
Евгения Подстрешная

ТЕМА БОЛИ В ДИСКУРСЕ О ВРАЧЕБНОМ ПРОФЕССИОНАЛИЗМЕ НА ПРИМЕРЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Предметом данной работы является отношение медицинского персонала травматологического отделения к боли своих пациентов, рассматриваемое через призму формирования профессиональной идентичности и медицинского профессионализма. Постоянный контакт с людьми, испытывающими физическую боль – неотъемлемая часть деятельности медицинского сотрудника, при этом восприятие боли другого опосредовано как общечеловеческими ценностями сострадания и милосердия, так и профессиональными знаниями и навыками. Эмпирической базой для проведения исследования послужила серия интервью с врачами-травматологами и пациентами травматологического отделения в одном из крупных государственных учреждений здравоохранения г. Москвы. Показано, что восприятие боли пациентами врачами формируется как часть профессиональной идентичности, в котором находят отражение ключевые ценности медицинской профессии – как гуманистические, так и ценности служения. Восприятие боли рассматривается как сочетание трех аспектов: когнитивного, эмоционального и поведенческого. Указанные аспекты восприятия могут находиться в разном соотношении, эмоциональный аспект является наиболее гибким, поскольку не регулируется официальными требованиями и с трудом поддается измерению. Для его описания применяется модель «минимального внимания», которая отличает медицинскую профессию.

Ключевые слова: социология профессий, социология медицины, боль, медицинский профессионализм, профессиональная идентичность

Евгения Сергеевна Подстрешная – магистр социологии, Центр анализа доходов и уровня жизни НИУ ВШЭ, Москва, Россия. Электронная почта: es.podstreshnaya@gmail.com

Боль, как отмечает Дэвид Моррис, «по-прежнему остается одной из тех загадок, которые повергают в наибольшее недоумение» (Morris 1993: 21). Ее разрешение в социальных науках предполагает определенное усложнение ввиду такого понимания феномена боли, в котором органический и социальный аспекты оказываются неразрывно переплетены друг с другом (Turner 2002: 17). Феноменологический подход к вопросам телесности в целом и боли в частности позволяет говорить о боли как о состоянии, «при котором тело становится центром жизненного мира индивида» (Vancken 1989: 438), при этом тело, в обычной жизни воспринимаемое как само собой разумеющееся, становится источником проблем (Swoboda 2006: 73). В результате от индивида требуется больше усилий, чтобы «быть» телом, что не всегда получается делать самостоятельно и приходится обращаться за помощью к профессионалам, врачам, для кого неизменной обязанностью остается избавление человека от боли (Post et al. 1996: 24).

Представители медицинской профессии обладают обширными специальными знаниями, которые позволяют им идентифицировать источник боли, оценивать ее интенсивность и находить способы ее устранения. Врач постоянно соприкасается с болью в своей профессиональной деятельности, но особенность в том, что это не личная боль, а боль другого. Иными словами, врач является свидетелем чужой боли, хотя и не безучастным, и, что важно, не безмолвным. Так, в публичной дискуссии о боли именно врачи являются едва ли не самыми влиятельными участниками, при этом они имеют право выступать от лица страдальцев – своих пациентов (Encandela 1993: 784). В данной работе рассматриваются особенности восприятия боли пациентами врачами через призму профессионализма, что позволяет принять во внимание и то, как сами врачи описывают «профессиональное» отношение к боли, и то, какой запрос существует со стороны пациентов.

Эмпирической базой послужила серия интервью с девятью врачами-травматологами и таким же количеством пациентов травматологического отделения. Интервью были проведены в период с апреля 2014 г. по апрель 2015 г. в одном из государственных учреждений здравоохранения г. Москвы. Боль пациентов травматологического отделения отличается тем, что, во-первых, обычно имеет внезапный характер, возникает «часто среди полного здоровья» (Врач 7), то есть человек не может быть к ней подготовлен. Во-вторых, ввиду своей специфики интенсивность и продолжительность этой боли, как правило, зависят от того, насколько быстро была оказана необходимая медицинская помощь. Вместе с тем, боль в травматологии сопряжена не только с травмой как таковой, но и провоцируется врачебными манипуляциями, направленными на то, чтобы оказать помощь пациенту (например, репозиция вывихов и переломов).

Отношение к боли пациентов через призму профессионализма

В фокусе нашего внимания оказывается то, как конструируется отношение травматологов к боли пациентов, что связывается с профессиональной идентичностью. Роль врача предполагает стремление к определенной цели (Dolch 2003: 392), а именно – к добросовестному осуществлению профессиональной деятельности. Работая в русле символического интеракционизма, мы отталкиваемся от утверждения, что исполняемые роли не являются статичными. Индивид в ситуации взаимодействия ориентируется на релевантные роли и может выстраивать своё поведение тем или иным образом. Так, для врача взаимодействие с пациентами, испытывающими боль, может варьироваться в зависимости от того, как ведёт себя его визави, на что направлена работа врача – излечение пациента или заботу о нём. Иными словами, говоря о восприятии боли, мы рассматриваем взаимодействие врача и пациента как «интерактивную игру со значительными вариациями» (Bilton et al. 2002: 360). Эти ориентиры могут служить критериями медицинского профессионализма, понятие которого подробнее рассматривается далее.

Джулия Эветтс отмечает, что начиная с 1990-х гг. происходило как переосмысление термина «профессионализм» социальными исследователями, так и нарастание интереса к этому понятию в отдельных сферах трудовой деятельности (Эветтс 2009: 133). Что касается области здравоохранения, здесь важной вехой можно считать обращение Американского совета по внутренней медицине к концепции профессионализма (АВМ 1994). Это было обусловлено текущими изменениями в области медицины, связанными с переходом на рыночные рельсы: представители Совета были обеспокоены тем, что в новых условиях отношение врача к пациенту рискует стать преимущественно механистичным. С целью предотвращения было разработано определение медицинского профессионализма, которое должно было стать интегральным для всей медицинской системы и содержало указания на такие аспекты как гуманизм, альтруизм, долг, служение и др. Как отмечают Кики Ломбартс и другие исследователи (Lombarts et al. 2014: 1), установка на качественное лечение пациентов заложена в самой медицинской этике, но представления о том, как она должна воплощаться на практике, за последние несколько десятилетий подверглись значительному изменению. Причин тому много: расширение корпуса медицинского знания, повышение уровня ответственности в медицине, необходимость снижения расходов на лечение, научные разработки в области повышения качества. Медицинский профессионализм стал тем мерилom, которое отражает качество работы врача. Очевидно, что это понятие должно быть достаточно многогранным, чтобы охватить различные аспекты медицинской профессии. В ходе работы врач не только занимается непосредственным оказанием медицинской помощи, но и коммуницирует

с пациентом. С одной стороны, он обязан избавить человека от боли (Post et al. 1996: 349), и это можно обозначить как инструментальный аспект взаимодействия в ходе лечения. С другой стороны, работа врача подразумевает, что он воспринимает боль пациента тем или иным образом и демонстрирует свой отклик на эту боль – это коммуникативный аспект.

Как отмечают Курубаран Ганасегеран и Сами Аль-Дубай, проблемы коммуникативного характера чаще всего упоминаются в жалобах на врачей, обвиняемых в высокомерии и неучтивом отношении (Ganasegeran, Al-Dubai 2014: 12). Но чего именно ждут пациенты от врача – сочувствия, внимания или эффективного лечения вне зависимости от формы коммуникации при этом? Джон Банджа в качестве консенсуса между интересами пациента, требующего участия к своему страданию, и врача, возможности эмпатии которого ограничены собственными психическими ресурсами, сложными условиями труда и подчас поведением самих пациентов, предлагает так называемое «минимальное внимание» (Banja 2008: 1128). Суть подхода состоит в том, чтобы проявлять интерес к тому, что чувствует пациент, но не принимать его боль на себя, сохраняя объективность и беспристрастность.

Таким образом, «профессиональное» отношение к боли пациентов подразумевает, что врач не просто помогает пациенту избавиться от боли, но и демонстрирует определенное участие. В качестве подтверждения тому, что врач, претендующий на звание профессионала, должен сочетать эти два навыка, мы хотели бы обратиться к рассмотрению ключевых ценностей медицинского профессионализма. С одной стороны, универсальными ценностями медицины можно считать заботу и сострадание – как отмечают Луис Арнольд и Дэвид Стерн, такая гуманистическая ориентация характерна для всех определений профессионализма в медицине и составляет ту основу, на которой базируется медицинская деятельность как таковая (Arnold, Stern 2006: 17). К этике заботы Канадская медицинская ассоциация в своем определении профессионализма относит также милосердие, нанесение вреда, уважение к личности и справедливость (Medical Professionalism 2005). Именно милосердие, как отмечается в статье Линды Пост и соавторов (Post et al. 1996: 350), лежит в основе базовой установки на избавление пациента от боли.

Помимо гуманистического ценностного ядра существует другой набор ценностей, отличающих медицинскую профессию – служение, поддержание компетенций, автономия, саморегуляция. При условии соответствия ценностям из данного блока, врач приобретает обширный социальный контроль – он может единолично контролировать процесс лечения, поскольку обладает необходимым для этого уровнем знаний и полномочий. Отсюда – иерархизированные отношения врача и пациента, которые особенно выпукло могут проявляться в осуществлении менеджмента боли. Жестко закрепленный режим выдачи обезболивающих и стеснение пациентов попросить

дополнительное обезболивание, чтобы «угодить медицинскому персоналу и не быть для него источником неудобств» (Angell 1982: 98), может превратить пациента в пассивную жертву боли (Post et al. 1996: 350). В то же время, если модель коммуникации между врачом и пациентом оказывается ближе к партнерской, нежели патерналистской, ситуация меняется. Подтверждение можно увидеть на примере наших интервью: «*Да-да, без проблем, просим обезболивающее, приходят, сразу делают*» (Пациент 3), «*Если вон что – позовал, укол сделают, вот я видел, тут зовут, сразу делают уколы, так что, как бы, не отказывают*» (Пациент 4). Помимо прочего, ценности компетенций и служения подразумевают, что врач обладает полным набором необходимых знаний и навыков, для того чтобы на высоком уровне оказать пациенту помощь в избавлении от боли.

Говоря о соотношении двух блоков ценностей в работе врача нельзя упустить из внимания институциональный контекст. Текущие преобразования в организации медицинской помощи приводят к определенному конфликту идентичностей – идентичности профессионала и идентичности рыночного игрока. С одной стороны, несмотря на поворот медицины в сторону рынка, заработная плата врачей по-прежнему низкая, что является одной из основных причин недовольства профессиональной деятельностью. С другой стороны – остро переживается сдвиг общественного сознания в сторону «потребительского» отношения к медицине в целом и к фигуре врача в частности. В настоящее время в результате усиления консьюмеризма в здравоохранении мы можем наблюдать переход от «большого» к «клиенту» и выстраиванию диалога с врачом в формате потребления медицинской услуги (Присяжнюк 2013: 89). Проблема заключается в том, что в этом диалоге пациенты выказывают (по оценке врачей) максимум претензий и минимум уважения:

сейчас люди демонстрируют всяческое пренебрежение, неуважение к врачам, врачей вообще загнали, я не знаю, прям в угол какой-то, и травят постоянно. То есть люди требуют, чтоб, они считают, что мы им чем-то обязаны, понимаете (Врач 2).

Подобное отношение врачи оценивают как незаслуженное, угрожающее их привычно высокому статусу «профессионала». Возникает вопрос, не страдает ли в этих условиях коммуникативная сторона взаимодействия врача и пациента, к которой относится восприятие врачом боли пациентов и их отклик на нее. Мы обратимся к анализу эмпирического материала с тем, чтобы показать, что собой представляет «профессиональное» отношение к боли.

Восприятие врачом-травматологом боли пациента

Боль, с которой сталкивается врач, требует применения целого ряда навыков, как инструментального, так и коммуникативного характера.

Опираясь на материалы интервью, можно сказать, что врачи разделяют боль пациентов на физическую – то есть боль вследствие травмы, и психологическую – боль вследствие немощи. Несомненно, первостепенное значение в работе врача имеет физическая боль: она служит сигналом о наличии повреждения и помогает скорректировать тактику лечения, но кроме того, может препятствовать общему ходу лечения. В умении точно идентифицировать источник боли и найти способ ее устранения проявляются ценности поддержания компетенций и превосходства в своей профессии.

Психологическая боль воспринимается как тесно связанная с физической: *«В последующем, когда уже процесс лечения – тогда это психологическая боль, психологическая травма для людей. Допустим, долго прикованным к постели быть»* (Врач 4). Хотя врачи осознают и подчеркивают, что настрой пациента, его отношение к собственной болезни оказывают значительное влияние на ход лечения, возможности оказания психологической поддержки зачастую оказываются ограничены. Обусловлено это, во-первых, дефицитом времени, во-вторых, отсутствием четких указаний в отношении того, как врач должен осуществлять помощь такого типа. Ситуация складывается таким образом, что внимание к психологической боли пациента остается на откуп каждого отдельно взятого врача.

Врач сталкивается с болью в более «вооруженном» состоянии, нежели обычный человек: его знание о боли имеет комплексную природу, он одновременно опирается на собственный опыт боли, базу специальных профессиональных знаний, опыт взаимодействия с чужой болью, а также на рассказы пациентов о боли. Важно учитывать, что для человека, занимающегося профессиональной медицинской деятельностью, роль врача является не единственной – он также продолжает оставаться чьим-то родственником, другом, а в определенный момент сам может стать пациентом. Иными словами, врач так или иначе занимает двойственное положение по отношению к боли.

Рассматривая восприятие боли как проявление определенной социальной установки, мы, вслед за Ядовым (Ядов 1975: 422), можем говорить о комбинации трех компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого. К когнитивному аспекту относятся те знания о боли, которыми обладает врач-травматолог и которое, как мы отметили выше, имеет комплексный характер. Внимание, в первую очередь, к причине боли и ее интенсивности, знание о том, каковы последствия боли для процесса лечения, способность устранить боль не только на короткое время, но и в долгосрочной перспективе – такой, весьма рациональный подход, отличает когнитивный аспект восприятия боли пациентами врачами-травматологами. В разговоре о профессионализме врачей когнитивный аспект восприятия боли выходит на передний план, что можно проследить не только в высказываниях самих врачей, но и их пациентов:

Ну, они уже видят по человеку, насколько ему больно, как, что, вот это все. Они уже знают степень, какая у травмы, то есть они уже, ну, предполагают, какая это боль. То есть они уже, естественно, могут назначить нормальное лечение, нужные, там, лекарства, нужные обезболивающие (Пациент 3).

Когнитивный аспект восприятия боли пациентов задает тон инструментальному типу взаимодействия между врачом и пациентом, которое ориентировано, главным образом, на излечение последнего (Ong et al. 1995: 906). Можем отметить, что пациенты оказываются единодушны в позитивных оценках этой стороны взаимодействия с лечащим врачом, подтверждением чему становится достаточно высокий уровень доверия:

Потому что каждый, каждый человек в своей сфере должен быть профессионалом <...> Есть лечащий врач, который отвечает полностью за мое здоровье, мое выздоровление, я полностью доверяю (Пациент 1).

Можно сделать вывод о том, что высокий уровень профессионализма, находящий отражение в когнитивном аспекте восприятия боли, легитимирует в глазах пациента высокий социальный контроль со стороны врача. Для самого же врача данный аспект оказывается важным источником поддержания собственной профессиональной идентичности. Интересно, что несмотря на выделяемое информантами значение опыта, врачи открывают и его обратную сторону:

Как-то с возрастом, да, больше становится переживаний по поводу того, что можешь сделать что-то неправильно, скажем, да, сделать не так, как хочется, не так, чтобы помочь человеку так, как должно быть в идеале (Врач 8).

Тема переживаний отсылает нас к эмоциональному аспекту восприятия боли пациентов, который оказывается более неоднозначным, чем предыдущий. В первую очередь отметим, что вопреки распространенному мнению о дегуманизации современной медицины и высоком уровне цинизма среди представителей медицинской профессии, субъективные аспекты боли и страдания пациентов не остаются без внимания. Работа в сфере медицины в целом, и в травматологии в особенности, сопряжена с такой обстановкой, в которой человек не может оставаться эмоционально безучастным. Страдание других людей, переживания самих пациентов и их близких, осознание собственной ответственности за результат работы, который, в случае неудачи, может обернуться для пациента не только продолжительными болевыми ощущениями, но и ограничением физической активности или летальным исходом, – даже будучи неотъемлемой частью ежедневной рабочей рутины, не может не вызывать у врачей эмоционального отклика в том или ином виде. В этом проявляется та «человеческая» идентичность медицинских работников, которая сосуществует с идентичностью профессиональной. Сохранение

эмоционального восприятия боли другого, которое наши информанты описывают в терминах сочувствия, сопереживания, сострадания, с профессиональной точки зрения оценивается по-разному. С одной стороны, это можно рассматривать как моральное основание для осуществления медицинской деятельности в целом – особенно в условиях недостаточного финансирования, кризиса профессиональной идентичности в связи с вторжением неомеджериализма в медицину, неуважительного отношения пациентов и общего смещения приоритетов в организации системы здравоохранения. Яркой иллюстрацией могут служить слова одного из наших информантов:

Я считаю, что если тебе стало безразлично – нечего и работать, то есть вообще невозможно доктором работать без сочувствия и соучастия к страданиям больного. Если закончилось это, надо уходить (Врач 7).

С этой точки зрения живой отклик на боль и страдания оценивается врачами положительно и может рассматриваться как воплощение гуманистических оснований медицинского профессионализма. В то же время эмоции в работе могут стать серьезной помехой для эффективного осуществления профессиональных обязанностей: во-первых, они выступают отвлекающим фактором при выполнении врачебных манипуляций, а, во-вторых, могут вызвать эмоциональное выгорание, поскольку психологический ресурс врача, как и любого человека, не безграничен:

Ну тут чокнуться будет! Если каждую боль, каждого пациента проецировать на себя, вот все, что говорят, «Вот я, переживаю, как ему больно» – фигня все! <...> Ну иначе тогда с ума сойдешь! (Врач 9).

Осознание подобных трудностей становится причиной трансформации эмоционального аспекта восприятия боли пациентов в ходе профессионального опыта. В описании своих чувств по отношению к боли пациентов наши информанты используют такие выражения как «адекватное сопереживание» или «сознательное сопереживание», которое вырабатывается по мере накопления опыта работы и значительно отличается от первых шагов в профессии, когда «эмоции брали верх». Происходит сглаживание эмоциональной реакции, которое достигается как на сознательном, так и на бессознательном уровне. С одной стороны, врачи видят в этом проявление защитного механизма, который включается на физиологическом уровне. С другой стороны, осознавая необходимость перехода от излишней эмпатии к «дозированному» сочувствию, информанты приходят к такому отношению в результате научения, сознательной работы над своим отношением:

Это уже в процессе работы. Потому что, наверное, когда начинал-то, наверное, там, думал, как ему больно, хотя не помню этого <...> У меня там был наставник, и он мне так говорил, что ты не должен переживать из-за его боли, ты должен ему помочь, там, а переживать, там, брать на себя эту боль – ни в коем случае (Врач 9).

Несмотря на притупленное эмоциональное восприятие боли пациента врач осознает ее наличие, знает о негативных последствиях, а потому неизбежно проявляет сочувствие к пациенту, которое выражается, однако, не в аффективной реакции, а в желании и возможности оказать реальную помощь:

Не-не, не дистанцируется, это неправильно! Мы помогаем им, я знаю про его боль, что ему больно, но его боль я на себя не беру никак. Я не переживаю то, что ему больно, вот как же так, вот он получил травму, бедный, несчастный, страдает. Я это знаю – мне этого достаточно (Врач 9).

Сочетание этих элементов – притупленная эмоциональная реакция, знание о боли и сочувствие – позволяет говорить, что профессиональное восприятие боли пациентов подразумевает выработку «минимального внимания», о котором пишет Джон Банджа. Мы можем одновременно наблюдать сохранение интереса к ощущениям и переживаниям пациента, с одной стороны, а также объективное, «более спокойное» отношение – с другой. За счет этого достигается сохранение необходимого уровня эмпатии в отношениях врача и пациента без значительной угрозы эмоциональному состоянию врача, который по долгу службы вынужден сталкиваться с человеческим страданием в концентрированном виде.

Джон Банджа отмечает, что основы подобного отношения должны закладываться еще на этапе обучения, но для того, чтобы достичь его в полной мере, может потребоваться значительное время в процессе непосредственной врачебной практики (Vanja 2008: 1129). Из материалов наших интервью мы можем сделать вывод, что на этапе обучения моменты, касающиеся эмоционального аспекта восприятия боли пациента, остаются практически незатронутыми. В виде исключения можно отметить роль старших коллег в обучении такому отношению, но в целом каждый врач приходит к нему через практический опыт. Иными словами, подобное «сознательное сопереживание» можно рассматривать как фронезис, то есть «практическое имплицитное знание, укорененное в личном опыте, с нормативным знанием о добродетели и контекстным знанием, возникающим в ходе совершения действующим осознанного поступка» (Абрамов 2014). Иллюстрациями этому могут служить слова наших информантов:

Все эти навыки, мне кажется, будут вырабатываться в процессе работы, так что какой-то особенной психологической подготовки, я думаю, здесь не требуется (Врач 8).

Важно подчеркнуть, что описанный нами эмоциональный аспект восприятия боли врачами-травматологами является чертой их профессионализма, и применим не к боли вообще, а именно к боли пациентов. Разграничение тех переживаний, которые приходится испытывать в рамках

профессии и в обычной жизни по отношению к своим близким людям является лейтмотивом, который повторяется не в одном интервью:

Ну, нет такого особенного, потому что все одинаковые, потому что все пациенты они для меня пациенты, ничего личного. Как-то так, наверное. Ну и когда свои, свои близкие люди страдают, это уже переживается иначе (Врач 6).

Наконец, неотъемлемым элементом профессионального восприятия боли пациентов является поведенческий аспект, который вытекает из двух предыдущих. Как знание о боли с медицинской точки зрения, так и сопереживание страданиям пациента в общечеловеческом плане обуславливает импульс врача избавить пациента от боли, помочь ему справиться с ней. Поведенческий аспект восприятия боли в целом отражает ролевые ожидания со стороны пациента (и общества в целом) по отношению к врачу. Получение медицинской помощи от врача пациенты называют в качестве основного: *«Ну а от лечащего персонала – делать все возможное, чтобы мы побыстрее выписывались, чтобы мы были здоровыми»* (Пациент 1). Этот компонент восприятия в интервью с врачами выражается словами, обозначающими действие: «облегчить страдания», «пытаться помочь», «как можно быстрее обезболить человека», «помочь справиться с этой болью», «всячески эту боль купировать» и т.д.

Поведенческий аспект восприятия боли является важным элементом профессиональной идентичности. Это прослеживается на отрицательных примерах – когда врач рассказывает о ситуациях, при которых он не в силах полностью избавить пациента от боли, либо вынужден своими действиями причинять пациенту боль. В таких случаях бессилие перед лицом боли воспринимается как угроза собственному статусу профессионала и становится для врача причиной переживаний. Отметим при этом, что накопление профессионального опыта не всегда становится решением подобных проблем. Значение опыта в целом не вызывает у наших информантов сомнения, но в то же время мы можем наблюдать на материалах отдельных интервью, что по мере профессионального развития увеличивается не только объем компетенций, но и требовательность к себе (аналогично когнитивному аспекту боли).

Помимо действий, направленных на устранение физической боли, поведенческий аспект восприятия боли проявляется и в оказании пациенту определенной психологической поддержки. Эта аффективная сторона взаимодействия врача и пациента никак не регулируется, в отличие от инструментальной, и в большей степени остается на совести врача. Важную роль здесь могут играть индивидуальные особенности его личности: *«Все врачи относятся по-разному к пациентам, это зависит от характера»* (Врач 6), *«Есть же, поддержат, такие слова скажет, что сразу прям от сердца отлегло, а есть вот – сволочь, отвернется,*

грубо скажет» (Пациент 7). Проявление участливого отношения к пациенту, возможность найти время для того, чтобы лишний раз побеседовать с пациентом, даже в условиях высокой загруженности, можно считать индикатором профессионализма. То, как врач может отнестись к пациенту, проявить свое участие в нем, базируется на принципах профессии, отраженных в медицинской этике. То, насколько врач действительно соответствует этим этическим принципам в своей деятельности, показывает саму его причастность к профессии. В этом и заключается, на наш взгляд, переход от идентичности «простого человека» к идентичности «профессионала»: *«Правила существуют, но правила люди выполняют. Кто-то наплевал на них, а кто-то выполняет»* (Врач 7).

Еще один важный аспект профессионализма – это институциональный контекст, в котором существует медицинская система. В силу развития неоменеджериализма в области медицины ценность таких этических ценностей как забота, равенство, уважение и доверие сходит на нет, уступая место экономическим интересам (Романов 2008: 23). В таких условиях врачи постепенно лишаются ощущения призвания к профессии, осознания некой миссии. Коммуникация между врачом и пациентом становится все более обезличенной, и проявление участия со стороны врача оказывается за рамками новой модели взаимодействия. В таком случае врач уже не видит проблемы в недостатке времени на аффективную коммуникацию:

В: А вот как Вы считаете, вот того времени, которое Вы можете уделить общению с пациентами, среди прочих дел, вот Вы считаете это время достаточным, на Ваш взгляд, или нет?

О: Более чем достаточным. <...> Нагрузка возросла, и уже, конечно, с пациентом у нас уже более такие отношения, ну, выстроенные по бумаге <...> Это не проблема – взаимоотношения врача и пациента, или там, родственников, совсем, никакой проблемы в этом нет (Врач 9).

Слова информанта свидетельствуют о том, что уже произошла определенная трансформация идентичности, переход от «профессионала» к рыночному игроку.

Заключение

Знание о боли и способах ее устранения, недоступное в полном объеме далекому от медицины человеку, приближает врача к древнему шаману, обязанность которого состояла в избавлении человека от физических страданий. Но между врачом и шаманом лежит огромная пропасть, обусловленная тем, что для врача взаимодействие с человеческой болью становится неотъемлемой частью медицинского профессионализма. Основные ценности профессионализма – гуманизм и служение обществу – находят свое отражение в том, как врачи воспринимают боль своих пациентов. В качестве идеальной модели

медицинского восприятия боли мы используем модель «минимального внимания», благодаря которой оказывается возможен консенсус между ограниченными ресурсами врача (как временными, так и психологическими) и запросом пациентов на помощь и сопереживание.

Воплощение такой модели на практике требует от врача высокого уровня профессионализма, который заключается в умении сохранить свои компетенции, умело распределить бюджет времени между инструментальным и аффективным типом коммуникации, развить в себе чувство «сознательного» сопереживания, которое не только предохраняет врачей от эмоционального выгорания, но и не позволяет опуститься до «обыденного» отношения к боли. Такое отношение становится важным условием сохранения доверия во взаимодействии врача и пациента, которое важно не только с этической, но и утилитарной точки зрения. Мы предполагаем, что когда коммуникативная сторона взаимодействия врача и пациента никак официально не регулируется, врач будет затрачивать усилия на достижение такой модели восприятия лишь при условии осознания своей высокой миссии как профессионала и сохранения призвания к профессии. А потому важно понимать, что изменения в системе здравоохранения, следствием которых может стать переход от идентичности профессионала к идентичности рыночного игрока, неизбежно повлекут и изменения в восприятии боли пациентов.

Описание полевых данных

Врач 1 – врач хирург-травматолог, мужчина, стаж работы 10 лет.

Врач 2 – врач-травматолог, мужчина, стаж работы 14 лет.

Врач 3 – врач травматолог-ортопед, мужчина, стаж работы 15 лет.

Врач 4 – врач травматолог-ортопед, мужчина, стаж работы чуть более 1 года.

Врач 5 – врач хирург-ординатор, женщина, стаж работы 12 лет.

Врач 6 – врач хирург-ординатор, мужчина, стаж работы 9 лет.

Врач 7 – врач травматолог-ортопед, мужчина, стаж работы 22 года.

Врач 8 – врач травматолог-ортопед, стаж работы 14 лет.

Врач 9 – врач травматолог-ортопед, мужчина, стаж работы 18 лет.

Пациент 1 – мужчина, 37 лет, разрыв ахиллова сухожилия. Срок пребывания в больнице на момент интервью – 1 неделя.

Пациент 3 – мужчина, 24 года, сложные переломы обеих ног. Срок пребывания в больнице на момент интервью – 19 дней.

Пациент 4 – мужчина, 18 лет, перелом позвоночника. Срок пребывания в больнице на момент интервью – 20 дней.

Пациент 7 – женщина, 75 лет, вывих ключицы. Срок пребывания в больнице на момент интервью – 4 дня.

Выражения благодарности

В данной научной работе использованы результаты проекта «Влияние изменений в экономической и социальной политике на потребительское поведение основных групп населения и формирование условий для активного долголетия», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 г.

Автор выражает благодарность коллегам по проекту – Е. Р. Ярской-Смирновой, Р. Н. Абрамову, В. Г. Николаеву, М. В. Прудникову, чьи ценные рекомендации и замечания очень помогли в проведении исследования и написании данной статьи. Отдельная благодарность выражается проводнику в поле и информантам, которые не пожалели своего времени для участия в исследовании, обеспечив саму его возможность.

Список источников

Абрамов Р. Историко-теоретический анализ форм профессионального знания: фронезис и подразумеваемое знание // *Вторые Давыдовские чтения. Сборник научных докладов симпозиума*. М.: Институт социологии РАН, 2014: 308–333.

Присяжнюк Д. Динамика профессионального статуса врачей поликлиник в 2000-х годах // П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) *Профессии социального государства*. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013: 75–90.

Романов П. Предисловие // П. В. Романов и Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) *Социальный менеджмент*. Саратов: Саратовский государственный технический университет, Центр социальной политики и гендерных исследований, 2008: 3–5.

Эветтс Дж. Новые вызовы доверию и профессионализму // *Свободная мысль*. 2009. (11): 127–142.

Ядов В. А. О диспозитивной регуляции социального поведения личности. // *Методологические проблемы социальной психологии*. М.: Наука, 1975: 89–105.

ABIM. *Project Professionalism*. Philadelphia: American Board of Internal Medicine, 1994.

Angell M. The Quality of Mercy // *The New England Journal of Medicine*. 1982. (306): 98–99.

Arnold L., Stern D. T. What is Medical Professionalism? // D. T. Stern (ed.) *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006: 15–37.

Banja J. D. Toward a More Empathic Relationship in Pain Medicine // *Pain Medicine*. 2008. 9 (8): 1125–1129.

Bilton T., Bonnett K., Jones P., Lawson T., Skinner D., Stanworth M., Webster A. *Introductory Sociology*, 4th edition. New York: Palgrave Macmillan, 2002.

Dolch N. A. Role // L. T. Reynolds, N. J. Herman-Kinney (eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press. 2003: 391–411.

Encandela J. Social Science and the Study of Pain since Zborowski: a Need for a New Agenda // *Social Science & Medicine*. 1993. 36 (6): 783–791.

- Ganasegeran K., Al-Dubai S. Medical professionalism from a socio-cultural perspective: Evaluating medical residents communicative attitudes during the medical encounter in Malaysia // *Journal of Postgraduate Medicine*. 2014. 60 (1): 12–15.
- Lombarts K., Plochg T., Thompson C., Arah O. Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey // *Professionalism in Europe*. 2014. 9 (5): 1–12.
- Medical Professionalism // *CMA Policy*. Ottawa: Canadian Medical Association, 2005.
- Morris D. B. *The Culture of Pain*. Los Angeles: University of California Press, 1993.
- Ong L. M. L., Haes J. C. J. M. d., Hoos A. M., Lammes F. B. Doctor-patient communication: a review of literature // *Social Science & Medicine*. 1995. 40 (7): 903–918.
- Post L. F., Blustein J., Gordon E., Dubler N. N. Pain: Ethics, Culture, and Informed Consent to Relief // *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 1996. 24 (4): 348–359.
- Swoboda D. Embodiment and the Search for Illness Legitimacy among Women with Contested Illnesses // *Michigan Feminist Studies*. 2006. 19: 73–90.
- Turner B. S. *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. London: Routledge, 2002.
- Vrancken M. Schools of thought on pain // *Social science and medicine*. 1989. 3 (29): 435–444.

Evgeniya Podstreshnaya

HOW THE ISSUE OF PAIN IS REPRESENTED IN THE DISCOURSE ON MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE CASE OF THE TRAUMA WARD

The main subject of this paper is to examine the attitudes of doctors towards pain suffered by patients. This examination largely employs the perspective of professional identity and medical professionalism. Day-to-day contacts with people suffering from pain is an inevitable part of professional activity in medicine. The perception of others' pain is mediated by human values of compassion and mercy as well as by professional knowledge and experience. This research is comprised of data taken from interviews with traumatologists and patients from a trauma ward in a large public hospital in Moscow. The way doctors perceive the pain their patients suffer is formed as part of their professional identity, and the key values of the medical profession (humanistic ones as well as values of service) are reflected in that. The perception of pain is viewed as a combination of three aspects: cognitive, emotional and behavioural. Relations between these aspects can vary, with the emotional one considered to be the more flexible since it is not controlled by any official requirements and is hard to measure. In order to describe the peculiarities of the emotional aspect, that is specific to the medical profession, the model of 'minimal attention' is utilized.

Key words: sociology of professions, sociology of medicine, pain, medical professionalism, professional identity

References

- Abramov R. (2014) Istoriko-teoreticheskiy analiz form professional'nogo znaniya: fronezis i podrazumevaemoe znanie [A Historical and Theoretical Analysis of the Forms of Professional Knowledge: Phronesis and Implicit Knowledge]. *Vtorye Davydovskie chteniya. Sbornik nauchnykh dokladov simpoziuma* [The 2nd Davydov Readings. Proceedings of the Symposium, Moscow], Moscow: ISRAS: 308–333.
- ABIM (1994) *Project Professionalism*, Philadelphia: American Board of Internal Medicine.
- Angell M. (1982) The Quality of Mercy. *The New England Journal of Medicine*, (306): 98–99.
- Arnold L., Stern D.T. (2006) What is Medical Professionalism? D.T. Stern (ed.) *Measuring Medical Professionalism*, New York: Oxford University Press: 15–37.

Evgeniya S. Podstreshnaya – MA in Sociology, NRU HSE, Institute for Social Development Studies, Moscow, Russian Federation. E-mail: es.podstreshnaya@gmail.com

- Banja J.D. (2008) Toward a More Empathic Relationship in Pain Medicine. *Pain Medicine*, 9 (8): 1125–1129.
- Bilton T., Bonnett K., Jones P., Lawson T., Skinner D., Stanworth M., Webster A. (2002) *Introductory Sociology*, 4th edition, New York: Palgrave Macmillan.
- Dolch N.A. (2003) Role. L.T. Reynolds, N.J. Herman-Kinney (eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*, Walnut Creek, CA: AltaMira Press: 391–411.
- Encandela J. (1993) Social Science and the Study of Pain since Zborowski: a Need for a New Agenda. *Social Science & Medicine*, 36(6): 783–791.
- Evetts J. (2009) Novye vyzovy doveryi i professionalizmu [New Calls for Trust and Professionalism]. *Svobodnaya mysl'* [The Free thought], (11): 127–142.
- Ganasegeran K., Al-Dubai S. (2014) Medical Professionalism from a Socio-Cultural Perspective: Evaluating Medical Residents Communicative Attitudes During the Medical Encounter in Malaysia. *Journal of Postgraduate Medicine*, 60 (1): 12–15.
- Lombarts K., Plochg T., Thompson C., Arah O. (2014) Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey. *Professionalism in Europe*, 9 (5): 1–12.
- Medical Professionalism (2005) *CMA Policy*, Ottawa: Canadian Medical Association.
- Morris D.B. (1993) *The Culture of Pain*, Los Angeles: University of California Press.
- Ong L.M.L., Haes J.C.J.M.d., Hoos A.M., Lammes F.B. (1995) Doctor-Patient Communication; a Review of Literature. *Social Science & Medicine*, 40 (7): 903–918.
- Post L.F., Blustein J., Gordon E., Dubler N.N. (1996) Pain: Ethics, Culture, and Informed Consent to Relief. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 24 (4): 348–359.
- Prisyazhnyuk D. (2013) Dinamika professional'nogo statusa vrachey poliklinik v 2000-kh godakh [Dynamics of the Professional Status of Doctors in Clinics Through the 2000s]. P.V. Romanov, E.R. Iarskaia-Smirnova (eds.) *Professii sotsial'nogo gosudarstva* [Professions in the Welfare State], Moscow: OOO "Variant", CSPGS: 75–90.
- Romanov P. (2008) Predislovie [Preface]. P.V. Romanov, E.R. Iarskaia-Smirnova (eds.) *Sotsial'nyy menedzhment* [Social Management], Saratov: Saratov State Technical University, CSPGS: 3–5.
- Swoboda D. (2006) Embodiment and the Search for Illness Legitimacy among Women with Contested Illnesses. *Michigan Feminist Studies*, (19): 73–90.
- Turner B.S. (2002) *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, London: Routledge.
- Vrancken M. (1989) Schools of thought on pain. *Social science and medicine*, 3 (29): 435–444.
- Yadov V.A. (1975) O dispozitsionnoy regulyatsii sotsial'nogo povedeniya lichnosti [About the Dispositional Regulation of a Person's Social Behaviour]. *Metodologicheskie problemy sotsial'noy psikhologii* [Methodological Problems of Social Psychology], Moscow: Nauka: 89–105.