессиональной

социализации врача, а также ключевые ориентиры и векторы развития профессионально-значимых качеств, что стало основанием для разработки модели профессиональной социализации врача (рис. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинское образование в условиях современных тенденций цифровизации и развития системы здравоохранения получает новое звучание, определяя необходимость освоения будущими врачами расширенного диапазона сопряжённых дисциплин и дальнейшего повышения профессионального уровня в формате непрерывного медицинского образования в течение всего периода профессиональной деятельности. Кроме того, работа врача связана с высоким уровнем ответственности, физической и эмоциональной нагрузки, тогда как в общественном дискурсе зачастую одновременно присутствуют амбивалентные установки в отношении врачей как представителей системы здравоохранения («врачи-герои» VS «равнодушные врачи» [35]). Указанные сложности профессионального пути для многих выпускников медицинских ВУЗов становятся фактором ухода в смежные области трудовой деятельности или отказа от работы по полученной специальности. Для сохранения мотивации молодых врачей работать по специальности необходимым представляется не только учёт факторов, влияющих на их приверженность к выбранной профессиональной траектории на каждом этапе социализации, но и учёт факторов риска, обуславливающих пересмотр жизненных и профессиональных планов выпускников медицинских ВУЗов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Настоящая статья представляет собой продолжение статьи: Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 1 // Социология медицины. 2023. Т. 22, № 2. С. 183–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm632475>

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы — идея и дизайн исследования, сбор, обработка и анализ данных, редактирование текста.

Источник финансирования. Не указан.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов.

Этический комитет. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (протокол № 03–22 от 03.02.2022).

ADDITIONAL INFORMATION

This article is a continuation of the article by Prisyazhnaya NV, Vyatkina NYu. Trajectories of a doctor's professional development: a narrative interview. Part 1. Sociology of Medicine. 2023;22(2):183–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm632475>

Authors' contribution. All authors confirm compliance of their authorship with the international ICMJE criteria. All authors — research concept and design, collection and processing of materials, statistical processing.

Funding source. Not specified.

Competing interests. The authors claim that there is no conflict of interest in the article.

Ethics approval. The present study protocol was approved by the local Ethics Committee of The First Sechenov Moscow State Medical University (№ 03–22 by 03.02.2022).



Профессиональная социализация

Рис. 1. Модель профессиональной социализации врача.

Fig. 1. A model of professional socialisation of a doctor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 1 // Социология медицины. 2023. Т. 22, № 2 С. 185–203. doi: 10.17816/socm632475
2. Чумаков В.И., Чумаков И.В. Саморазвитие студента — будущего врача в условиях образовательной среды медицинского вуза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № S5. С. 23–29. EDN: KQHIZP doi: 10.15829/1728-8800-2022-3500
3. Алексеенко С.Н., Гайворонская Т.В., Дробот Н.Н. Динамика мотивационных детерминант в выборе профессии врача студентами медицинского вуза // Образовательный вестник «Сознание». 2022. Т. 24, № 2. 4–13. EDN: RDJGOR doi: 10.26787/nydha-2686-6846-2022-24-2-4-13
4. Вайсбург А.В. Модель процесса профессиональной социализации специалиста // Профессиональная ориентация. 2014. № 1. С. 32–43. EDN: TOBWHL
5. Данилевский В.Я. Врач, его призвание и образование. Харьков: Госиздат Украины, 1921. Вып. 1–2.
6. Костикова Л.П., Сиваков М.А., Илюшина А.В. Формирование профессиональной идентичности: предпочтения и оценки студентов медицинского вуза // Перспективы науки и образования. 2023. № 2. С. 85–101. EDN: NFHWER doi: 10.32744/pse.2023.2.5
7. Мирошниченко А.Г., Смышляева Л.Г., Подкладова Т.Д., и др. Пациентское сообщество как актор развития практик медицинского образования в современной России // Образование и наука. 2022. Т. 24, № 10. С. 33–63. EDN: SYLOFZ doi: 10.17853/1994-5639-2022-10-33-63
8. Байков Н.М., Литвинцева С.А. Профессиональная социализация и социальная практика в представлениях врачей и оценках населения // Власть и управление на Востоке России. 2020. № 2. С. 106–117. EDN: KLSXAL doi: 10.22394/1818-4049-2020-91-2-106-117
9. Доница А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. 2017. № 2. С. 52–57. EDN: VMQEIV doi: 10.33396/1728-0869-2017-2-52-57
10. Большова Т.В., Кириллова Е.В., Медведева О.В. Организационный алгоритм обучения, трудоустройства и адаптации врачей // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 2. С. 522–536. EDN: WMOFRI doi: 10.24412/2312-2935-2023-2-522-536
11. Барабанова Л.В. Соответствие между мероприятиями по закреплению молодых специалистов в государственных медицинских организациях и их фактической мотивацией // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2023. № 4–1. С. 185–188. EDN: TGWNBA doi: 10.24412/2500-1000-2023-4-1-185-188
12. Ткаченко П.В., Черней С.В., Ковалева Е.А. Погружение в атмосферу профессии: из опыта профориентационной работы медицинского вуза // Высшее образование в России. 2020. № 1. С. 125–134. EDN: PQANPD doi: 10.31992/0869-3617-2020-29-1-125-134
13. Sawatsky A.P., Matchett C.L., Hafferty F.W., et al. Professional identity struggle and ideology: A qualitative study of residents' experiences // Med Educ. 2023. Vol. 57, N 11. P. 1092–1101. doi: 10.1111/medu.15142
14. McCullough L.B., Coverdale J., Chervenak F.A. Professional virtue of civility and the responsibilities of medical educators and academic leaders // J Med Ethics. 2023. Vol. 49, N 10. P. 674–678. doi: 10.1136/jme-2022-108735
15. O'Sullivan T.A., Allen R.A., Bacci J.L., O'Sullivan A.C. A Qualitative Study of Experiences Contributing to Professional Identity Formation in Recent Pharmacy Graduates // Am J Pharm Educ. 2023. Vol. 87, N 10. P. 100070. doi: 10.1016/j.ajpe.2023.100070
16. Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Трудоустройство молодого медицинского специалиста: уровни проявления проблемы // Вестник Института социологии. 2023. Т. 14, № 1. С. 101–114. EDN: GFWFWC doi: 10.19181/vis.2023.14.1.6
17. Журавлев В.Ф. Нарративное интервью в биографических исследованиях // Социология: методология, методы, математическое моделирование. 1994. № 3–4. С. 34–43. EDN: PFTWDP
18. Рождественская Е.Ю. ИНТЕР-энциклопедия: нарративное интервью // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2020. Т. 12, № 4. С. 114–127. EDN: FDKZEU doi: 10.19181/inter.2020.12.4.8
19. Schütze F. Biographieforschung und narratives Interview // Lahnstein: Neue Praxis, 1983. Vol. 13, N 3. P. 283–293. (In German)
20. Labov W. Narrative pre-construction // Narrative Inquiry. 2006. Vol. 16, N 1. P. 37–45.
21. Милехин С.М., Дербенев Д.П., Орлов Д.А. Распространенность компонентов профессиональной социализации среди молодых врачей и её медикосоциальная и психологическая обусловленность // Вятский медицинский вестник. 2019. № 3. С. 72–77. EDN: MPQBSB doi: 10.24411/2220-7880-2019-10016
22. Астанина С.Ю. Вопросы реформирования профессионального медицинского образования в России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № 1. С. 107–109. EDN: PFWXNZ doi: 10.15829/1728-8800-2022-3192
23. Решетников А.В., Присяжная Н.В. Образование в условиях пандемии: векторы цифровой трансформации // Социологические исследования. 2022. № 4. С. 149–151. EDN: IVSVOX doi: 10.31857/S013216250018694-6
24. Решетников А.В., Присяжная Н.В., Вяткина Н.Ю. Переход на дистанционный формат обучения в медицинском ВУЗе: мнение студентов о трансформации учебного процесса в начале пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 3. С. 364–370. EDN: AMNIGW doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-364-370
25. Скрябина Е.Н., Никитина Н.М. Преемственность и направленность педагогического процесса в медицинском ВУЗе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023. Т. 22, № 1S. С. 3494. EDN: RTGNTI doi: 10.15829/1728-8800-2023-3494
26. Темницкий А.Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России // Мир России. Социология. Этнология. 2021. Т. 30, № 4. С. 30–52. EDN: QTGWU doi: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-30-52
27. Howkinns E.J., Ewens A. How students experience professional socialization // International Journal Nurse Students. 1999. Vol. 35, N 1. P. 41–49. doi: 10.1016/s0020-7489(98)00055-8
28. Deppoliti D. Exploring how new registered nurses construct professional identity in hospital settings // Journal of continuing educational in nursing. 2008. Vol. 39, N 6. P. 255–262. doi: 10.3928/00220124-20080601-03
29. Macintosh J. Reworking professional nursing identity // West Journal of Nurse Res. 2003. Vol. 25, N 6. P. 725–745. doi: 10.1177/0193945903252419

30. Чернышков Д.В., Андриянова Е.А. Специфика профессиональной социализации в медицине: теоретические обоснования // *Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18, № 2. С. 394–397. EDN: WDCOAD

31. Byszewski A., Gill J.S., Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience // *BMC Med Educ*. 2015. Vol. 15. P. 204. doi: 10.1186/s12909-015-0486-z

32. Александрова М.Ю., Воронина (Мастикова) Н., Говорова А.Д., и др. Практики анализа качественных данных в социальных науках: учеб. пособие / отв. ред. Е.В. Полухина. Москва: Изд. дом Высшей школы экономики, 2023. 383 с. EDN: MGGNHP doi: 10.17323/978-5-7598-2542-5

REFERENCES

1. Prisyazhnaya NV, Vyatkin NYu. Trajectories of professional socialization of a doctor: narrative interview. Part 1. *Sociology of Medicine*. 2023;22(2):185–203. (In Russ.) doi: 10.17816/socm632475

2. Chumakov VI, Chumakov IV. Self-development of a student — a future doctor in the educational environment of a medical university. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(S5):23–29. (In Russ.) EDN: KQHIZP doi: 10.15829/1728-8800-2022-3500

3. Alekseenko SN, Gaivoronskaya TV, Drobot NN. Dynamics of motivational determinants in the choice of the profession of a doctor by medical students. *Educational Bulletin «Consciousness»*. 2022;24(2):4–13. (In Russ.) EDN: RDJGOR doi: 10.26787/nydha-2686-6846-2022-24-2-4-13

4. Vaisburg AV. Model of the process of professional socialization of a specialist. *Professional orientation*. 2014(1):32–43. (In Russ.) EDN: TOBWHL

5. Danilevsky VYa. *Doctor, his calling and education*. Kharkov: State Publishing House of Ukraine, 1921. Issues 1–2. (In Russ.)

6. Kostikova LP, Sivakov MA, Ilyushina AV. Formation of professional identity: preferences and assessments of medical students. *Prospects of science and education*. 2023(2):85–101. (In Russ.) EDN: NFHWER doi: 10.32744/pse.2023.2.5

7. Miroshnichenko AG, Smyshlyayeva LG, Podkladova TD, et al. Patient community as an actor in the development of medical education practices in modern Russia. *Education and Science*. 2022;24(10):33–63. (In Russ.) EDN: SYLOFZ doi: 10.17853/1994-5639-2022-10-33-63

8. Baykov NM, Litvintseva SA. Professional socialization and social practice in the views of doctors and assessments of the population. *Power and management in the East of Russia*. 2020(2):106–117. (In Russ.) EDN: KLSXAL doi: 10.22394/1818-4049-2020-91-2-106-117

9. Donika AD. Current trends in research on the problem of profession genesis based on the model of medical specialties. *Human Ecology*. 2017(2):52–57. (In Russ.) EDN: VMQEIB doi: 10.33396/1728-0869-2017-2-52-57

10. Bolshova TV, Kirillova EV, Medvedeva OV. Organizational algorithm for training, employment and adaptation of doctors. *Current problems of health care and medical statistics*. 2023(2):522–536. (In Russ.) EDN: WMOFRI doi: 10.24412/2312-2935-2023-2-522-536

11. Barabanova LV. Correspondence between measures to retain young specialists in public medical organizations and their actual motivation. *International Journal of Humanities and Natural Sciences*. 2023(4–1):185–188. EDN: TGWHBA doi: 10.24412/2500-1000-2023-4-1-185-188

12. Tkachenko PV, Cherney SV, Kovaleva EA. Immersion in the atmosphere of the profession: from the experience

33. Riessman C.K. *Narrative Analysis*. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

34. Готлиб А.С. Анализ нарративов в социологии: возможности и проблемы использования // *Международный журнал исследований культуры*. 2013. № 1. С. 9–14. EDN: RTALVV

35. Вяткина Н.Ю., Манукян А.А., Гоел П.С., Калиберда Т.Е. «Ты можешь что-то делать, и ты просто берешь и делаешь»: личный опыт работы студентов медицинских вузов с заболевшими COVID-19 // *Социология медицины*. 2021. Т. 20, № 1. С. 49–56. EDN: CCNWCL doi: 10.17816/1728-2810-20-1-51

of career guidance work of a medical university. *Higher education in Russia*. 2020(1):125–134. (In Russ.) EDN: PQAHPD doi: 10.31992/0869-3617-2020-29-1-125-134

13. Sawatsky AP, Matchett CL, Hafferty FW, et al. Professional identity struggle and ideology: A qualitative study of residents' experiences. *Med Educ*. 2023;57(11):1092–1101. doi: 10.1111/medu.15142

14. McCullough LB, Coverdale J, Chervenak FA. Professional virtue of civility and the responsibilities of medical educators and academic leaders. *J Med Ethics*. 2023;49(10):674–678. doi: 10.1136/jme-2022-108735

15. O'Sullivan TA, Allen RA, Bacci JL, O'Sullivan AC. A Qualitative Study of Experiences Contributing to Professional Identity Formation in Recent Pharmacy Graduates. *Am J Pharm Educ*. 2023;87(10):100070. doi: 10.1016/j.ajpe.2023.100070

16. Prisyazhnaya NV, Vyatkin NYu. Employment of a Young Medical Specialist: Levels of Problem Manifestation. *Bulletin of the Institute of Sociology*. 2023;14(1):101–114. (In Russ.) EDN: GFWFWC doi: 10.19181/vis.2023.14.1.6

17. Zhuravlev VF. Narrative interview in biographical research. *Sociology: methodology, methods, mathematical modeling*. 1994(3–4):34–43. (In Russ.) EDN: PFTWDP

18. Rozhdestvenskaya EYu. INTER-encyclopedia: narrative interview. *Interaction. Interview. Interpretation*. 2020;12(4):114–127. (In Russ.) EDN: FDKZEU doi: 10.19181/inter.2020.12.4.8

19. Schütze F. Biographieforschung und narratives Interview. *Lahnstein: Neue Praxis*. 1983;13(3):283–293. (In German)

20. Labov W. Narrative pre-construction. *Narrative Inquiry*. 2006;16(1):37–45.

21. Milekhin SM, Derbenev DP, Orlov DA. Prevalence of professional socialization components among young doctors and its medical, social, and psychological determinacy. *Vyatka Medical Bulletin*. 2019(3):72–77. (In Russ.) EDN: MPQBSB doi: 10.24411/2220-7880-2019-10016

22. Astanina SYu. Issues of reforming professional medical education in Russia. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2022;21(1):107–109. (In Russ.) EDN: PFWXNZ doi: 10.15829/1728-8800-2022-3192

23. Reshetnikov AV, Prisyazhnaya NV. Education in the context of a pandemic: vectors of digital transformation. *Sociological studies*. 2022(4):149–151. (In Russ.) EDN: IVSVOX doi: 10.31857/S013216250018694-6

24. Reshetnikov AV, Prisyazhnaya NV, Vyatkin NYu. Transition to a distance learning format in a medical university: students' opinions on the transformation of the educational process at the beginning of the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(3):364–370. (In Russ.) EDN: AMNIGW doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-364-370

25. Skryabin EN, Nikitina NM. Continuity and focus of the pedagogical process in a medical university. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2023;22(1S):3494. (In Russ.) EDN: RTGNTI doi: 10.15829/1728-8800-2023-3494
26. Temnitsky AL. Motivational structure of professional activity of medical workers in Russia. *The World of Russia. Sociology. Ethnology*. 2021;30(4):30–52. (In Russ.) EDN: QTGWU doi: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-30-52
27. Howkins EJ, Ewens A. How students experience professional socialisation. *Int J Nurs Stud*. 1999;36(1):41–49. doi: 10.1016/s0020-7489(98)00055-8
28. Deppoliti D. Exploring how new registered nurses construct professional identity in hospital settings. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39(6):255–262. doi: 10.3928/00220124-20080601-03
29. MacIntosh J. Reworking professional nursing identity. *West J Nurs Res*. 2003;25(6):725–745. doi: 10.1177/0193945903252419
30. Chernyshkov DV, Andrianova EA. Specifics of professional socialization in medicine: theoretical justifications. *Health and education in the 21st century*. 2016;18(2):394–397. (In Russ.) EDN: WDCOAD
31. Byszewski A, Gill JS, Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience. *BMC Med Educ*. 2015;15:204. doi: 10.1186/s12909-015-0486-z
32. Aleksandrova MYu, Voronina (Mastikova) N, Govorova AD, et al. Practices of Qualitative Data Analysis in Social Sciences: textbook. Polukhina EV, editor. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics; 2023. 383 p. (In Russ.) EDN: MGGNHP doi: 10.17323/978-5-7598-2542-5
33. Riessman CK. *Narrative Analysis*. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
34. Gottlieb AS. Analysis of Narratives in Sociology: Possibilities and Problems of Use. *International Journal of Cultural Studies*. 2013(1):9–14. (In Russ.) EDN: RTALVV
35. Vyatkina NYu, Manukyan AA, Goel PS, Kaliberda TE. "You can do something, and you just go and do it": personal experience of medical students working with COVID-19 patients. *Sociology of Medicine*. 2021;20(1):49–56. (In Russ.) EDN: CCNWCL doi: 10.17816/1728-2810-20-1-51

ОБ АВТОРАХ

* **Присяжная Надежда Владимировна**, канд. социол. наук;
адрес: Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2;
ORCID: 0000-0002-5251-130X;
eLibrary SPIN: 6930-9377;
e-mail: prisyazhnaya_n_v@staff.sechenov.ru

Вяткина Надежда Юрьевна;
ORCID: 0000-0003-3647-0066;
eLibrary SPIN: 7649-2912;
e-mail: vyatkina_n_yu@staff.sechenov.ru

AUTHORS' INFO

* **Nadezhda V. Prisyazhnaya**, Cand. Sci. (Sociology);
address: 11 bldg. 2 Rossolimo street, 119021 Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0002-5251-130X;
eLibrary SPIN: 6930-9377;
e-mail: prisyazhnaya_n_v@staff.sechenov.ru

Nadezhda Yu. Vyatkina;
ORCID: 0000-0003-3647-0066;
eLibrary SPIN: 7649-2912;
e-mail: vyatkina_n_yu@staff.sechenov.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author