

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Н.Г. ОСИПОВА, докт. социол. наук, проф., декан социологического факультета, зав. кафедрой современной социологии социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия*

Т.В. СЕМИНА, канд. социол. наук, руководитель юридического отдела Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» (ФГБУ «ННПЦССХ им. Бакулева» Минздрава России)**

ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ: ИДЕАЛЬНЫЙ ТИП И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ

Osipova Nadezda Gennadyevna, doctor of sociological sciences, professor, Dean of the Faculty of sociology Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, e-mail: soc@socio.msu.ru

Semina Tatyana Vasilijevna, PhD in sociology, Head of Department A.N. Baccoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Moscow, Russian Federation, e-mail: stv.semina.1911@yandex.ru

THE DOCTOR'S PERSONALITY IN MODERN SOCIETY: THE IDEAL TYPE AND PROFESSIONAL DEFORMATION

Статья посвящена проблемам, связанным с конструированием идеального типа современного врача, а также с выявлением ключевых аспектов профессиональных деформаций его личности и анализом влияния этих деформаций на принципы поведения по отношению к больному человеку.

Внедрение рыночных отношений в здравоохранение вызвало конкуренцию между лечебными учреждениями, заставив их искать дополнительные способы привлечения пациентов, привело к существенному расширению спектра медицинских услуг населению. Позитивным следствием стала тенденция, выраженная в стремлении врачей к повышению квалификации, качества работы с больными. В то же время либеральная глобализация обусловила девальвацию в структуре личности врача общественных интересов и усилила роль и значение интересов индивидуалистических. Следствием этого стало отчуждение врачей от пациентов, принявшее массовый характер, повлекшее за собой деградацию профессионального врачебного сообщества и здравоохранения в целом.

Авторами рассматриваются как нормативные характеристики врачебной деятельности, так и показатели, связанные с субъектностью поведения врача, в которой отражаются осознаваемые врачом границы

* Осипова Надежда Геннадьевна, e-mail: soc@socio.msu.ru

** Семина Татьяна Васильевна, e-mail: stv.semina.1911@yandex.ru

профессионального и личностного воздействия на пациента, отношение к себе как личности и профессионалу, отношение к профессиональному сообществу врачей и к сложившимся социальным и историческим традициям врачевания.

К числу основных характеристик, позволяющих сконструировать тип идеального врача относятся высокий профессионализм и его использование на благо человека и общества, нормы общения с больными людьми, этика взаимоотношений в профессиональной среде, нравственные принципы и этические нормы индивидуального и социального порядка – соблюдение ряда ограничений и запретов. Однако под давлением современных социальных реалий, подразумевающих совокупность внутренних и внешних факторов воздействия на личность врача, она подвергается серьезным профессиональным деформациям. “Профессиональная деформация врача” – понятие близкое, но не идентичное термину “эмоциональное выгорание”, поскольку первое носит, прежде всего, социально обусловленный характер, а второе во многом связано с индивидуальными свойствами человеческой психики. Профессиональная деформация врачей, усиливаемая непосредственным воздействием СМИ, наиболее очевидно проявляется в отсутствии у них желания вылечить пациента, а также в многоаспектном феномене коррумпированности врачебного сообщества, что серьезно нивелирует значимость врачей в общественном сознании и приводит к утрате доверия к ним членов социума.

В статье приводятся данные различных социологических исследований, в том числе, проведенных на базе ФГБУ “ННПЦССХ им. Бакулева” Минздрава России под руководством Т.В. Семиной.

Ключевые слова: профессия врача, личность врача, идеальный тип, профессиональное выгорание, профессиональные деформации, этические нормы и принципы отношения к пациенту.

The article deals with the problems associated with the construction of the ideal type of the modern physician, as well as the identification of the key aspects of professional deformations of his personality and the analysis of the effects of these strains on the principles of conduct in relation to a patient.

The introduction of market relations in health care system caused the competition between medical institutions, forcing them to look for additional ways to attract patients and as a result, the range of medical services to the population has significantly expanded. A positive consequence has become a trend, expressed in an effort to improve the skills of doctors, the quality of work with patients. On the other hand, liberal globalization has led to the devaluation of the structure of the individual doctor and the public interest has strengthened the role and importance of individualistic interests. The result was the alienation of the doctors from the patients took on a mass character, which led to a degradation of the professional medical community and health care system in general.

The authors are regarded as normative characteristics of medical practice, and indicators related to the subjectivity of doctor's behavior, which reflects the perceived boundaries of the doctor's professional and personal effects to the patient; attitude toward himself as a person and a professional; professional

attitude of the society to the doctors and to the prevailing social and historical traditions of healing.

The main characteristics that allow to construct an ideal type of physician are: high professionalism and its use for the benefit of man and society; rules of communicating with people who are sick; ethics in relationships in a professional environment; moral principles and ethics of the individual and the social order: the observance of a number of limitations and restrictions. However, under the pressure of contemporary social realities, which combines a set of internal and external factors affecting the identity of the doctor, it is subjected to serious professional deformations. The term “professional deformation of doctors” is close but not identical to the term “emotional burnout” because the first is primarily due to the social character and the second is largely due to the individual properties of the human psyche. Professional doctor’s strain amplified under the direct influence of the media, most evident in that they have no desire to cure the patient, as well as multidimensional phenomenon of corruption in the medical community that seriously negates the importance of doctors in the public consciousness and lead to a loss of credibility of members of society.

The article presents data from various sociological studies, including those carried out on the basis of the Research Institute of Cardiovascular Surgery A.N. Bakuleva under the direction of T.N. Semina.

Keywords: *the doctor’s personality, the ideal type, professional burnout, professional deformation, ethical principles of conduct in relation to a patient.*

В настоящее время на фоне широкомасштабных либеральных социально-экономических преобразований, затронувших в том числе сферу здравоохранения, кардинально меняется содержание труда врача, трансформируются социальные отношения между врачом и пациентом. Это в свою очередь ведет к существенным профессиональным сдвигам в структуре личности врача, предопределяющим его готовность жить и работать в новых социальных условиях. В данной связи конструирование идеального типа врача, а также выявление ключевых аспектов профессиональных деформаций его личности, анализ влияния этих деформаций на принципы поведения по отношению к больному человеку представляются актуальными, теоретически и практически значимыми.

Радикальное реформирование России повлекло за собой не только ускоренную интеграцию отечественной экономики в мировой рынок, но и модернизацию всех важнейших сфер жизнедеятельности общества, в том числе, здравоохранения. Однако на протяжении длительного периода большее внимание уделялось управленческим и экономическим новациям в медицине, а содержательные аспекты профессиональной деятельности сотен тысяч медицинских работников были отодвинуты на задний план.

Как утверждают специалисты, “эффективность и судьба любого начинания в значительной степени зависят от того, какие преиму-

щества оно несет и как эти преимущества ощущаются конкретными участниками инновационного процесса”¹.

С одной стороны, внедрение рыночных отношений в здравоохранение породило конкуренцию между лечебными учреждениями, заставив их искать дополнительные способы привлечения пациентов, привело к существенному расширению спектра медицинских услуг населению. Позитивным следствием стала тенденция, выраженная в стремлении врачей к повышению квалификации, качества работы с больными. Социологические опросы, проведенные в разгар реформ, показали, что реформа отрасли стала стимулом для повышения квалификации и организаторов здравоохранения, и практических врачей. Так, на необходимость повышения квалификации указали 51% врачей, почти столько же, 52,34%, на то, что у них появилась необходимость более тщательного обследования больных².

С другой стороны, либеральная глобализация обусловила сдвиг в структуре личности общественно-значимых интересов и усилила роль и значение индивидуалистических установок, часто корыстного толка. Если говорить о личности врача, то абсолютизация в ней ценностей индивидуализма приводит к отчуждению его от пациента, обрекает медика на особый интерес к деньгам, который, в свою очередь, приводит к деградации профессионального врачебного сообщества и здравоохранения в целом.

Известно, что исторически долг и обязанность врача перед больным, страдающим человеком – ставить его интересы выше своих личных интересов. Но измерение ценностных предпочтений врача, как одного из индивидов общества, определяется современным состоянием той отрасли, в которой он трудится.

Перестроечный период был связан со стремительным социальным расслоением, сопровождавшимся неравномерным перераспределением общественных благ и ресурсов среди членов социума. Экономический и социокультурный статус врача при наличии у него высокого уровня образования длительное время предопределял ограниченный доступ к социальным благам и ликвидным ценностям. Не удивительно, что его нравственность существенно девальвировалась, а во врачебном сообществе наступил морально-этический кризис, который до сих пор сопровождается нарушением норм медицинской этики и деонтологии. Прежде всего, утрачиваются традиционные гуманистические и нравственные идеалы, прони-

¹ Кузьменко М.М., Михайлова Ю.В., Сибурин Т.А. Социологическое исследование системы поддержки врачами реформы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 1995. № 6.

² Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново, 2000.

зывающие всю профессиональную деятельность врача, важнейшими из них являются сострадание к больному человеку, желание исцелить его.

Согласно русской медицинской традиции, «деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода; а в обхождении с больными это есть не обобщающее, а индивидуализирующее рассмотрение; и в диагнозе — мы призваны не к отвлеченной “конструкции” болезни, а к созерцанию ее своеобразия»³. Именно работники сферы здравоохранения несут огромную ответственность перед обществом за физическое и душевное состояние больного человека, следовательно, их основная деятельность заключается в обеспечении, сохранении, и укреплении общественного здоровья. Как отмечают зарубежные исследователи А. Кэмбелл, Г. Джиллег и Г. Джонс, “врач до сих пор часто наделяется божественным авторитетом, а веру в его способность правильно ставить диагноз и назначить эффективное лечение можно считать важным компонентом исцеления. С медициной все еще ассоциируется сила, которая частично производна от высококвалифицированной природы знаний, необходимых для занятия ею, а частично — от человеческой потребности найти какую-то силу, способную защитить от болезни”⁴.

В то же время, когда у врача отсутствует сострадание к больному, врачебная практика становится отвлеченным “подведением” больного под абстрактные для него понятия “медикализации”, “симптомов или синдромов”, “лекарственных препаратов и терапии”, “диагностических процедур”, “медицинского вмешательства и риска” и т.п.⁵ Но на самом деле пациент — это человек, наделенный индивидуальными биологическими характеристиками и личностными качествами, задающими порой и ход самой болезни. “Именно таким должен врач увидеть его, постигнуть и лечить”⁶.

В широком смысле понятие “врач” отражает принадлежность личности (субъекта) к сложившейся в процессе общественного разделения труда профессиональной деятельности, объектом которой является пациент. Формально деятельность врача определяется как “труд в системе здравоохранения”. Однако нормативные характеристики профессиональной деятельности специалиста в системе здравоохранения показывают, что “профессия — врач”, определяемая как “вид квалификации, дающей право субъекту на реализацию профессиональной деятельности в той или иной

³ Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М., 2008. С. 11.

⁴ Кэмбелл А., Джиллег Г., Джонс Г. Медицинская этика: Уч. пособ. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М., 2010. С. 36.

⁵ См.: Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. L., 2004.

⁶ Силуянова И.В. Указ. соч. С. 12.

сфере”⁷ (медицинских услуг. – *Прим. Н.О., Т.С.*), не отражает сути самой деятельности.

Современное здравоохранение предусматривает сферы медицинского труда, требующие наличия у его субъекта высшего профессионального образования, а также предметы профессиональной врачебной деятельности, которые в совокупности нормативно обозначаются как “первичная” и “углубленная” специализация⁸. Тем не менее, каковой бы ни была сложность медицинской деятельности, центральное место в ней занимает субъект – врач. Именно с позиций субъекта рассматривает “рамки лечебной деятельности” известный ученый И. Харди⁹. С одной стороны, их составляют четыре стадии работы специалиста с больным (пациентом), которые выделяются на основе временных параметров взаимодействия “врач – больной”: “премедицинская”, “амбулаторная”, “стационарная” и “лечение после пребывания в стационаре”. С другой стороны, с точки зрения непосредственно профессиональных действий врача, И. Харди дифференцирует такие крупные единицы, как выслушивание жалоб больного, обследование и постановка диагноза, предложения относительно лечения и сам процесс лечения¹⁰.

В работе врача нередко возникает необходимость принятия нестандартных решений, проявления профессиональной и личностной инициативы, готовности взять на себя ответственность – качеств, формирующихся в контексте вторичной социализации – непрерывного профессионального развития и совершенствования. Одним из значимых результатов такой социализации является формирование профессиональной позиции специалиста, в которой отражается его субъектно-личностное отношение к клинической деятельности как системному, многофункциональному явлению. В ней отражаются осознаваемые врачом границы профессионального и личностного воздействия на пациента, отношение к себе как личности и профессионалу, отношение к профессиональному социуму врачей и к сложившимся социальным и историческим традициям врачевания, роль и влияние социальной ситуации деятельности в диаде отношений “врач – пациент”¹¹.

Объективным следствием профессионального развития личности врача и формирования его профессиональной позиции становится активная жизненная позиция. Она претворяется в позитивные

⁷ Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов н/Д., 2005. С. 23.

⁸ Там же.

⁹ Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1988.

¹⁰ Харди И. Врач, сестра, больной. С. 33–34.

¹¹ Ясько Б.А. Указ. соч. С. 90.

результаты социальной деятельности, которые приводят, в конечном счете, к специфическому явлению общественного сознания, — феномену доверия людей врачу.

Как в известной степени гуманитарная наука и одновременно — повседневная практика медицина не может существовать без определенных нравственно-этических норм и критериев поведения, необходимых для решения многообразных ситуаций, возникающих во врачебной деятельности. В данной связи особую актуальность приобретает “идеальный тип” — собирательный образ (портрет) врача, отвечающий высоким профессиональным стандартам, социальным ожиданиям общества и индивидуальным потребностям больных.

По сути, идеальный тип врача заложен в “Клятве Гиппократа”¹² и реконструируется в различных ее вариантах¹³. Для России последним из них является “Клятва врача”, изложенная в Федеральном законе “Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации” (часть 1, статья 71)¹⁴.

Так, если обобщить суть основных положений этого и предшествующих ему документов, то миссия врача в обществе, выраженная в форме торжественного обещания, закрепляет следующие составляющие личности идеального врача.

Первая из них — высокий профессионализм и его использование только на благо человека и общества. Так, человек, вступающий во врачебное сообщество, обязуется “постоянно изучать врачебную науку и способствовать всеми силами ее процветанию, передавая свои знания, умения и опыт врачевания ученикам”, “посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека”, “постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины”.

Вторая составляющая определяет нормы общения с больными людьми: “...никогда и никому не отказывать во врачебной помощи и оказывать ее нуждающемуся с одинаковым старанием и терпением независимо от его благосостояния, национальности, веро-

¹² Под Клятвой Гиппократа понимается общеупотребительное название клятвы, выражающей основополагающие морально-этические принципы поведения и пронизываемой каждым из тех, кто становится врачом.

¹³ В их числе, в СССР и России — “Присяга врача Советского Союза” (1971), “Клятва российского врача” (1994), “Клятва врача России” (1999), “Клятва врача” (2011).

¹⁴ См.: “Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации”: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изм. и доп., вступившими в силу от 01.01.2017) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724 (Российская газета. 2011. 23 нояб. № 263).

исповедания и убеждений”, “направлять лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и возможностями”, “внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах, независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств”.

Третья содержит этику взаимоотношений в профессиональной среде: “...почитать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, помогать ему в его делах и нуждах”, “в необходимых случаях прибегать к советам коллег более меня опытных и сведущих и отдавать, отдавая должное их заслугам и стараниям”, “быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности, но говорить им правду прямо и без лицепрятия, если того требует польза больного”.

Четвертая составляющая обобщает нравственные принципы и этические нормы индивидуального и социального порядка: например, “чисто и непорочно проводить свою жизнь, творя милосердие и не причиняя зла людям”.

Пятая налагает ряд ограничений и запретов: “...никогда не обращать мои знания и умения во вред здоровью человека, даже врача”, “не давать никому просимого (у меня) смертельного средства и не показывать пути для осуществления подобного замысла”, “проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии”, “умолчать о том, чтобы (я) ни увидел и ни услышал касательно здоровья и жизни людей, что не следует разглашать, считая это тайной”¹⁵.

Следует отметить, что особым гуманистическим пафосом обладает текст “Присяги врача России”, который утвердил Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата. Этот текст, фактически отражающий все позиции светской “Клятвы врача”, содержит обязательства “посвятить свою жизнь служению идеалам милосердия, гуманности и уважения к человеческой жизни с момента ее возникновения и никогда, даже под угрозой, не использовать свои медицинские знания во вред людям”, “поддерживать всеми силами честь и благородные традиции отечественной медицины и медицинского сообщества, исполняя профессиональный долг по совести и с достоинством”¹⁶.

В данной связи интересны данные опроса врачей города Москвы, проведенного в 2006 г., которые приводит исследовательница

¹⁵ Различные тексты Клятвы Гиппократов анализируются в работе: *Силуянова И.В.* Указ. соч.

¹⁶ Там же.. С. 127–128.

И.В. Силуянова¹⁷, и которые в обобщенном виде можно представить следующим образом.

Об отношении к “Клятве врача России” свидетельствуют ответы врачей на вопрос «Что означает для Вас лично “Клятва врача России?”», которые распределились следующим образом. Так, больше половины всех опрошенных (52%) считают, что “Клятва врача России” это “необходимый нравственный ориентир для практической медицины”; почти четверть из них (22%) указали на то, что она является “возбудителем профессиональной врачебной совести”, а 11% – “критерием для профессионального самосовершенствования”. Таким образом, “в сумме 85% опрошенных выразили положительное отношение к основному этико-правовому документу, регулирующему практическую деятельность врача”. Лишь 14% медиков считают, что “Клятва врача России” является “пред-рассудком прошлого”.

Показательны также и ответы на вопрос «Какое значение лично для Вас имеет принятие Вами “Клятвы врача России?”»: для большинства (70%) респондентов это “осознанное признание моральных обязательств врача-профессионала”. Однако показательно, что для четверти врачей (25%) ее принятие – всего лишь “пустая формальность”, а для 4% – “дополнительное и лишнее бремя”. Тем самым, почти треть респондентов нивелирует этические нормы своей профессиональной деятельности.

О верности отечественным моральным традициям свидетельствуют и ответы на вопрос о главной причине возникновения профессии врача. Так, на “стремление помочь страдающему человеку” и на “познавательный интерес” указало 79% и 16% врачей соответственно, а на “финансовые и экономические мотивы” всего 3%.

Это подтверждают и приоритеты основных личных мотивов выбора профессии врача, среди которых лидирует “возможность и желание оказывать помощь людям” (52% ответов), а значимое место занимают “познавательный, научный интерес” и “семейная традиция” (23% и 20% соответственно). Лишь незначительное число врачей указали на “случайное стечение обстоятельств” (3%) и “финансовую заинтересованность” (1%).

Известно, что принципиальное значение для качества медицинской помощи имеет характер отношения врача к пациенту. По мне-

¹⁷ В этом опросе приняли участие 534 врача, из них 216 мужчин и 318 женщин. По возрастным признакам респондентов распределение было следующим: лица в возрасте от 25–35 лет – 66%, в возрасте 36–45 лет – 20, свыше 45 лет – 9%. Привлечение большого процента врачей молодого возраста объясняется тем, что именно эти специалисты будут в ближайшие годы определять качественные (нравственные) параметры медицинской помощи.

нию специалистов, это одна из самых сложных позиций в профессии, которая часто подвергается девальвации самой практикой общения с пациентами. Обозначенное выше исследование показало, что абсолютное большинство (93%) опрошенных воспринимают пациента, в первую очередь, как “страдающего человека, нуждающегося в помощи врача”. Причем многие ограничиваются подобным признанием, не указывая другие позиции в ответе. Во вторую очередь, пациент оценивается как “материал для развития медицинской науки” (28% ответов), как “средство подтверждения гипотез и предположений” (26% ответов) или как “статистическая единица проводимого исследования” (23% ответов). Оценка пациента как “объекта испытаний новых методик” занимает последнее место (3%)¹⁸.

В научной литературе присутствуют попытки создать профессиональную психографическую модель личности врача, основанную на концепции динамической личности К.К. Платонова¹⁹. Эта довольно сложная модель включает четыре блока, каждый из которых образует инвариантные и вариативные (специфические) составляющие личности. В упрощенном виде ее можно представить следующим образом.

Первый блок (подструктуру “направленности личности” по К.К. Платонову) “социально обусловленных качеств личности врача” включает влечения, склонности, интересы, убеждения. В него входят, в частности, такие инвариантные составляющие, как преимущественно “прогрессивный” мотивационный профиль, направленность на профессию как “служение”, активная профессиональная и социальная позиция. В числе вариативных (специфических) составляющих данного блока, например, различные уровни проявления активности социально-обусловленных качеств личности на отдельных этапах и направлениях врачебной специализации. Так, сочетание исследовательских и социально ориентированных профессионально-личностных предпочтений характерно для субъектных свойств терапевта и педиатра.

Ко второму блоку “качеств личности, обусловленных опытом и процессом профессионализации врача-клинициста” (подструктура, которая по К.К. Платонову, объединяет знания, навыки, умения и привычки, приобретенные в личном опыте путем обучения) относятся, в частности, следующие инвариантные составляющие: “высокий самоконтроль эмоций и развитые механизмы волевого регу-

¹⁸ См.: *Силюянова И.В.* Указ. соч. С. 97–99.

¹⁹ См.: *Платонов К.К.* Структура и развитие личности. М., 1986. С. 122–144.

лирования поведения”, “высокая работоспособность и готовность к труду в ненормированном режиме”. Вариативные составляющие второго блока включают “индивидуальный стиль деятельности, обуславливающий профессиональную адаптацию личности” и “совокупность индивидуально обусловленных факторов риска формирования дезадаптационных состояний”. Например, это “высокие показатели эмоциональной устойчивости в деятельности хирурга, реаниматолога, поликлинического терапевта” и “сохранение высокой работоспособности в условиях монотонии у поликлинического терапевта”.

Третий блок “индивидуальных особенностей протекания психических процессов” образуют такие инвариантные составляющие, как “большой объем оперативной памяти и внимания”, “высокая значимость совокупности свойств внимания и наблюдательности”, “развитое воображение”, “высокая скорость профессиональных действий”. В ряду вариативных составляющих третьего блока — «развитая врачебная интуиция как результат достижения уровней “мастера” и “авторитета”». Так, это “высокие требования к психомоторике в работе хирурга, реаниматолога, стоматолога”, “высокие требования к речи, коммуникативным умениям в труде специалиста терапевтических направлений”.

Наконец, в четвертый блок “нейродинамических качеств личности врача” (подструктура биопсихических свойств личности по К.К. Платонову) в качестве инвариантной составляющей включается “преимущественный тип нервной системы”, обуславливающий ряд индивидуальных свойств, таких как высокая сенсорная чувствительность, “быстрота выполнения доведенных до автоматизма профессиональных действий” и т.п. К специфическим составляющим относятся “значительная доля субъектов с устойчивой, сильной нервной системой в хирургической, реаниматологической и стоматологической деятельности”, “открытость эмоциональных переживаний как проявлений типа нервной системы в деятельности педиатра”²⁰.

В сфере непосредственной занятости врачебная деятельность существует как реальная, конкретная практика врачей лечебных и лечебно-профилактических учреждений. В ходе этой практической деятельности неизбежны так называемые профессиональные кризисы, обусловленные множеством объективных (внешних по отношению к лечебному учреждению и врачу) и субъективных (прежде всего, личностных) факторов.

²⁰ Ясько Б.А. Указ. соч. С. 209–216.

Анализу профессиональных кризисов посвящены, в частности, работы отечественного исследователя Э.Ф. Зеера и его коллег²¹. Как правило, кризисы обусловлены логикой и спецификой профессионального развития личности и проявляются при переходе от одной стадии профессионального роста к другой. Однако случаются спонтанные кризисы, обусловленные объективными причинами или субъективными (иногда ситуативными) факторами, которые могут возникать на любой стадии профессионального становления. Эти кризисы, которые неизбежно сопровождаются сильным эмоциональным напряжением, неудовлетворенностью и психологическим дискомфортом, часто отражают конфликт между определенными социальными эталонами (ожиданиями) и возможностью личности найти способы им соответствовать. Например, между искусственно навязанной ориентацией на порой безрассудное потребление материальных благ, требующее соответственного уровня доходов, и низкими ставками работников бюджетной сферы.

Безусловно, имеется множество возможностей для успешного преодоления профессионального кризиса, в первую очередь, за счет самосовершенствования, развития профессионального мастерства, которые, однако, требуют серьезных усилий и больших временных затрат. Однако очень часто субъекты выбирают облегченный, часто деструктивный путь, который лишь усугубляя обозначенное противоречие, в конечном счете, приводит к профессиональной деформации личности.

Следует отметить, что под профессиональными деформациями личности, часто понимают:

- деструктивные изменения личности при выполнении профессиональной деятельности;
- изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса;
- деструкции, возникающие при многолетнем выполнении одной и той же профессиональной деятельности, негативно влияющие на ее продуктивность, порождающие профессионально нежелательные качества, изменяющие профессиональное поведение человека;
- изменение психической структуры, качеств личности под влиянием выполнения профессиональных обязанностей²². Однако подобные трактовки представляются психологизированными, тав-

²¹ В их числе: Зеер Э.Ф. Психология профессий. М.; Екатеринбург, 2003; Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психология профессиональных деструкций. М.; Екатеринбург, 2005.

²² Полякова О.Б. Профессиональные деформации личности: понятие, структура, диагностика, особенности. М., 2013. С. 13.

тологичными, размытыми и не отражают в полной мере социальный аспект данного явления.

На наш взгляд, профессиональные деформации личности следует рассматривать как существенные изменения психической (стереотипов восприятия, мышления, способов общения) и социальной структур личности (характера, ценностных ориентации, наконец, мировоззрения) под влиянием выполнения профессиональных обязанностей, которые продуцируют конфликтующее с общепринятыми профессиональными нормами и ценностями социальное поведение.

Важно подчеркнуть, что само понятие “профессиональной деформации” близко, но не вовсе идентично, как это порой принято считать, так называемому синдрому “профессионального выгорания”, интерес к которому возник еще в 70-е гг. XX в.

Первоначально профессиональное “выгорание” понималось как состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Только начиная с 1974 г., когда английский термин “burnout”, в переводе на русский язык означающий “выгорание”, “сгорание”, “затухание горения”, был введен американским психиатром Х.Дж. Фройнденбергером²³, его стали трактовать как характеристику психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами в эмоционально нагруженной, насыщенной атмосфере при оказании им профессиональной помощи²⁴. Например, американские психологи К. Маслач и С. Джексон отмечали, что возможность проявлений синдрома психического “выгорания” ограничивается представителями коммуникативных профессий, что частично разрешает спор о природе феномена в отношении профессий типа “человек — человек”²⁵. Затем исследователи пришли к выводу, что профессиональное выгорание — это синдром “психического выгорания”, рассматриваемый в аспекте личностной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов²⁶.

В самом деле, сегодня этот синдром широко изучается в контексте профессиональных стрессов. “Выгорание” (в широком смысле) определяется как “долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессио-

²³ *Freundenberger H.J.* Staff burnout // *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30 (1). P. 159–165.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Maslach C., Jackson S.* MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition. Palo Alto, 1986. P. 17.

²⁶ *Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P.* Job burnout // *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397–422.

нальных стрессов средней интенсивности”²⁷. При этом ученые выделяют около 100 симптомов, связанных с “выгоранием” подобного генеза, среди которых агрессивные и упаднические чувства, бессонница, злоупотребление алкоголем, негативное отношение к работе, переживания чувства вины и зависимости, психосоматические недомогания и др.²⁸

На наш взгляд, синдром профессионального выгорания, который часто рассматривается просто как специфическая разновидность “психического выгорания”, – это, в первую очередь, психически обусловленный феномен, который соответственно и проявляется в различных психических состояниях личности. Профессиональные деформации, в отличие от синдрома профессионального выгорания, – это социально обусловленный феномен, который затрагивает именно социальную структуру личности и выражается в социальном поведении отклоняющегося от профессиональных стандартов типа.

Исследователь Э.Ф. Зеер в свое время, отмечая, что “профессиональные деформации неизбежны” и “каждая профессия имеет свой ансамбль деформаций”²⁹, выделял четыре типа профессиональных деформаций личности.

К первому типу он относил общепрофессиональные деформации, которые прослеживаются у большинства работников со стажем. Хотя степень выраженности деформаций данного типа различна, они делают работников узнаваемыми, похожими. Например, у врачей – это синдром “сострадательной усталости” (эмоциональная индифферентность к страданиям больных). Второй тип составляют специальные профессиональные деформации, поскольку в рамках любой профессии имеется собственный качественный и количественный состав деформаций. Так, у терапевтов – это постановка угрожающих (ложных) диагнозов, у хирургов – циничность и халатность, у медицинских сестер – черствость и равнодушие.

Третий тип – профессионально-типологические деформации – обусловлен наложением индивидуально-психологических особенностей личности (темперамента, способностей, характера) на профессиональную структуру деятельности. В результате складываются такие профессионально и личностно обусловленные комплексы деформаций, как:

²⁷ Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000. С. 443.

²⁸ См. об этом: Там же. С. 443–463; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб., 2005.

²⁹ Зеер Э.Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования. Екатеринбург, 2000. С. 45–54.

1) комплекс деформаций профессиональной направленности личности, при котором, например, происходит искажение мотивации деятельности (“сдвиг мотива на цель”). В частности, к негативным последствиям либеральных новаций в здравоохранении можно отнести явление пермиссивизма в медицине (*permissio*, лат. — “повиновение”, “разрешение”), которое означает превращение врача в лицо без нравственных принципов, в служащего, повинующегося и исполняющего желания пациента в любом диапазоне: от эвтаназии и аборта до пластических операций разного типа, включая трансплантацию лица, если это желание подкреплено соответствующим материальным вознаграждением;

2) комплекс деформации способностей (организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др.) или же черт характера, находящийся у врачей выражение в ярком чувстве “превосходства” над больным, выраженном в соответствующем надменном или агрессивном поведении, гипертрофированном уровне притязаний, завышенной самооценке или просто нарциссизме.

Четвертый тип — индивидуализированные деформации, которые обусловлены особенностями труда работников различных профессий. Чрезмерное развитие отдельных профессионально важных качеств (в результате многолетней профессиональной деятельности, психологического сращивания личности и профессии) приводит к возникновению сверхкачеств или акцентуаций — сверхответственности, суперчестности, гиперактивности, трудового фанатизма, не подкрепленных эффективными результатами профессиональной деятельности, которые часто соотносят с “профессиональным кретинизмом”³⁰.

В целом, несмотря на различные подходы к сущности и компонентам профессионального выгорания и профессиональных деформаций, отраженные в трудах зарубежных³¹ и отечественных³² исследователей, можно утверждать, что профессиональные деформации личности — это сугубо социально негативный феномен.

³⁰ Зеер Э.Ф. Психология профессий. Екатеринбург, 1999. С. 205—207.

³¹ Напр.: *Burisch M.* A longitudinal study of burnout // *The Relative Importance of Dispositions versus Experiences. Work & Stress.* 2002. Vol. 16. P. 1—17; *Dierendonck D.V., Schaufeli W.B., Buunk B.P.* Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study // *Journal of Occupational Health Psychology.* 2001. Vol. 6 (1). P. 43—52; *Dierendonck D.V., Schaufeli W.B., Sixma H.J.* Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory // *Journal of Social and Clinical Psychology.* 1994. Vol. 13 (1). P. 86—100; *Schaufeli W.B., Enzmann D.* The burnout companion to study and practice: a critical analysis. L., 1998.

³² Например: *Абрамова Г.С., Юдич Ю.А.* Синдром эмоционального “выгорания” у медработников // Психология в медицине. М., 1998; *Безносков С.П.* Профессиональная деформация личности. СПб., 2004; *Ратанова Т.А., Золотарева Л.И., Шляхта Н.Ф.* Методы изучения психодинамических свойств личности. М., 1997.

Каковы причины деформации личности современных российских врачей и последствия, к которым они приводят? *Для раскрытия сущности различных социальных явлений, предопределяющих профессиональные деформации личности врача и их направленность, на базе крупного медицинского учреждения федерального значения – Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, было проведено специальное социологическое исследование, объектом которого служили как врачи, так и пациенты*³³.

На первом этапе исследования было опрошено 838 врачей, которым были заданы следующие вопросы: “Считаете ли Вы, что у современного врача имеет место профессиональная деформация личности?” “Если Вы считаете, что деформация врача имеет место, то под влиянием каких факторов?”

Согласно результатам исследования, почти три четверти опрошенных (73,9%) считают, что “произошла деформация личности врача”, и соответственно почти четверть (26,1%) так не считают. Самый наименьший процент из этой четверти (7,5%) полагают, что современный врач всего лишь изменил нравственные ценностные ориентиры по отношению к пациенту. На недооценку обществом сложных условий труда врача как возможный фактор деформации личности врача указывают 14,9% респондентов.

Следует отметить, что происходящие в течение жизни негативные изменения в личности врача по-разному оцениваются в отдельных возрастных группах. Это объясняется тем, что профессиональный цикл людей старшего поколения (59–69 лет) начинался еще в Советском Союзе, когда превалировала идеология врачевания на благо общества. Безусловно, мировоззрение у этой группы респондентов, сложившееся в советское время, отличается от такового у нового поколения врачей. Сила социалистической идеологии способствовала восприятию врача в качестве бескорыстного работника, основным вознаграждением которого являлось исключительно моральное и физическое здоровье человека. Высокий социальный статус врачу обеспечивало государство в моральном аспекте, так как дифференциация в доходах не связывалась с иерархиями и привилегиями отдельных классов или слоев. Конечно, этот цикл жизни общества сопровождался позитивными и негативными событиями, влияющими на становление в профессии, мировоззрение и на деформацию личности врача в переходный период.

³³ Детальное описание выборки и полные результаты этого исследования в полном виде представлены в монографических работах Т.В. Семиной: *Семина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации. М., 2015; Семина Т.В. Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе. М., 2015.*

Поколение в возрасте от 40 до 49 лет, начавшее работать в советское время, но затем захваченное “веяниями перестройки”, а позже – радикальными преобразованиями, более склонно к индивидуализму: логика рыночных отношений в здравоохранении диктует свои условия и критерии оценки социального статуса врача как члена общества в целом.

В перестроечный период разрушились традиционные идеологические системы, утратились традиционные патерналистские ценности культуры врачевания, нивелировалось понятие “призвание врача”. На фоне глубокого социального расслоения общества, снизился и экономический и социальный статус врача – когда заработная плата ниже прожиточного уровня, высокий уровень образования значения не имеет. Только индивиды с высоким уровнем доходов, который позволяет им не только удовлетворять основные жизненно важные потребности, но и пользоваться различными видами всевозможных услуг, приобретают высокий социально-экономический статус. Данное обстоятельство как раз и явилось одним из важных факторов деформации личности врача, укоренило в личности социально нежелательные нравственные принципы и ценностные установки.

Из результатов анализа ответов разных поколений врачей видна динамика мышления, которая связана с изменяющимися социокультурными установками в условиях масштабной трансформации общества. Представители младшей возрастной группы (от 29 до 39 лет) реже полагают, что произошла профессиональная деформация личности врача, и что современный врач изменил нравственные принципы по отношению к пациенту. В то же время респонденты этой возрастной группы считают, что происходит недооценка обществом сложных условий труда врача, выраженная, в частности, в недостойной материальной мотивации его труда.

По обобщенным результатам исследования, независимо от глубинных ценностей поколений половина респондентов (51,5%) считают, что у врача произошла профессиональная деформация личности, прежде всего, в силу недостойной материальной мотивации труда. В действительности, материальная составляющая труда в любой профессии традиционно считается важной, соответственно, любой работник значимое место отводит ей в иерархии своих потребностей. Из этого следует сделать вывод, что эффективное управление кадровым потенциалом в отрасли невозможно без справедливой материальной мотивации труда, основанной на качестве лечения, профессиональном уровне работника и его личном вкладе в оказание качественной медицинской помощи (услуги).

Следует отметить, что “качество медицинской помощи” также является весьма сложной для понимания категорией, что детерминировано, с одной стороны, широким лексическим значением слова “качество” с одной стороны, а с другой – трудностью установления четких, формально определенных критериев отграничения качественной медицинской помощи от некачественной. Это обусловлено особенностями медицинской деятельности и науки, которые сопровождаются вариативностью подходов к лечению одного заболевания, постоянным развитием медицинских технологий и совершенствованием лекарственных средств, индивидуальностью организма каждого пациента, материально-техническими возможностями учреждения здравоохранения и т.д.³⁴

В связи с этим переход в отрасли здравоохранения на эффективные контракты будет сложным и длительным процессом. В некоторых случаях пациент изначально запущен в отношении основной болезни, имеет многочисленные сопутствующие заболевания, и на лечение такого больного врач затрачивает колоссальное количество времени и сил, притом, что результативность лечения низка, или хуже того, вероятна смерть пациента.

В связи с этим главному врачу медицинской организации необходима реализация видения инновационных разработок по проблемным случаям лечения и стимулированию труда врача. Важно определить систему ключевых показателей с учетом затрат труда врача по объективности и профессиональной компетентности, чтобы у врача не снизилась вовлеченность в работу, не исчез интерес к лечению тяжелобольного человека. Необходимы четкие критерии выделения проблемных случаев лечения, обоснованность и допустимость риска при надлежащем выполнении медицинской помощи.

Социологический анализ показал, что для современного врача по-прежнему важны не только материальное стимулирование труда, но и моральное, а также занимаемый им в обществе статус. Исторически предписанный высокий статус врача, который достигается личными усилиями и результатами длительного обучения, требует от личности больших физических и душевных затрат, а также осознания личностью реальной полезности для общества своих социальных функций.

На наш взгляд, процессы моральной и материальной мотивации только тогда эффективны, когда соответствуют требованиям, необходимым для преодоления порога безразличия врача по отноше-

³⁴ Соколова Н.А. Качество медицинской помощи как критерий компенсации социального риска: проблемы правоприменения // Социальное и пенсионное право. 2012. № 4.

нию к пациенту, когда у врача наблюдается сильная потребность в завоевании признания пациентов. Однако такой личности потребуется установить равновесие между интересами пациента и медицинской организации. В том случае, если пациенты признают заслугу врача, а медицинская организация недооценивает его профессионализм, равновесие может сместиться в сторону пациентов, что не так уж плохо, но тогда общие интересы организации врача уже не будут интересовать.

В то же время, исследования показали, что, по мнению врача, современное общество недооценивает его ролевой статус, а в общественном мнении в целом утрачено значение важной миссии врача, выработанные ранее обществом. Этому, по мнению опрошенных врачей, во многом способствуют СМИ, которые специально подают информацию медицинского толка в препарированном, выгодном для них виде.

Так, анализ ответов респондентов на вопрос “Воздействуют ли современные СМИ на мировоззрение врача?” показал, что самый большой процент респондентов (64,5%), считают, что СМИ оказывают огромное негативное влияние на личность врача. 19,6% респондентов утверждают, что СМИ формируют определенные эмоции и поведение врача, а 15,9% – что СМИ способствуют потере личностью ценностных ориентиров по отношению к значимости человеческой жизни.

В действительности СМИ оказывают мощнейшее влияние и на сознание, и на личность врача, заставляют действовать его определенным образом, навязывая определенные поведенческие стандарты, которые становятся некими ориентирами и стереотипами поведения. Негативная информация, черпаемая из интернета, телепередач, новостей, в которых транслируются ураганы, смерчи, разрушительные войны во всем мире, апеллирует к ничтожности человеческой жизни – так трансформируются мировоззренческие ориентиры врача, из которых постепенно исчезает эта важнейшая нравственная компонента (ценность человеческой жизни).

Результатом профессиональной деформации личности врача является коррупционное поведение, которое проявляется множественным образом. Так, к подобному коррупционному поведению в сфере здравоохранения и врачебной деятельности относятся взятки, вовлеченность в различные сговоры, выплаты “откатов” врачам за направление пациентов в нужное (профильное) лечебное учреждение, умышленная подмена бесплатных услуг платными, расхищение лекарств и других ресурсов, лоббизм в сфере государственных закупок медицинского оборудования и медикаментов, подделка медицинских документов, учет фиктивных пациентов, проведение

ложной диагностики на платной основе и ряд других негативных явлений.

По результатам ответов на вопрос “Изменит ли антикоррупционная политика, проводимая в медицинском учреждении, личность врача?” удалось установить, что больше половины (57,2%) респондентов считают, что антикоррупционная политика, особенно, в части неформальных платежей изменит личность врача. Затруднились ответить на этот вопрос 28,6% опрошенных врачей. Наименьший процент из общего числа исследуемых (14,2%) считают, что антикоррупционная политика в части неформальных платежей не изменит личность врача.

На самом деле, скрытая форма коррупционного поведения может подавляться не только законом, общественным контролем, но и внутренним контролем медицинской организации, а также организованным мониторингом анонимного анкетирования пациентов в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях. То, что наименьший процент респондентов считает, что антикоррупционная политика не изменит личность в части неформальных платежей означает, что антикоррупционное сознание у врача находится в стадии зарождения.

Только сейчас вводится процедура информирования работников работодателями о возникновении конфликта интересов, о коррупционных правонарушениях и введения формальных и неформальных санкций. Противодействие коррупции путем профилактических мер, воспитательных функций, неотвратимости наказания не только со стороны органов государственной власти субъектов Российской Федерации, но и в медицинских организациях по выявлению, предупреждению, пресечению коррупционных правонарушений, безусловно, приведет к минимизации коррупционных правонарушений и будет способствовать добросовестному и этикодеонтологическому поведению врача по отношению к пациенту.

На втором этапе исследования был проведен опрос пациентов на предмет установления причин изменения личности врача, в котором принял участие 1021 респондент³⁵.

Исследование показало, что треть респондентов (это наибольший процент, 33,1%) считает, что личность современного врача изменяется в последние годы в сторону безразличного отношения к больному человеку. Также наиболее значимой пациенты считают дезориентацию личности врача из-за постоянных изменений внеш-

³⁵ Детальное описание выборки и полные результаты этого исследования в полном виде представлены в монографических работах Т.В. Семиной: *Семина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации; Семина Т.В. Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе.*

них и внутренних факторов (25,8% ответов). На недостаточное чувство ответственности за результаты лечения пациентов указало 20% респондентов, а на то, что личность современного врача изменилась в сторону низкой культуры врача и отсутствия долга перед пациентом – 21,1%. Из этого следует сделать вывод, что в современную эпоху размываются ценностные статусные ориентиры врачебного долга, более важным становится процесс, в котором как раз и “зарабатываются деньги”, а не результат, соответственно, и развивается незаинтересованность врачей в излечении пациентов. Профессия врача теряет престиж в общественном сознании из-за снижения культуры врачевания, притом, что технологический прогресс в медицине вытесняет и сокращает время личного общения с пациентом.

Вместе с тем, наибольший процент (41,6%) респондентов по-прежнему ждет от врача квалифицированной медицинской помощи и верит в то, что эта помощь им будет оказана качественно.

В действительности процессом взаимодействия врача и пациента является лечение больного человека, но, к сожалению, в последние годы значительная часть россиян занимается самолечением, не прибегая к помощи врачей, не только из-за потока рекламы лекарственных средств, но и из-за общего недоверия медицине.

Так, по мнению 11% пациентов, поскольку на личность врача повлияли экономические и рыночные реформы в медицине, то в связи с этим наблюдаются неоправданное назначение врачами дорогостоящих лекарственных препаратов и диагностического обследования, безотказность врача в принятии взятки (так считают 26,8% опрошенных). 8,1% опрошенных считают, что на личность врача повлияла коммерциализация медицины, в результате чего врачи ставят пациентам вымышленные диагнозы с расчетом на извлечение прибыли.

Анализ результатов опроса пациентов показал, что наиболее значимой причиной неудовлетворенности пациентов врачебной помощью, которая, в конечном счете, трансформировалась в негативное отношение к медицине, является снижение качества лечения, – так считает наибольший процент (67%) респондентов. Также одной из причин (на это указали 20% пациентов) является нарушение норм этики и деонтологии врачом.

Как утверждает А.П. Зильбер, “клинический этикет соблюдения традиционных внешних правил поведения медицинского персонала повышает качество лечебного процесса, улучшает его результаты и главное – способствует реанимации психологического контакта между больным и врачом, а также между коллегами”³⁶.

³⁶ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики М., 2008. С. 84.

Каждый врач сам выбирает нормы поведения с каждым отдельным пациентом, исходя из осознанности своих действий по конкретному больному, основываясь главным образом на клинической картине заболевания. Дальнейшая лечебная тактика зависит от профессионального мышления и квалификации врача, т.е. его способности к умственному построению картины болезни, диагностики и стратегии дальнейшего ее лечения.

В частности, Б.А. Ясько полагает, что “профессиональная деятельность врача есть, по сути, совокупность таких ситуаций, имеющих как опосредованный логикой лечебно-диагностического процесса, так и спонтанный, непредвиденный, экстренный характер. Следовательно, формирование инициативности как профессионально-личностного свойства востребовано характером профессиональной деятельности, состоящей в последовательной взаимосвязи и взаимозависимости решений”³⁷.

Трудно не согласиться с утверждением Б.А. Ясько, так как в действительности деятельность врача связана с высокой степенью ответственности и ситуацией, отличительной особенностью которой является неопределенность в отношении конечного результата лечения больного. Также неблагоприятный исход лечения может быть сопряжен со стечением обстоятельств, состоянием крайней необходимости, когда врач, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, принимает решения в считанные секунды по жизненным показаниям. В этом случае существует обоснованный риск возможности наступления негативных последствий, что может привести к ухудшению состояния больного и причинить неосознанный вред его здоровью.

Итак, в профессии врача изначально заложены сложные условия труда, высокая ответственность за жизнь человека. Профессиональная компонента личности врача мало изучена как российскими, так и зарубежными учеными, как мало изучено и влияние на эту личность ускоряющегося информационно-технологического прогресса. Кроме того, прогресс информатизации здравоохранения приводит к тому, что медицинские знания становятся всеобщим достоянием, что снижает значимость профессии врача в общественном сознании.

Врач ощущает в обществе статусную несовместимость с другими обеспеченными слоями населения с высоким доходом и поэтому испытывает разочарование в профессии, что и деформирует его личность. Неоспорим тот факт, что общее качество медицинской помощи снижено, а медицинские работники все чаще нарушают

³⁷ Ясько Б.А. Указ. соч. С. 97.

этику и культуру врачевания. Падение авторитета врача, его престижа, утрата общественного доверия к нему – это острые сигналы скрытого дисбаланса отношений между медициной и обществом.

По мнению В.Н. Томалинцева, “кризисом охвачены едва ли не все стороны жизни общества, что в значительной мере есть следствие крушения мировоззренческих догм. Данная ситуация оказывает негативное влияние на личность. В этих условиях необходимо возвращение к рассмотрению мировоззренческих проблем, но обращение к ним требует не нормативности, не мелочной регламентации, а выработки общей методологии организации зрелых мировоззренческих форм”³⁸.

В данной связи разработка концепции профессионального и нравственного развития врача в реальном времени становится сегодня актуальной научно-практической задачей.

Формирование мировоззрения – одна из задач воспитания, которое является неотъемлемой частью целенаправленного организованного процесса формирования и социализации личности современного врача. В связи с этим выработка методологии организации зрелых мировоззренческих форм необходима современной медицине как способ нравственной ориентации врача по отношению к больному человеку. Основная проблема состоит в нахождении правильного соотношения материального и морального мотивирования медицинского персонала.

Например, если в личности врача происходит существенный сдвиг в сторону материальной мотивации, человек через некоторое время “оседает” в своей нише, его очень сложно мотивировать работать лучше. В частности, и это доказано в постулатах элементарной теории социального обмена Дж. Хоманса³⁹ (допущение к постулату успеха – “регулярные поощрения вызывают скуку и пресыщение, тогда как при поощрениях через иррегулярные промежутки времени вероятность повторения поступка очень высока”⁴⁰) после достижения некоторого “порога насыщения”, индивидуального для каждого человека, дальнейшее увеличение денежного вознаграждения уже не приводит к возрастанию эффективности его труда. Поэтому способы нематериальной мотивации, которые для человека могут являться не менее ценными, очень важны⁴¹.

³⁸ Томалинцев В.Н. Типы личности и война между ними. Комплексное исследование фактора личностного предназначения в структуре самосознания. СПб., 2014. С. 63.

³⁹ Homans G. Social behavior: its elementary forms. N.Y., 1961.

⁴⁰ Добренъков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20–60-е гг. XX в.): Уч. для вузов. М., 2012. С. 373.

⁴¹ Кулагин О.А. Как разработать систему стимулирования персонала? URL: <http://www.b-seminar.ru/article/show/337.htm>

Безусловно, современное здравоохранение должно способствовать развитию социологических исследований, которые в свою очередь будут помогать развитию социологии здравоохранения как самостоятельной научной дисциплины, направленной на изучение социальных аспектов системы охраны здоровья как целостной системы, социальные аспекты взаимоотношений врачей и пациентов, проблемы профессиональной адаптации личности врача к сложным условиям современной социальной реальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Синдром эмоционального “выгорания” у медработников // Психология в медицине. М., 1998.

Безносос С.П. Профессиональная деформация личности. СПб., 2004.

Водопьянова Н.Е. Синдром психического “выгорания” в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб., 2005.

Добренков В.И., Осипова Н.Г. История западной социологии (20–60-е гг. XX в.): Уч. для вузов. М., 2012.

Зеер Э.Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования. Екатеринбург, 2000.

Зеер Э.Ф. Психология профессий. М.; Екатеринбург, 2003.

Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психология профессиональных деструкций. М.; Екатеринбург, 2005.

Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. М., 2008.

Кузьменко М.М., Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А. Социологическое исследование системы поддержки врачами реформы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 1995. № 6.

Кулагин О.А. Как разработать систему стимулирования персонала? URL: <http://www.b-seminar.ru/article/show/337.htm>

Кэмбелл А., Джиллег Г., Джонс Г. Медицинская этика: Уч. пособ. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М., 2010.

Маркова А.К. Психология профессионализма. М., 1996.

Пиддэ А.Л. Социология и здравоохранение. Иваново, 2000.

Полякова О.Б. Деперсонализация как составляющая профессиональных деформаций личности и акмеологическая проблема // Акмеология. 2009. № 4. С. 44–53.

Полякова О.Б. Профессиональные деформации личности: понятие, структура, диагностика, особенности. М., 2013.

Середина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. Ростов н/Д., 2003.

Сёмина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации. М., 2015.

Сёмина Т.В. Социально-юридический конфликт пациента и врача в обществе. М., 2015.

Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М., 2008.

Соколова Н.А. Качество медицинской помощи как критерий компенсации социального риска: проблемы правоприменения // Социальное и пенсионное право. 2012. № 4.

Томалинцев В.Н. Типы личности и война между ними. Комплексное исследование фактора личностного предназначения в структуре самосознания. СПб., 2014.

Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1988.

Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов н/Д., 2005.

REFERENCES

Abramova G.S., Yudchits Yu.A. Sindrom emotsional'nogo "vygoraniya" u medrabotnikov [Syndrome of emotional "burnout" in health workers] // Psihologiya v meditsine [Psychology in medicine]. М., 1998. S. 231–244.

Beznosov S.P. Professional'naya deformatsiya lichnosti [Professional deformation of personality]. SPb., 2004.

Cabe J., Bury M., Elston M.A. Key concepts in medical sociology. L., 2004.

Dobren'kov V.I., Osipova N.G. Istoriya zapadnoy sotsiologii (20–60-e gg. XX v.): Uch. dlya vuzov [The history of Western sociology (20–60-ies of the XX century): Uch. for universities]. М., 2012.

Kembell A., Dzhilleg G., Dzhons G. Meditsinskaya etika: uch. posob. [Medical ethics: uch. help.] / Pod red. Yu. M. Lopukhina, B.G. Yudina [Ed. by Yu.M. Lopukhin, B.G. Yudin]. М., 2010.

Khardi I. Vrach, sestra, bol'noy [The doctor, the sister, the patient]. Buda-pesht, 1988.

Kulagin O.A. Kak razrabotat' sistemu stimulirovaniya personala? [How to develop a system of incentives for staff?] URL: <http://www.b-seminar.ru/article/show/337.htm>

Kuz'menko M.M., Mikhaylova Yu.V., Siburina T.A. Sotsiologicheskoe issle-dovanie sistemy podderzhki vrachami reformy zdravookhraneniya [A sociological study of the system of doctors' support for health care reform] // Zdravookh-ranenie Rossiyskoy Federatsii [Health care of the Russian Federation]. 1995. N 6.

Markova A.K. Psikhologiya professionalizma [Psychology of professionalism]. М., 1996.

Pidde A.L. Sotsiologiya i zdravookhranenie [Sociology and health]. Ivanovo, 2000.

Polyakova O.B. Depersonalizatsiya kak sostavlyayushchaya professional'nykh deformatsiy lichnosti i akmeologicheskaya problema [Depersonalization as a component of professional personality deformations and akmeologicheskaya problem] // Akmeologiya [Akmeologiya]. 2009. N 4. S. 44–53.

Polyakova O.B. Professional'nye deformatsii lichnosti: ponyatie, struktura, diagnostika, osobennosti [Professional deformation of personality: concept, struc-ture, diagnostics, features]. М., 2013.

Semina T.V. Sotsiologiya truda vracha v epokhu globalizatsii [Sociology of the doctor's work in the era of globalization]. М., 2015.

Semina T.V. Sotsial'no-yuridicheskiy konflikt patsienta i vracha v obshchestve [Socio-legal conflict between patient and doctor in society]. M., 2015.

Seredina N.V., Shkurenko D.A. Osnovy meditsinskoj psikhologii: obshchaya, klinicheskaya, patopsikhologiya [Fundamentals of medical psychology: general, clinical, pathopsychology]. Rostov n/D., 2003.

Siluyanov I.V. Izbrannye. O prizvanii vracha [Selected. About the call of a doctor]. M., 2008.

Sokolova N.A. Kachestvo meditsinskoj pomoshchi kak kriteriy kompensatsii sotsial'nogo riska: problemy pravo primeneniya [Quality of medical care as a criterion for compensation of social risk: problems of the right to apply] // Sotsial'noe i pensionnoe pravo [Social and pension law]. 2012. N 4.

Tomalintsev V.N. Tipy lichnosti i vojna mezhdu nimi. Kompleksnoe issledovanie faktora lichnostnogo prednaznacheniya v strukture samosoznaniya [Types of personality and war between them. A comprehensive study of the factor of personal predestination in the structure of self-consciousness]. SPb., 2014.

Vodop'yanova N.E. Sindrom psikhicheskogo "vygoraniya" v kommunikativnykh professiyakh [Syndrome of mental "burning out" in communicative occupations] // Psikhologiya zdorov'ya [Psychology of health] / Pod red. G.S. Nikiforova [Ed. by G.S. Nikiforov]. SPb., 2000. S. 443–463.

Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]. SPb., 2005.

Yas'ko B.A. Psikhologiya lichnosti i truda vracha: Kurs lektsiy [The psychology of the physician's personality and work: A course of lectures]. Rostov n/D., 2005.

Zeer E.F. Psikhologiya lichnostno orientirovannogo professional'nogo obrazovaniya [Psychology of personally oriented vocational education]. Ekaterinburg, 2000.

Zeer E.F. Psikhologiya professiy [Psychology of professions]. M.; Ekaterinburg, 2003.

Zeer E.F., Symanyuk E.E. Psikhologiya professional'nykh destruktivnykh [Psychology of professional destruction]. M.; Ekaterinburg, 2005.

Zil'ber A.P. Etyudy meditsinskogo prava i etiki [Etudes of Medical Law and Ethics]. M., 2008.