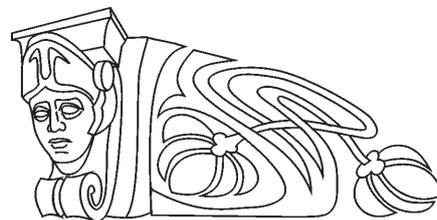




Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2022. Т. 22, вып. 4. С. 401–407  
*Izvestiya of Saratov University. Sociology. Politology*, 2022, vol. 22, iss. 4, pp. 401–407  
<https://soziopolit.sgu.ru> <https://doi.org/10.18500/1818-9601-2022-22-4-401-407>, EDN: NCDGKD

Научная статья  
УДК 316.353

## Факторы социальной травматизации профессиональной группы врачей



Л. В. Темнова<sup>1</sup>✉, П. В. Поповцева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Россия, 119991, г. Москва, ГСП-1, Ленинские горы, д. 1, стр. 33

<sup>2</sup>ООО «Интернет Решения», Россия, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10

Темнова Лариса Витальевна, доктор психологических наук, профессор кафедры современной социологии, [temnova.larisa@yandex.ru](mailto:temnova.larisa@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-5197-816X>

Поповцева Полина Вадимовна, специалист, [p.popovtsewa@mail.ru](mailto:p.popovtsewa@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1888-6474>

**Аннотация.** В статье раскрывается социологический подход к анализу концепта коллективной травмы, под которой понимаются деструктивные, дисфункциональные последствия социальных преобразований, касающиеся больших групп людей. В настоящее время профессиональное сообщество врачей особо подвержено социальной травме и зачастую берет за нее моральную ответственность. Реформа здравоохранения, начавшаяся с 2010 г., ее экономические, социальные и психологические последствия стали основным триггером формирования и развития такой травмы. Новизна проведенного исследования состоит в обосновании применения концепта социальной травмы для анализа личности и деятельности профессиональной группы врачей. Цель исследования – выявить факторы социальной травматизации социальной группы врачей. Задачи: обосновать специфику актуализации концепта социальной травмы на примере профессиональной группы врачей; провести ранжирование выявленных факторов социальной травматизации; определить причины формирования данных факторов. Проведено качественное социологическое исследование с помощью метода глубинного интервью, в котором приняли участие 35 врачей различной специализации. Полученные тексты интервью обработаны с помощью контент-анализа. Уровень профессионального выгорания врачей определялся с помощью опросника К. Маслач. Определены социально травмирующие факторы профессиональной деятельности врачей: высокая эмоциональная нагрузка от взаимодействий с пациентами; требование оказания высокопрофессиональной помощи; сервисизация общества; уровень управленческой культуры; режим труда и отдыха; возрастание ответственности за выполнение профессиональных стандартов; ограничение открытости и публичности профессиональной деятельности; оплата труда; уровень подготовки медицинского персонала; режим безопасности труда. В заключение сделан вывод, что череда реформ в системе российского здравоохранения привела врачей к необходимости «вписываться» в новые требования, когда морально-нравственные нормы деформируются, а выполнение своих профессиональных обязанностей редуцируется. Подобная адаптация к «инновациям» привела к формированию у профессионального врачебного сообщества социальной травмы.

**Ключевые слова:** социальная травма, профессиональная группа врачей, профессия врача, факторы социальной травматизации

**Для цитирования:** Темнова Л. В., Поповцева П. В. Факторы социальной травматизации профессиональной группы врачей // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2022. Т. 22, вып. 4. С. 401–407. <https://doi.org/10.18500/1818-9601-2022-22-4-401-407>, EDN: NCDGKD

Статья опубликована на условиях лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY 4.0)

Article

### The social traumatization factors of doctors' professional group

L. V. Temnova<sup>1</sup>✉, P. V. Popovtseva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lomonosov Moscow State University, GSP-1, bld. 33 Leninskie Gory, Moscow 119991, Russian

<sup>2</sup>Limited Liability Company «Internet solutions», 10 Presnenskaya Emb., Moscow 123112, Russian

Larisa V. Temnova, [temnova.larisa@yandex.ru](mailto:temnova.larisa@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-5197-816X>

Polina V. Popovtseva, [p.popovtsewa@mail.ru](mailto:p.popovtsewa@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1888-6474>

**Abstract.** The article reveals a sociological approach to the analysis of the concept of collective trauma understood as the destructive, dysfunctional consequences of social transformations concerning large groups of people. Currently, the professional medical community is particularly vulnerable to social trauma and often takes moral responsibility for it. The healthcare reform, begun in 2010, its economic, social, and psychological consequences became the main trigger for the formation and development of such a trauma. The novelty of this study lies in the substantiation of the application of the concept of social trauma concept application for analyzing the personal professional doctors' activity. The aim of the study is to identify the factors of social traumatization of a social group of doctors. The objectives are: to substantiate special features of the



social trauma concept actualization on the example of a professional group of doctors; to rank the identified factors of social traumatization; to determine the reasons for the formation of these factors. The qualitative sociological study using the in-depth interview method, attended by 35 doctors of various specialties, was conducted. The received interview texts were processed by using content analysis. The level of professional burnout of doctors was determined according to K. Maslach's questionnaire. The socially traumatic factors of the professional activity of doctors were determined: high emotional stress from interactions with patients; the requirement to provide highly professional assistance; the serviceization of society; the level of managerial culture; work mode; rest mode; increasing responsibility for meeting professional standards; limiting the openness and publicity of professional activities; salary; the level of medical personnel training; occupational safety regime. It is concluded that a series of reforms in the Russian healthcare system brought doctors to the need to "fit in" with new requirements, when moral norms are deformed, and the performance of their professional duties is reduced. Such adaptation to "innovations" led to the formation of a social trauma in the professional medical community.

**Keywords:** social trauma, professional group of doctors, doctor's profession, factors of social traumatization

**For citation:** Temnova L. V., Popovtseva P. V. The social traumatization factors of doctors' professional group. *Izvestiya of Saratov University. Sociology. Politology*, 2022, vol. 22, iss. 4, pp. 401–407 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1818-9601-2022-22-4-401-407>, EDN: NCDGKD

This is an open access distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0)

К концепту коллективной травмы в социологической науке исследователи обращают пристальное внимание в середине XX в. в связи с переосмыслением основополагающих принципов теории социальных изменений. Различие на понятийном уровне между коллективной и индивидуальной травмой первым провел К. Эриксон, выделив свойства травмы, которые возникают прежде всего в отношении обществ. Под коллективной травмой понимают деструктивные, дисфункциональные последствия социальных преобразований, которые касаются больших групп людей. Как правило, травматический эффект события как такового имеет последствия не только на уровне индивидуальной психики, но и на групповом и социальном уровнях. Личность как актор социальных изменений становится представителем интересов конкретной социальной группы, с которой он солидаризируется. Экономическая депрессия, например, ведет к разочарованию, экологические катастрофы – к панике, политические скандалы – к общественному возмущению. Согласно Дж. Александру, коллективную травму трактуют как совокупность индивидуальных травм многих людей [1, с. 5].

А. Нил, двигаясь в русле социологической модели К. Эриксона, пишет, что разрушительные последствия национальной травмы способны дестабилизировать всю социальную систему настолько, что сообщество будет не в состоянии эффективно существовать. Также он говорит о «национальной травме» как о травме, имеющей долгосрочные последствия. Такая травма связана с событиями, которые постоянно воспроизводятся в сознании отдельного человека и оседают в памяти коллективной [2, р. 4–10].

Серьезное теоретическое значение имеет мысль Дж. Александра о том, что «травма есть свойство, приписываемое событию при посредстве общества» [1, с. 16], т. е. сами события по своей сути травмирующими не являются.

Р. Айерман подчеркивает процессуальность социальной травмы: «Это не вещи, а процессы создания смыслов и атрибуций, делящаяся борьба, в которой разные индивиды и группы стремятся определить ситуацию, управлять ею и контролировать ее» [3, с. 125].

По мнению Н. Смелзера, социальная травма есть событие, способное дестабилизировать ключевые элементы культуры и подорвать культуру в целом. Так, нарушая фундаментальные основы общества, она угрожает существованию общества [4, р. 38].

Ж. Т. Тощенко определяет социальную травму как «противоречивый, турбулентный и деформированный характер общественных процессов», который влечет за собой изменения в структуре социальных, экономических, политических и духовно-культурных отношений. В обществе, подверженном социальной травме, отмечается отсутствие эффективности развития, нелогичность действий, неспособность привлекать «активные творческие силы на реализацию преобразований и преодоление деструктивных тенденций» [5, с. 25].

Как считает И. К. Масалков, для современного российского общества с его постоянной трансформацией социальной структуры, социальными конфликтами, политическими, экономическими изменениями социальная травма становится характерной чертой эпохи. Чтобы отвечать международным стандартам, запросам клиентов, сегодня во главу угла деятельности государственных органов ставится повышение эффективности и прибыльности государственных учреждений, что меняет их «первоначальную функцию (образование, здравоохранение, научные исследования)» [6, с. 90]. Постоянно сталкиваясь с изменениями и модернизациями, в том числе и со стороны государственных структур, люди зачастую теряют основной смысл происходящего.

А. А. Шутценбергер пишет, что сильнейшая социальная травма проявляется не иначе



как у потомства травмированных групп. Автор полагает, что наследственная травма является более сильной, чем та, которая получена при жизни [7, с. 136].

Концепт социокультурной травмы введен П. Штомпкой. Социолог описывает взаимосвязь между такой травмой и деструктивным воздействием на социальное тело. Наличие социокультурной травмы говорит о патологии социального организма, который находится в центре внимания, о его способности к самоизменению посредством творчества. Как общественные изменения не имеют ни начала, ни конца, так и травма является процессом, который имеет равные фазы, темп и форму. Это – травматическая последовательность, появляющаяся в соответствующих структурных условиях [8, с. 8]. К таким условиям социолог относит мучительное прошлое, внешние и внутренние конфликты, которые в дальнейшем продолжают в данном обществе, политическое или идеологическое доминирование враждебного государства. Социокультурная травма, в понимании ученого, – результат радикальных, насильственных, глобальных общественных изменений. С одной стороны, человек ценит стабильность и экзистенциальную безопасность, а введение внезапных изменений приводит к деформации привычного уклада, потере ощущения безопасности. С другой стороны, экономические, социальные, культурные изменения могут повлечь за собой преобразования в социальной структуре, разрушение предыдущих ценностей и правил, падение уровня жизни. Причем такие ситуации становятся травматичными только тогда, когда признаются обществом таковыми (учеными, журналистами и т.п.) [8, с. 8–9].

Специфика дискурса социальной травмы заключается в том, что адаптация к социальным изменениям создает солидарность, увеличивает пространство ясности для общества. Согласно Дж. Александру, благодаря социальной травме социальные группы, национальные сообщества (а иногда и целые цивилизации) осознают наличие и источник человеческих страданий, а также возлагают на себя ответственность за них [1, с. 7]. Говоря о профессиональном сообществе, можно утверждать, что оно особенно подвержено социальной травме и зачастую берет за нее моральную ответственность. Реформа здравоохранения, начавшаяся в 2010 г. (Программа от 18 июля 2010 г.), ее экономические, социальные и психологические последствия стали основным триггером формирования и развития такой травмы. Эпидемия коронавирусной инфекции 2020 г. проявила все самые негативные последствия реформирования си-

стемы здравоохранения [9]. Социальная травма модифицирует отношения с пациентами, руководством, а профессиональные действия врачей все более приобретают защитный характер, негативно влияющий на лечебный процесс: растет неудовлетворенность своей работой, условиями труда, снижается адекватная оценка своей профессиональной деятельности, способность эмоционально реагировать на происходящее и принимать логически обоснованные решения. Подобная экстремальность профессиональной ситуации приводит к тому, что формируются негативные изменения в структуре личностных характеристик медицинских работников и их социального самочувствия в целом.

Профессия врача, относящаяся к социальным профессиям («Человек – Человек»), подвержена высокому риску возникновения синдрома выгорания, который рассматривается в качестве реакции на череду стрессов, полученных на работе, что включает эмоциональное истощение, деперсонализацию, нивелирование профессиональных достижений. Формирование этого синдрома увеличивает у медицинских работников риск сердечно-сосудистых заболеваний, развития психосоматических нарушений, появления психопатологических симптомов; может проявляться посредством неудовлетворенности результатами собственной деятельности, снижения дисциплины и производительности труда медицинских работников, роста частоты медицинских ошибок, повышения аварийности и травматизма, дисбаланса между усилиями и социальными наградами, устойчивой деструктивной реакции на стресс.

Таким образом, новизна осуществленного исследования состоит в обосновании применения концепта социальной травмы к профессиональной группе врачей. Цель работы состояла в выявлении факторов социальной травматизации врачей. Данная цель была конкретизирована в следующих задачах: обосновать специфику актуализации концепта социальной травмы на примере профессиональной группы врачей; провести ранжирование выявленных факторов социальной травматизации; определить причины формирования данных факторов.

Для определения социально травмирующих факторов профессиональной деятельности врача было проведено качественное социологическое исследование с использованием метода глубинного интервью. Был разработан гайд, состоящий из шести блоков вопросов: рефлексия профессиональной деятельности; эмоциональный фон профессиональной деятельности; взаимоотношения с коллегами; социальные аспекты профессиональной деятельности вра-



ча; модернизация системы медицины и здравоохранения; социально-демографические характеристики респондентов. Тексты интервью были подвергнуты контент-анализу. Уровень профессионального выгорания врачей определялся с помощью опросника MBI (Maslach Burnout Inventory) в адаптации Н. Е. Водопьяновой. Эмпирическую базу исследования составили 35 врачей (10 мужчин и 25 женщин) различных специальностей, возраст интервьюируемых – от 25 до 73 лет.

На основании анализа текстов глубинных интервью было выделено 11 социально травмирующих факторов профессиональной деятельности врачей. Рассмотрим их подробно в порядке убывания значимости влияния на формирование социальной травмы у опрошенных врачей.

**Высокая эмоциональная нагрузка от взаимодействий с пациентами.** Основная цель деятельности врача – лечение людей, недуг для которых выступает причиной не только болезненного состояния, но и дезадаптации, поведенческих и психологических изменений. Общение с пациентами проходит не всегда гладко и порой приводит к появлению у врача чувства раздражения, нетерпимости по отношению к больным.

*Люди не всегда все понимают. Приходится объяснять несколько раз. Люди, которые платят много, хотят постоянно быть на связи. Они дома постоянно пишут и звонят. От этого бесконечного общения устаешь (стоматолог, стаж 4 года, муж.).*

Пациенты приходят с разным настроением, с разными проблемами. Зачастую эти ситуации врачи принимают близко к сердцу, что провоцирует состояния угнетенности и депрессии. Появляется необходимость сдерживать себя, что приводит к «обезличенным клиническим случаям», безразличию и черствости.

*Анестезиолог, у него умерла мама, я приехал поддержать на похороны... Лицо изменилось, мимики нет, он безжизненный... А он говорит: «Ты знаешь, я вот не могу поплакать даже». Потому что он черствый стал. Поэтому все врачи бесчувственные (челюстно-лицевой хирург, стаж 15 лет, муж.).*

**Требование оказания высокопрофессиональной помощи.** В 2015 г. Минздрав РФ установил новые нормы приема больных в поликлинике, существенно сократив время приема пациентов врачами ряда специальностей. В отведенное время врач должен не только выслушать жалобы, провести осмотр пациента, дать ряд рекомендаций по обследованию и лечению, но и заполнить все необходимые документы.

*Раньше я больше принимал людей, но на мне было гораздо меньше бумажной нагрузки. Сейчас... 95% времени у врачей уходит на документацию. Ты должен просто правильно ее заполнить, неважно, как ты вылечишь... Не нормально – 15-минутный прием (челюстно-лицевой хирург, стаж 15 лет, муж.).*

Введенные стандарты обязали врачей работать в определенных рамках, отчего места творческому подходу, дивергентному мышлению не осталось.

*Мы работаем по стандартам. В этом вся проблема. Мы перестаем думать. Вот у нас есть стандарты: человек приехал, мы должны оказать определенный спектр услуг и ни одной больше (хирург, стаж 3 года, муж.).*

**Сервисизация общества.** Согласно концепции «конца трудового общества» на смену промышленному приходят новые общества, в которых большая роль уделяется сервисному типу труда. И главным классом постиндустриального общества, определяющим характер и тип социальных отношений, является сервисный класс [10, с. 34]. Сегодня представители традиционных профессий (врачи, учителя, юристы и др.) вынуждены выстраивать клиентоориентированные отношения, предполагающие формирование позитивных впечатлений. Благодаря социальным сетям и широкому их распространению медицинская деятельность стала публичной, сформировался новый тип отношений врача и пациента. Сейчас от врача требуется формирование личного бренда в социальных сетях.

*Единственная сложность в работе – это когда ты пытаешься себя раскручивать, как бренд врача... через инстаграм... Ты сейчас дистанционно должна доказывать пациенту, что ты хороший врач. Через социальные сети. Это не всегда то, чем хочется заниматься. Хочется читать статьи, смотреть лекции. А тебе приходится писать и снимать сторис (гинеколог, стаж 4 года, жен.).*

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская деятельность приравнивается к понятию «медицинская услуга». Такой подход не может считаться нормальным для врачебного сообщества. Особенно остро это ощущается в платной медицине, когда специалист при построении плана лечения вынужден постоянно оглядываться на пациента.

*Пациент может с ноги открыть дверь, и сострадание пропадает, и желание заканчивается (педиатр, стаж 16 лет, жен.).*

**Уровень управленческой культуры.** Нередкими являются случаи, когда руководитель



медицинского учреждения сосредоточивается не на решении профессиональных медицинских проблем, а исключительно на организационной и экономической составляющей. Респонденты отмечают формальное, некорректное отношение руководства к врачам, что вызывает недовольство, нежелание ходить на работу и др. Такие противоречия могут породить конфликты и другие формы несогласия.

*А вот отношение со стороны администрации... Всегда есть какое-то ожидание подвоха. Ты вроде идешь и ожидаешь, что все будет нормально, но потом прилетает какой-нибудь «сюрприз» (нейрохирург, стаж 4 года, муж.).*

*Когда руководитель – диктатор, для меня это является травмирующим фактором, я принимаю решение и ухожу (эндокринолог, стаж 10 лет, жен.).*

**Режим труда.** Для категории медицинских работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 39 часов в неделю. Интервьюируемые отмечают тяжелые условия труда врачей, обусловленные нехваткой кадров. Им приходится постоянно перерабатывать, завершать свой рабочий день позже положенного времени.

*Я одна на приеме, никто не нормирует нагрузку. В течение 5 минут 5 человек закатили на каталках, нужно выбрать самого тяжелого, чтобы им заняться. Стресс постоянный (хирург, стаж 20 лет, жен.).*

*Работы, несмотря на все производимые модернизации, меньше не становится, становится все сложнее и сложнее. Удовольствия от своей работы становится все меньше и меньше. Именно ввиду загруженности (нейрохирург, стаж 4 года, муж.).*

**Режим отдыха.** У врачей и младшего медицинского персонала, как показывает практика, периодически значительно сокращается время отдыха. Например, в период пандемии коронавирусной инфекции многих врачей заставляли находиться в «красной» зоне в течение 16 часов. Но такое происходило и до пандемии: «...известны такие случаи. 12-часовой день был распространенным явлением» [11]. Интервьюируемые говорили, что ввиду высокой занятости им не удается уделять достаточного количества времени своей семье.

*Когда у врача заканчивается рабочий день, почему-то есть еще десяток пациентов, которые хотят, чтобы он к ним пришел, и их не волнует, что у него закончился рабочий день (педиатр, стаж 16 лет, жен.).*

**Возрастание ответственности за выполнение профессиональных стандартов.** Сегодня мы можем наблюдать, что оценку деятель-

ности врачей производит не профессиональное сообщество, а сами пациенты и общество в целом [12, с. 4–5]. Вопросы ответственности медицинского персонала за ненадлежащее оказание медицинских услуг, причинившее вред здоровью или повлекшее смерть человека, вызывают все больший резонанс в современном российском обществе. Т. В. Семина утверждает, что пациенты и их родственники подчас не учитывают, что профессия врача экстремально сложная и не всегда предсказуемая: «Учеными всего мира признается, что, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей в принципе является невозможной» [13].

*Если раньше врачи говорили: «Давайте попробуем, но я не гарантирую ничего», – в большинстве случаев это были положительные исходы. Сейчас врач на такое ни за что не решится. Если что, начнется написание жалоб. И этого никто не хочет (оториноларинголог, стаж 2 года, муж.).*

*Врачи работают так, чтобы не загреметь в суд (неонатолог, стаж 29 лет, жен.).*

**Ограничение открытости и публичности профессиональной деятельности.** Иллюстрацией этого фактора может служить запрет в октябре 2020 г. Министерства здравоохранения публично высказываться врачам о коронавирусе. Само по себе это распоряжение вызывает панику, оно как бы обличает тот факт, что в системе здравоохранения существуют какие-то явные проблемы, выявленные в условиях пандемии. В то же время одна из функций Минздрава заключается в пропагандистской и профилактической работе, которая носит информационный характер, и информация должна быть открытой, честной и достоверной. Кроме того, сама профессия врача имеет очень специфический характер, сложный для понимания другими людьми, не связанными с данной профессией, поэтому обсуждать те или иные факты рабочей сферы врачи могут только в рамках своей профессиональной группы.

*В отделении у 4 врачей была подтвержденная инфекция, но нам сказали класть пациентов... люди начали уходить на больничный один за другим, и в течение недели количество работающих врачей сократилось с шести до одного... Нам Минздрав запретил комментировать эту ситуацию... (нейрохирург, стаж 4 года, муж.).*

**Оплата труда.** Несмотря на то что врачей беспокоит оплата труда, анализ глубинных интервью показал, что данный фактор занял лишь восьмое место по значимости для респондентов. В частных клиниках эта проблема реже беспокоит врачей, а в государственных она почти по-



всеместна. Особенно остро проблема зарплаты обозначилась тогда, когда в ходе модернизации системы здравоохранения произошло сокращение кадров и, соответственно, нагрузка на врачей значительно увеличилась. По данным Росстата, за период с 2000 по 2019 г. число больниц уменьшилось с 10,7 тыс. до 5,2 тыс. [14]. Врачи «бегут от низких зарплат и переработок» [15]. По имеющимся данным, с начала 2013 по конец 2019 г. количество младших медработников сократилось до 265 тыс. чел., среднего персонала – до 1,314 млн чел., врачей – до 704 тыс. чел. (на 2%) [14].

Вот некоторые высказывания респондентов на тему заработной платы:

*Ты никому не нужен... нет никакой благодарности со стороны системы здравоохранения, которую они разрушили. Ты идешь с благой целью во врачи, а в итоге тебе приходится выживать (педиатр, стаж 6 лет, муж.);*

*Только в худшую сторону все изменилось... низкая зарплата, нищенская даже... (терапевт, стаж 32 года, муж.).*

**Уровень подготовки медицинского персонала.** Фактором травматизации стала и модернизация системы подготовки врачей. Врачи старшего поколения неоднократно подчеркивали, что сейчас квалификация молодых специалистов намного ниже квалификации врачей, которые выпускались из медицинских вузов ранее. Это осознается и самими молодыми медработниками. К примеру, врач-гинеколог для получения качественного образования и повышения квалификации уехала учиться в США:

*У меня была такая ситуация, когда я закончила обучение. Я поняла, что у нас нет ни денег, ни правильного подхода к науке, и вот тогда я захотела попробовать уехать по гранту в США и сделать классную научную карьеру (гинеколог, стаж 4 года, жен.).*

В современной российской системе высшего медицинского образования формы реализации включенного обучения студентов малоэффективны, вузы мало поддерживают студенческие инициативы и новации. Формируется своеобразный замкнутый круг – медицина преподается в вузах по старинке, по окончании обучения на работу выходят неграмотные специалисты, из-за чего государство вынуждено вводить стандарты, по которым эти «специалисты» смогут хоть как-то работать.

*Оптимизация загнала врача в определенные рамки. У него нет личного мнения. Принципы лечения не всегда верные, но корректировать ты их не имеешь права. Но они, наверное, это делают потому, что у нас очень большой*

*процент врачей необразованных. Люди учатся по книжкам 80–90-х годов (оториноларинголог, стаж 2 года, муж.).*

**Режим безопасности труда.** Данный фактор может раскрываться по-разному. Одним из ярких примеров послужило указание Минздрава России в апреле 2020 г. об экономии средств индивидуальной защиты врачей, ограничении числа медработников, находящихся в контакте с пациентами, и минимизации количества их входов в палату, что способствовало формированию негативного отношения и к врачам, и к системе здравоохранения в целом.

С другой стороны, безопасность труда может нарушаться пациентами, когда те ведут себя в отношении врача неподобающим образом. В 2019 г. были внесены изменения в статью Уголовного кодекса, предусматривающую наказание за нападение на медицинского работника, в Кодексе об административных правонарушениях и Уголовном кодексе появилась статья «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи». Особенно распространены такие случаи в государственных медицинских учреждениях, которые работают в круглосуточном режиме. Врачи отмечают, что часто именно в ночное время в больницы поступают люди, получившие травму по причине девиантного поведения.

*...Выпустить агрессию, они вечно недовольны, пытаются драться (челюстно-лицевой хирург, стаж 15 лет, муж.).*

Кроме того, безопасность работы врача может нарушаться и в связи с производственными факторами, связанными со сложным оборудованием. Это приводит к формированию тревожных, стрессовых состояний, которые снижают продуктивность работы.

*Мы работаем на опасном оборудовании, у нас источники ионизирующего излучения, могут быть и радиационные аварии, нужно постоянно находиться в напряжении, чтобы ничего не произошло (онколог-радиолог, стаж 24 года, муж.).*

Осуществленный анализ публикаций по проблеме, серия глубинных интервью и опрос позволяют сделать следующие выводы. Процессы неолиберального реформирования социального института медицины приводят не только к развитию профессиональных деформаций личности и изменению структуры деятельности врача, но и к возникновению социальной травмы в профессиональном сообществе врачей. Эти процессы, полагал П. Штомпка, являются частным случаем в ряду современных социальных изменений, содержащих травмирующий эффект, т.е. они связаны с разрушением тради-



ционной социальной среды, эрозией нормативно-ценностных оснований социальной жизни и со сложностями в социальном самоопределении индивидов и социальных групп.

Социальная травматизация профессиональной группы врачей имеет различную степень и глубину выраженности в зависимости от опыта врача и стажа его работы, его специализации и места работы. Влиянию перечисленных ранее факторов в меньшей степени подвержены молодые врачи, которые еще не отягощены устоявшимися профессиональными принципами и правилами. Поэтому нововведения, связанные с реформированием системы здравоохранения, разрушительны для них в меньшей степени.

Стремительный, насильственный характер изменений вынуждает человека приспособляться к новым условиям, радикально отличающимся от предшествующих форм социальной жизни. Описанная ситуация нашла отражение в выработке у представителей российского врачебного сообщества различных адаптивных механизмов, которые позволяют специалистам оставаться в профессии, преодолевать затруднения в работе, получать удовлетворение от нее. Такими механизмами могут выступать: стратегия «ухода», дистанцирования, «постановка стены», рационализация и самоанализ, позитивный настрой и принятие ситуации, организация досуга, общение с семьей и коллегами, нахождение дополнительных источников заработка, повышение квалификации и др.

На основании вышеизложенного можно с уверенностью утверждать, что реформирование системы российского здравоохранения привело врачей к необходимости «вписываться» в новые требования, когда устоявшиеся морально-нравственные нормы деформируются, а выполнение своих профессиональных обязанностей редуцируется. Подобная адаптация к «инновациям» привела к преобразованиям в социальной структуре, разрушению предыдущих ценностей и правил, падению уровня жизни, формированию у профессионального врачебного сообщества социальной травмы.

### Список литературы

1. Александр Дж. Культурная травма и коллективная идентичность // Социологический журнал. 2012. № 3. С. 5–40.
2. Neal A. G. National Trauma and Collective Memory: Major Events in the American Century. Armonk, N.Y. : M. E. Sharpe, 1998. 224 p.
3. Айерман Р. Социальная теория и травма // Социологическое обозрение. 2013. Т. 12, № 1. С. 121–138.
4. Smelser N. J. Psychological trauma and cultural trauma // Alexander J. C., Eyerman R., Giesen B., Smelser N. J., Sztompka P. Cultural trauma and collective identity. Berkeley : University of California Press, 2004. P. 31–59.
5. Тоценко Ж. Т. Общество травмы: между эволюцией и революцией. М. : Весь мир, 2020. 352 с.
6. Масалков И. К. Социальные патологии: клинический подход к миру повседневной реальности // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019. Т. 11, № 17. С. 85–93. <https://doi.org/10.19181/inter.2019.17.7>
7. Шутценбергер А. А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. 256 с.
8. Штомпка П. Социальное изменение как травма // Социологические исследования. 2001. № 1. С. 6–16.
9. Насколько реформа здравоохранения в России повлияла на борьбу с коронавирусом // Телеканал «Настоящее Время». URL: <https://www.currenttime.tv/a/vrachi-optimizacia-russia-koronavirus/30560657.html> (дата обращения: 22.08.2021).
10. Полякова Н. Л. Новые теоретические перспективы в социологии начала XXI в. // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2015. № 2. С. 29–46.
11. Спасение спасающих: режим работы врачей в «красной зоне» пересмотрят // Интернет-новости МИЦ «Известия». 2020. URL: <https://iz.ru/1058482/pavelpanov-ekaterina-iasakova/spasenie-spasaiushchikh-rezhim-raboty-vrachei-v-krasnoi-zone-peresmotriat> (дата обращения: 22.08.2021).
12. Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э. Качество медицинской помощи и стандарты сегодня // Проблемы стандартизации и здравоохранения. 2018. № 1–2. С. 3–8. <https://doi.org/10.26347/1607-2502201801-02003-008>
13. Семина Т. В. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния врача. URL: [https://racvs.ru/events/archive/xxv\\_vserossiyskiy\\_sezd\\_serdechno\\_sosudistykh\\_khirurgov/obosnovanny\\_risk\\_kak\\_obstoyatelstvo\\_isklyuchayushchee\\_prestupnost\\_deyaniya\\_vracha](https://racvs.ru/events/archive/xxv_vserossiyskiy_sezd_serdechno_sosudistykh_khirurgov/obosnovanny_risk_kak_obstoyatelstvo_isklyuchayushchee_prestupnost_deyaniya_vracha) (дата обращения: 22.08.2021).
14. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/cGrsODXX/zdr1-1.xls> (дата обращения: 22.08.2021).
15. Массовый отток: почему врачи бегут из больниц // Газета.Ru (Gazeta.Ru). URL: <https://www.gazeta.ru/business/2019/10/31/12787004.shtml> (дата обращения: 20.04.2021).

Поступила в редакцию 28.07.2022; одобрена после рецензирования 22.08.2022; принята к публикации 29.08.2022  
The article was submitted 28.07.2022; approved after reviewing 22.08.2022; accepted for publication 29.08.2022