

Крутиков Е. С., Карпова И. Д., Сугрובה Ю. Ю.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА

Учебное пособие

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского
(структурное подразделение)

Крутиков Е. С., Карпова И. Д., Сугрובה Ю. Ю.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА

Учебное пособие

Симферополь 2020

УДК 614.253 (075)
ББК 51.1 (2)
К 84

*Рекомендовано к печати учёным советом Медицинской академии
имени С. И. Георгиевского (протокол № 2 от 28.02.2020 г.)*

Авторы:

Крутиков Евгений Сергеевич – доктор медицинских наук
Карпова Ирина Данииловна – кандидат филологических наук
Сугрובה Юлия Юрьевна – доктор культурологии

Рецензенты:

Жадько С. И. – доктор медицинских наук, профессор,
Золотухина Н. А. – кандидат культурологии, доцент

Крутиков Е. С., Карпова И. Д., Сугрובה Ю. Ю. Профессиональная культура врача. Учебное пособие. Симферополь: « », 2020. – 175 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с учебной дисциплиной «Профессиональная культура врача». Цель издания – сформировать у обучающихся целостное представление о профессии врача в аспекте профессиональных коммуникаций, межкультурных компетенций, ценностно-нормативного регулирования, а также взаимодействия медицины с различными социокультурными институтами, медиализации культуры.

В пособии рассмотрены ключевые аспекты, определяющие понятие «профессионализм врача». Это специфика профессионализма в медицине, профессиональный имидж, профессиональное выгорание, культура конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача, межкультурные компетенции, коммуникативная культура, научно-исследовательская деятельность в профессии врача, цифровые компетенции современного врача, нравственность, символика, образ медицины в художественном пространстве и т.п.

Учебное пособие содержит большое количество практикоориентированного материала: тексты первоисточников, номенклатуры врачебных специальностей и должностей, памятки и рекомендации поведения в нестандартных ситуациях, примеры профессиограммы, анализ художественного материала и т.д.

Учебное пособие адресовано студентам медицинских учебных заведений, а также преподавателям, врачам и всем интересующимся вопросами культуры и медицины.

© Крутиков Е. С.
© Карпова И. Д.
© Сугрובה Ю. Ю.

Содержание

Введение.....	5
Тема 1. Культура и медицина – параллели развития.....	6
1. Определение понятия «культура», структура и основные функции культуры.	
2. Взаимодействие культуры и медицины. Медикализация культуры.	
3. Определения понятия «медицина» и их эволюция в пространстве культуры.	
4. Медицина в структуре социокультурных институтов общества.	
5. Модели медицины в развитии культуры общества.	
6. Межкультурная компетентность как личностное качество профессионала.	
Тема 2. Ценностно-нормативное регулирование в профессиональной деятельности врача в современном российском обществе.....	26
1.Международные документы, регламентирующие ценностно-нормативное поведение врачей.	
2.Основные права и обязанности российского врача. Нормативно-правовая база, регулирующая поведение работников в сфере российского здравоохранения.	
Тема 3. Специфика профессионализма в медицине.	
Профессиональная культура врача.....	49
1. Понятие профессиональной деятельности и профессиональной культуры.	
2. Профессиональная культура врача.	
3. Сущность профессионализма.	
4. Понятие профессиограммы.	
5. Понятие профессионального выгорания.	
Тема 4. Профессиональный имидж врача.....	67
1. Понятие имиджа.	
2. Виды имиджа.	
3. Имидж врача и этикет.	
4. Основные правила коммуникации в медицинской деятельности.	
5. Основные этапы формирования профессионального имиджа врача.	
Тема 5. Культура конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача.....	83
1.Конфликты в профессиональной деятельности врача: понятие конфликта, предпосылки возникновения, виды.	
2. Основные стадии развития конфликта и его последствия.	
3. Уровни и виды конфликтов в медицине.	
4. Причины возникновения конфликтов в медицине.	
5. Управление культурой конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача.	

Тема 6. Наука и научно-исследовательская деятельность в профессии врача.....	100
1. Номенклатуры должностей медицинских работников, медицинских и научных специальностей.	
2. Понятие о научном исследовании.	
3. Понятие методологии научных исследований.	
4. Методы научного исследования.	
5. Средства научного исследования.	
6. Система научной информации.	
7. Наука и нравственность. Внутренние и внешние этические нормы науки (социальная ответственность учёного).	
Тема 7. Межкультурные и цифровые компетенции врача в XXI веке.....	134
1. Особенности реализации межкультурной компетенции в профессиональной деятельности врача.	
2. Понятие цифровой компетенции специалиста в условиях информатизации профессиональной деятельности.	
3. Телемедицина как новационная технология формирования цифровых компетенций в профессиональной культуре специалиста-медика.	
Тема 8. Медицина в художественном пространстве.....	146
1. Медицина в символах и эмблемах.	
2. Медицина в живописи.	
3. Медицина в монументальном искусстве.	
4. Медицина и литература.	
5. Медицина и киноискусство.	
Заключение.....	171
Литература.....	172

Введение

Со времён Гиппократов принято считать, что культура врача – не просто добродетель, но также и качество, определяющее его профессионализм.

Профессиональная культура врача – это особая область культуры, представленная специфической профессиональной средой, в основе которой лежит врачебная деятельность с присущими ей стереотипами поведения, спецификой дискурса, символикой, традициями и обычаями; это субъект-субъектные отношения, в которых абсолютной ценностью является живой человек, его здоровье и жизнь.

Исходным пунктом в определении понятия «профессиональная культура» является то, какой смысл мы вкладываем в само понятие «культура». Советский культуролог и семиотик Ю. М. Лотман утверждал, что культура – это сложная семиотическая система, её функция – память, её основная черта – накопление. Культуру следует рассматривать как образ жизни людей, который раскрывается через совокупность традиций, обычаев, верований, ценностей и норм поведения. Культура есть нечто общее для какого-либо коллектива – группы людей, живущих одновременно и связанных определённой социальной организацией. Из этого следует, что культура есть форма общения между людьми и возможна лишь в такой группе, в которой люди общаются.

Термин «профессиональная культура» подчёркивает, что культура рассматривается в отношении специфического качества деятельности специалиста и раскрывает предметное содержание культуры, которое определяется спецификой профессии, профессиональной деятельности и профессионального сообщества. Нидерландский социолог Герт Хофстеде характеризует профессиональную культуру как «коллективное программирование мышления» определённой профессиональной группы. Российский и американский социолог и культуролог Питирим Сорокин отмечал, что отбор и социализация формируют у членов одной и той же группы профессионалов довольно схожие черты, не только «внешность и повадки», но и сходное мировоззрение, самосознание, корпоративный дух и профессиональную этику. При этом важно понимать, что профессиональная культура является органической частью общей социальной культуры.

Профессиональная культура врача – это саморазвивающаяся система норм, ценностей и представлений, которые регулируют процесс профессиональной деятельности врача, взаимодействие между членами профессиональной группы, определяют функциональные отношения профессиональной группы с другими группами и общественными институтами. В то же время профессиональная культура врача находится под воздействием новых условий, связанных с широким контекстом трансформации как социальной, так и профессиональной реальности.

Предметом изучения профессиональной культуры врача является *культура в профессии врача*, что включает в себя синтез двух понятий:

«профессионализма» и «культуры», обозначающие встречу высокого мастерства с общей культурой человека.

Уровневое структурирование профессиональной культуры врача можно представить как индивидуальную профессиональную культуру и институциональную культуру (культуру профессиональной группы).

К структурным элементам профессиональной культуры врача относятся:

- система специальных профессиональных знаний;
- общекультурные ценности;
- совокупность духовных компонентов;
- отдельные специфические элементы, присущие врачебной профессии;
- социальные институты, обеспечивающие устойчивость и трансляцию этой культуры.

Тема 1. Культура и медицина - параллели развития

1. Определение понятия «культура», структура и основные функции культуры.
2. Взаимодействие культуры и медицины. Медикализация культуры.
3. Определения понятия «медицина» и их эволюция в пространстве культуры.
4. Медицина в структуре социокультурных институтов общества.
5. Модели медицины в развитии культуры общества.
6. Межкультурная компетентность как личностное качество профессионала.

1. Определение понятия «культура», структура и основные функции культуры

Определение понятия «культура»

Понятие «культура» появилось в Древнем Риме, где под культурой (лат. *cultura*) понимали прежде всего возделывание земли. Первоначально его содержание явилось противопоставлением понятию натура, т.е. природа (лат. *natura*). Только в XVIII-XIX веках для европейцев культура приобрела духовный оттенок. Она стала обозначать совершенствование человеческих качеств. Культурным называли человека начитанного и утончённого в манерах поведения.

В России слово «культура» впервые зафиксировано в «Карманном словаре иностранных слов, вошедших в состав русского языка» (1845), издаваемом Н. Кириловым. В частности там записано следующее: «Культура.

1) Деятельность, направленная на какой-нибудь предмет, для того, чтобы пробудить дремлющие в нём силы. 2) Известная степень развития этих сил в предмете. Иными словами: обработка, улучшение, усовершенствование. Слово культура может быть применяемо не только к предметам внешнего мира, напр. культура поля, лесного участка и проч., т.е. возделывание, удобрение земли под пашню, расчищение леса и т.п., но и к нравственным способностям человека; напр., недостаток умственной культуры, т.е. недостаток развития и образования ума».

Однако широкого распространения в России в середине XIX века понятие «культура» не получило, вместо него употреблялись близкие по смыслу выражения «образованность», «просвещение», «разум», «воспитанность». К примеру, не пользовались им А. С. Пушкин, Н. Г. Чернышевский, Н. А. Добролюбов, Д. И. Писарев, а И. В. Киреевский в понятие «просвещение» включал всё то, что сегодня мы подразумеваем под словом «культура»: вопросы религии, науки, языка, государственности, образования.

Только в 60-е годы XIX века новый термин входит в русские словари, а в 80-е утверждается в научной и художественной литературе.

Классическим считается определение культуры, которое в 1871 году предложил английский этнограф, один из основателей антропологии Эдуард Тэйлор: «Культура... это некоторое сложное целое, которое включает в себя знания, верования, искусство, мораль, законы, обычаи и другие способности и привычки, приобретаемые и достигаемые человеком как членом общества». Хотя с тех пор в исходное определение добавляются всё новые и новые черты, суть культуры остаётся неизменной.

Так, современный американский учёный М. Херсковиц пишет: «Культура – это часть человеческого окружения, созданная самими людьми (это религия, наука, искусство, здания, одежда, способы приготовления пищи, воспитание детей, техника, орудия труда, предметы быта, традиции, обычаи и т.д.)».

Современный французский культуролог Жан Мари Бенуа определяет культуру следующим образом: «Культура – это специфика человеческой деятельности, то, что характеризует человека как вид. Напрасны поиски человека до культуры, появление его на арене истории надлежит рассматривать как феномен культуры. Она глубочайшим образом сопряжена с сущностью человека, является частью определения человека как такового».

Структура культуры

Культура представляет собой сложную систему, которая создавалась тысячами поколений людей. Базисные единицы культуры называют элементами и чертами культуры. Они бывают двух видов – материальными и нематериальными.

Большинство учёных сходится во мнении, что культура имеет два измерения – материальное и нематериальное: «Культура – это духовный и материальный прогресс во всех областях, которому сопутствует нравственное развитие человека и человечества» (Альберт Швейцер).

Обычно к материальной культуре относят всю область материально-производственной деятельности человека и её результаты – орудия труда, жилища, предметы повседневного обихода, одежду, транспортные средства, способы практической деятельности по созданию средств производства и потребления и т.п.

Духовная культура включает сферу духовного производства (производство идей, знаний, духовных ценностей) и его результаты, воплощённые в науке, философии, искусстве религии, морали и т.д. Духовную культуру образуют нормы, правила, образцы, эталоны, модели и нормы

поведения, законы, ценности, церемонии, ритуалы, символы, мифы, знания, идеи, обычаи, традиции, язык и т.д. Они существуют в нашем сознании и поддерживаются человеческим общением.

Практическим выражением культуры являются различного рода предметы, действия и события, которые принято называть *артефактами*. Ими могут быть конкретный материальный продукт, поведенческий акт, социальная структура, информационное сообщение или оценочное суждение. Это своего рода мельчайшая и неделимая единица культуры. Даже сам человек является артефактом, ведь он является существом не только биологическим, но и культурным существом.

Любой артефакт может быть охарактеризован с точки зрения материальной формы и духовного содержания. Материальная форма (материал) артефакта определяется его утилитарными (практически полезными) качествами, возможностями человека и общества. Духовное содержание (значение, смысл) обуславливается потребностями выражения различных идей, эстетических вкусов, обозначением социального статуса и т.п.

В повседневной жизни понятие культуры употребляют в трёх значениях.

Во-первых, под культурой подразумевают определённую сферу жизни общества, получившую институциональное закрепление (министерства культуры с разветвлённым аппаратом, средние специальные и высшие учебные заведения, готовящие специалистов по культуре, журналы, общества, клубы, театры, музеи и т.д., занимающиеся производством и распространением духовных ценностей).

Во-вторых, под культурой понимается совокупность духовных ценностей и норм, присущих большой социальной группе, общности, народу или нации (элитарная культура, русская культура, зарубежная культура, культура молодёжи, культура и др.). Нет общества, народа, группы или человека, лишённых культуры.

В-третьих, культура выражает высокий уровень качественного развития духовных достижений, например, «культурный человек» в значении воспитанный; «культура чтения» в значении «комплекс навыков при работе с книгой». Понятие «культура здорового образа жизни» имеет следующее определение – это способ жизнедеятельности, система социальных механизмов, формирующих мотивацию личности к сохранению и укреплению здоровья, которая зависит от типа господствующей культуры, природного и социального окружения, модели социальной политики государства, традиций.

Уровневый смысл вносят в понятие «культура» в том случае, когда культуру противопоставляют бескультурью – отсутствию культуры.

Основные функции культуры

Человекотворческая, или гуманистическая – главная функция культуры, связанная с «возделыванием» духа человека (по Цицерону «*cultura animi*» – возделывание, возвращение духа). Культура как способ социализации человека развивает его физические и духовные качества, его способности и

умения, облагораживает, делает его личностью, прививает культуру общения, культуру восприятия, милосердие, альтруизм, такт, любовь к другим людям, формирует нравственный облик личности.

Адаптивная – культура обеспечивает адаптацию (приспособление) человека к окружающей среде.

Коммуникативная – культура формирует условия и средства человеческого общения, она есть условие и результат общения людей.

Познавательная – культура концентрирует опыт и навыки многих поколений людей и тем самым создаёт благоприятные возможности для познания, получения объективных знаний о мире, объяснения законов развития природы, общества и человека, т.е. развития науки.

Креативная (от лат. *creatio* – созидание) – культура осуществляет преобразование и освоение мира.

Сигнификативная (от англ. *sign* – знак) – культура придаёт значения и ценности различным явлениям и вещам, окружающим человека.

Интегративная – культура объединяет народы, социальные группы, государства.

Трансляционная – культура выступает формой трансляции (передачи) социального опыта и знаний.

Нормативная – культура создаёт нормы, стандарты, правила поведения, которые являются основой для формирования права, морали, идеологии.

Релаксационная (от лат. *relaxatio* – ослабление) – искусство физического и психического расслабления, разрядки. Естественные индивидуальные средства разрядки – смех, плач, приступы гнева, физическое насилие, крик, объяснение в любви, исповедь и т.п. Коллективные средства разрядки – увеселения, праздники, фестивали, ритуалы и т.п.

Ценностная, или аксиологическая (от греч. *axia* – ценность) – культура как определённая система ценностей формирует у человека ценностные потребности и ориентации.

Семиотическая, или знаковая (от греч. *semeion* – знак) – представляя собой определённую знаковую систему, культура предполагает знание, владение ею. Без изучения соответствующих знаковых систем невозможно овладеть достижениями культуры.

2. Взаимодействие культуры и медицины.

Медикализация культуры

Если рассматривать культуру в самом широком смысле, как всё, созданное человеком для его же блага, то медицина является частью общечеловеческой культуры. Медицина представляет собой концентрированное отражение материальных и духовных достижений культуры конкретной исторической эпохи. Поскольку она – часть культуры на определённом этапе исторического развития, то её рассмотрение возможно через призму культурно-исторического развития общества в целом.

Современная канадская исследовательница М. Локк отмечает, что каждая медицинская система является продуктом истории и существует внутри конкретного экологического и культурного контекста. Если этот контекст изменяется, то меняется и медицинская система.

Медицина развивается в контексте культуры, на неё влияют особенности исторического развития страны, существующие в обществе традиции, национальные черты характера. Точно так же развитие медицинских знаний влияет на представление людей о самих себе, распространение оптимистических или пессимистических настроений в обществе, принятые нормы человеческого поведения.

В трудах по истории медицины часто отмечаются культурные и исторические особенности, которые повлияли на развитие медицины: контакты с другими государствами, обладавшими более совершенными медицинскими знаниями; религиозные запреты на проведение анатомических исследований; изменение отношения к телу и душе с течением времени.

Медицина как часть культуры человечества, связанная со здоровьем и болезнями, лишь в основе своей относится к сфере науки, она шире этого понятия, как мышление клиническое шире и этически богаче мышления научного, хотя и базируется именно на нём, а не на здравом смысле или вере. Медицина – не только наука, она вбирает элементы ремесла, бизнеса, права, и – даже в наше время – мифологии и своего рода квазирелигии.

Медицина сама выступает отдельным видом культуры, которую часто определяют как медицинскую культуру. Она достаточно сложна по своей структуре.

Существует как минимум два направления исследования медицины в пространстве культуры:

- 1) медицина как часть культуры;
- 2) медицина как культура.

Основными составляющими медицинской культуры являются:

- повседневная медицинская культура населения;
- культура взаимоотношений врача и пациента;
- культура взаимоотношений внутри профессиональной группы медицинских работников;
- культурные практики в медицине;
- историко-культурное наследие медицины и др.

Вместе с тем развитие медицины также влияет на культурные процессы в обществе и ведёт к *медикализации культуры*, т.е. распространению влияния медицины на всё новые сферы человеческой жизни и деятельности: общественной, политической, экономической, духовной и культурной.

Сегодня вся человеческая жизнь рассматривается преимущественно как медицинская проблема, т.е. как проблема соотношения здоровья и болезни, человек начинает смотреть на себя как на пациента, а человеческое тело и сознание от рождения до смерти становится объектом пристального медицинского контроля и регулирования. Современный советский / немецкий

искусствовед и философ Борис Ефимович Гройс отмечает, что «сегодня человеческая жизнь подвергается непрестанному искусственному формированию и улучшению: начиная с рождения и пожизненного медицинского обслуживания, продолжая регулировкой соотношения рабочего и свободного времени и заканчивая смертью, за которой наблюдает или которую даже приносит медицина».

Под влиянием медицины меняется внешний вид человека (рост, вес), его душевное самочувствие, физические и умственные способности. Меняются такие показатели жизни населения, как заболеваемость, смертность, рождаемость, увеличивается продолжительность жизни, улучшается её качество. В Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится, что здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезни и физических дефектов.

3. Определения понятия «медицина» и их эволюция в пространстве культуры

Есть различные подходы к определению медицины, но по-прежнему актуальным является вопрос о том, что такое медицина – это самостоятельная наука или совокупность нескольких, наука ли вообще, наука или искусство, объединение науки и практики или своеобразная технология и т.д. Таким образом, попытки определить, что же есть медицина, ведутся давно. Приведём некоторые из определений медицины, данные в различные исторические эпохи.

Медицина – врачебное искусство (Гиппократ).

Медицина – это наука, познающая состояние тела человека, поскольку оно здорово или утратило здоровье, для того, чтобы сохранить здоровье и вернуть его, если оно утрачено (Ибн-Сина).

Медицина есть более искусство, нежели наука, и универсальная наука, вбирающая в себя достижения физиологии, физики, химии и базирующейся на фундаментальных установках теологии и философии (Парацельс).

Медицина – главная наука наряду с механикой и этикой (Рене Декарт).

Медицина – это своеобразная форма деятельности духа человеческого. Она в одно и то же время – наука, искусство и ремесло (В.Чиж).

Медицина планомерно развивается, к уже существующим отраслям добавляются новые, появляются понятия и определения возникших направлений.

Народная медицина – это система околomedicalных знаний, комплекс накопленных народом эмпирических знаний, верований и навыков, основанных на теории, убеждениях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет. Используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики и улучшения состояния при физических и психических расстройствах. Как правило, передаются в рамках одной династии, чаще в устной форме.

Альтернативная (нетрадиционная) медицина – широкий набор существующих видов практики в сфере здравоохранения, которые не являются частью собственных традиций страны и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. Это псевдомедицина, квазимедицина или шарлатанство, не имеющая чётких научных обоснований, базирующаяся на псевдонаучных (ложных) теориях, на мало проверяемых или вообще непроверяемых утверждениях и/или на так называемой научной мифологии. Лечение по методам альтернативной медицины может негативно влиять на здоровье пациентов из-за отказа от обычных методов лечения.

Традиционная медицина – система обширных медицинских знаний, навыков и умений, передающихся в письменной форме и применяемых на протяжении нескольких тысяч лет и по настоящее время в решении вопросов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. Традиционная медицина подразделяется на китайскую медицину, индийскую, тибетскую, уйгурскую, греческую и арабскую медицину.

Комплементарная медицина – медицинская практика, при которой методы альтернативной медицины используются совместно с общепринятыми.

Научная медицина – область теоретической и практической (клинической) деятельности по исследованию нормальных и патологических процессов в организме человека, диагностике различных заболеваний и патологических состояний, их лечению и профилактике, по сохранению и укреплению здоровья людей.

Конвенциональная медицина – не синоним научной медицины в современном смысле слова. Так, в официальной, конвенциональной медицине многих стран мира, включая и Россию, до сих пор нередко используются методы лечения, базирующиеся на устаревших или несовременных теориях и представлениях, не соответствующих современным критериям доказательной медицины.

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решение о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимается исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности. Такие доказательства подвергаются сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больного. В основе доказательной медицины лежит ключевой принцип – врач должен лечить пациентов, опираясь на научные факты. На сегодняшний день доказательная медицина является одним из самых развивающихся и актуальных направлений. Этот подход существенно отличается от традиционного подхода к медицине как к искусству врачевания со множеством медицинских школ.

Профилактическая медицина – занимается здоровьем отдельных личностей и групп населения для защиты, поддержания и улучшения здоровья и благополучия, а также предупреждения заболеваний, инвалидности,

преждевременной смертности. Осуществляет свою деятельность посредством реализации различных профилактических программ.

Холистическая медицина – рассматривает человека во всех его психофизиологических и духовных проявлениях. Такой подход сформировался в рамках традиционной медицины (особенно в восточных цивилизациях) тысячелетия назад, но в современных условиях становится всё более востребованным в связи с актуализацией системного подхода в лечении пациента, началом подготовки врача общей практики и т.п.

Биомедицина – охватывает знания и исследования, которые являются общими для медицины, стоматологии, биологических наук, таких как биохимия, иммунология, химия, биология, гистология, генетика, эмбриология, анатомия, физиология, патология, биомедицинская инженерия, зоология, ботаника и микробиология. Биомедицина изучает организм человека, его строение и функции в норме и патологии, методы диагностики патологических состояний и их лечения с теоретических позиций. Она не связана с практикой медицины, но применяет все принципы естественных наук в клинической практике путём изучения и исследования патофизиологических процессов, учитывая молекулярные взаимодействия с динамическим функционированием организма.

Наномедицина – использование нанотехнологий (наноустройств, наноструктур и наносистем) в организме человека на молекулярном уровне: слежение, исправление, конструирование и контроль над биологическими системами человека. Нанотехнология находится на стыке различных дисциплин, в тесной связи с физикой, химией, молекулярной биологией и медициной. Применение нанотехнологий в медицине направлено на улучшение диагностики и лечения различных заболеваний. В настоящее время основные направления наномедицины связаны с наноуровневой хирургией, технологиями выращивания тканей, а также различными методами направленной доставки лекарственных средств.

Паллиативная медицина – медицина, позволяющая улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания или ухода за тяжело больным человеком.

Персонализированная медицина – быстро развивающаяся область здравоохранения, основанная на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболевания. Это интегральная медицина, которая включает разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения.

Поведенческая медицина – интегрирует достижения поведенческих и биомедицинских наук, относящихся к здоровью и болезням. Она изучает соответствующие разделы таких поведенческих наук, как психология, эпидемиология, социология и антропология, с такими биомедицинскими науками, как физиология, эндокринология, иммунология, фармакология,

анатомия, диетология, а также с отраслями практической медицины и здравоохранения наряду с родственными сферами медицинской деятельности: стоматологией, сестринским обслуживанием, социальной работой и санитарным просвещением. Поведенческая медицина включает проведение фундаментальных и прикладных исследований, практическое применение имеющихся в её распоряжении знаний и методов к профилактике, диагностике, терапии и реабилитации, а также оценку их эффективности. Основной вывод поведенческой медицины: главная возможность улучшения здоровья – это изменение нездорового поведения, т.е. отказ от вредных привычек, здоровый образ жизни, гигиена стрессовых ситуаций, соблюдение медицинских предписаний и т.п.

Телемедицина – это современный подход, который позволяет проводить дистанционное предоставление медицинских услуг (удалённый мониторинг состояния пациента, консультации, сервис по регулярным обследованиям, приёму лекарств и т.п.). Телемедицина способствует профессиональному взаимодействию медицинских и научных работников между собой с помощью телекоммуникационных технологий. Это прежде всего контакты с мировыми научными и исследовательскими центрами, а также с коллегами из отдалённых районных и сельских медучреждений; прямые трансляции хирургических операций; дистанционное обучение медиков; передача данных о пациенте друг другу для ознакомления с его историей болезни и т.п.

Большая российская энциклопедия (БРЭ, 2018) даёт следующее общее определение медицины: «**Медицина** (лат. «*medicina*», от «*medicus*» – врач) – область профессиональной практической и научной деятельности, имеющая своей целью распознавание, лечение и предупреждение болезней, сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности, продление жизни людей».

Учитывая стремительные темпы развития современной медицины, возможно предположить, что область медицины будет расширяться, появятся новые направления и их определения.

4. Медицина в структуре социокультурных институтов общества

Медицина и религия

Первоначально медицина развивалась в рамках религиозных представлений как отражение синкретизма общего характера первобытной культуры, позже вышла за их пределы, но до настоящего времени находится под этим влиянием, особенно в сознании непрофессионалов. Так, на определённых этапах исторического развития чётко просматривается влияние религии. Болезни воспринимались как наказание Божье, лечение производилось с помощью молитв, первые богадельни и приюты создавались при монастырях и церквях. Негативным влиянием религии на медицину особенно отличались средние века. Печально известна практика запрета вскрытия трупов, ограничений изучения достижений античной медицины,

преследования прогрессивно мыслящих врачей и т.п., такие примеры можно найти и в более поздние периоды.

В настоящее время наблюдается активное восстановление традиций и ценностей взаимодействия медицины и религии. На территориях больниц или в их помещениях почти повсеместно можно увидеть церкви, часовни, культовые сооружения, а талантливого врача и сейчас называют «врач Божьей милостью». Религия, расширяя сферу своего влияния, претендует, прежде всего, на морально-нравственную область. Внимание церкви распространяется на помощь больному духовно пережить свой недуг, на актах благотворительности больницам и госпиталям, на отношении больного и врача. Несомненно, в таком сотрудничестве есть множество положительных моментов, но всё же не стоит забывать о религиозной догматике и часто враждебном отношении церкви к новым открытиям и их применению в медицине.

Медицина и философия

Философия как мировоззрение, система идей и взглядов на мир и на место в нём человека, исследуя познавательное, социально-политическое, ценностное, этическое и эстетическое отношение к миру, уделяла большое внимание медицине и медицинским проблемам. Уже на этапе формирования медицины учитывались её философские основы. Философы и врачи обращали пристальное внимание на анализ таких центральных дихотомических проблем жизнедеятельности человека, как здоровье, болезнь, норма, патология, все те понятия и явления, которые традиционно включаются в исследовательское поле медицины.

Становление медицины как системы научного знания базировалось на философских представлениях своего времени. Например, в философской традиции Древнего мира человек считался подобием космоса, как часть микрокосмоса состоял из тех же частиц, что и макрокосмос. Исходя из этих представлений, здоровье и болезнь определяли как правильное или неправильное соотношение космических по своей сути частиц. Гуморальная теория Гиппократов является яркой иллюстрацией воздействия философских воззрений на понимание природы болезней. «Философия должна быть внедрена в медицину и медицина в философию, ибо все свойства философии сохраняют своё значение в медицине», – писал Гиппократ о необходимости взаимодействия философии и медицины. Выдающийся греческий философ Эпикур утверждал идею о том, что медицина и философия бесполезны, если первая не излечивает тело, а вторая – душу. Знаменитый мыслитель эпохи Нового времени Френсис Бэкон писал, что «медицина, не основанная на философии, не может быть надёжной».

Философия, изучающая всеобщие законы и закономерности развития, по-прежнему, имеет большое значение для медицины. Так, в медицине наряду с общенаучными и частно-специальными методами необходимо и применение общеполитических методов, которые обеспечивают целостный системный подход к вопросам нормы и патологии, здоровья и болезни. Сама по себе

болезнь уже есть процесс диалектический и противоречивый, поэтому анализ болезни и процесса патогенеза в целом невозможен без осмысления и применения законов, принципов, категорий диалектики. Академик А. А. Богомолец, говоря о единстве таких противоположных начал, как норма и патология, писал, что «первая включает в себя вторую как свое внутреннее противоречие». Философская культура позволяет медикам преодолевать односторонность в подходе к изучаемым проблемам в условиях усиливающейся узкоспециализированной научной и практической деятельности.

Сегодня особо важным являются вопросы мировоззренческого обеспечения проблем биоэтики. Современная философия медицины должна руководствоваться критерием ценности человеческой жизни, должна определять предельные основания медицины. Система ценностей, которая является предметом философского осмысления, выступает фактором влияния на медико-биологическую науку и здравоохранение. Она является аксиологической основой лечебных процедур, основой веры больного в своё выздоровление, становясь духовным элементом терапевтического воздействия.

Современные врачи, претендуя на получение учёной степени кандидата медицинских наук, обязательно должны сдать экзамен по философии и истории науки.

Медицина и экономика

Финансовый вопрос часто играет ключевую роль для развития всей системы здравоохранения, начиная от научных разработок, заканчивая практической медициной и лечением конкретного больного. В поле этих отношений попадает и проблема оплаты за получение / оказание медицинской помощи. На протяжении истории эта проблема существовала и решалась в зависимости от установок, норм, господствующих в обществе, культурных традиций, государственной политики.

Сегодня ситуация в медицине и здравоохранении сложная, пациенту часто трудно в ней ориентироваться самостоятельно и его расходы напрямую могут зависеть от порядочности врача. Врачебный кодекс предписывает поддерживать с пациентом такие отношения, которые соответствуют профессиональным нормам морали, а также никогда не использовать в своих интересах естественную зависимость пациента от врача. Врач должен рационально использовать финансовые ресурсы и возможности пациента, особенно если эти средства ограничены, уметь находить наиболее экономически оправданные способы лечения. Особо актуальной в этом направлении является проблема так называемых избыточных процедур, которых можно избежать без ущерба для здоровья пациентов. Врач нередко смотрит на пациента как на прямой источник своих доходов, что напрямую связано с ростом предлагаемых диагностических и лечебных процедур, дорогостоящих препаратов. Коммерциализация сферы здравоохранения приводит к тому, что в медицинскую сферу попадает всё больше людей,

которые не идентифицируют себя с ценностями врачебной профессии. Они больше заботятся о личных дополнительных доходах, посредством внеочередной госпитализации, неучтенного приёма пациентов за плату, использования оборудования лечебного учреждения в личных интересах, организуя бизнес на собственном рабочем месте.

Наиболее коммерциализованными сегодня считаются такие отрасли, как фармация, стоматология, пластическая хирургия, трансплантология, косметология.

Медицина и право

Первоначально закрепление норм и правил в медицине осуществлялось силой устного права, путём создания врачебных клятв и обещаний, самая известная из которых «Клятва Гиппократа». Дошедшая до наших дней, она и сегодня служит основой для современных клятв медиков. Клятвы, присяги, обещания хотя и имеют большое значение для врачей и общества в целом, являются только моральными нормами, не имеющими юридической силы. Происходящие изменения в обществе диктуют необходимость правовой основы деятельности врача.

В настоящее время в нашей стране существует ряд законов, регламентирующих врачебную и медицинскую деятельность. Сфера деятельности медицины очень широка, поэтому вопросы, возникающие в ней, регулируются многими отраслями права: трудовым, административным, семейным, уголовным и т.п. Вопросам здравоохранения посвящены многие законодательные акты, начиная с основного закона – «Конституции Российской Федерации» (статья 41), заканчивая специфически медицинскими «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и её компонентов» и т.д., которые являются составляющими отрасли «законодательства об охране здоровья граждан». На основе этих законодательных актов постепенно сформировано врачебное право / медицинское право или право об охране здоровья, которое регулирует отношения, возникающие по поводу оказания лечебно-профилактической помощи.

Правовые отношения стали определяющими в медицине, даже непосредственное общение пациента и врача, изначально строившееся на нравственной основе, имеет устойчивую тенденцию к регулированию с помощью юридически-правовых норм. В российском законодательстве сформулированы параметры профессиональной деятельности медиков, порядок и условия выдачи лицензий на определённые виды медицинских услуг, оговорены права на занятия частной практикой, уделено внимание социальной и правовой защите медицинских и фармацевтических работников, условия оплаты труда и пр. Наличие подобного законодательства свидетельствует о стремлении общества и государства контролировать деятельность медиков на правовой основе.

Инновации в области науки, техники, экономики диктуют необходимость расширения правовой основы деятельности врача. Такие направления в медицине, как трансплантация органов и тканей, проведение различных медицинских экспериментов, искусственное оплодотворение, деятельность экстрасенсов, судебно-медицинская экспертиза немыслимы без правового обоснования. Более того, новые знания о человеке будут изменять понимание его природы, жизни, смерти и повлекут за собой изменения в сфере врачебного права.

Медицина и наука

Основаниями науки выступают: идеалы и нормы исследования, научная картина мира и философские основания. Идеал подлинной науки – истина. Важнейшее требование науки состоит в соответствии метода исследуемому объекту. Научная картина мира является целостной системой связи достижений фундаментальных и прикладных наук, показывающая место и роль любой из отраслей научного знания в едином функционирующем научном целом. На философских идеях и принципах основываются идеалы и нормы науки, а также содержательные аспекты научной картины мира. Философия обеспечивает включение научного знания в культуру.

Наука – высшая форма познания действительности, которая даёт человеку возможность не только охарактеризовать настоящее, но и предвидеть будущее, а также сознательно создавать его собственной деятельностью. Наука – это одновременно и система знаний, и их духовное производство, и практическая деятельность на их основе.

Медицина как отрасль науки представляет собой систему научных знаний и практических мер, объединённых целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни.

Медицина традиционно является сферой активного эмпирического и теоретического познания, естественной и уникальной областью, которая позволяет исследовать сущность, возможности и процессы взаимодействия научного и вненаучного знания, а также натурно-культурную двойственность самого процесса телесного и духовного бытия.

Современная медицина вышла на принципиально новый технический, технологический и познавательный уровень. Она обрела возможности, о которых столетие назад не мечтали даже фантасты. В её ведении оказались способности, функции, которые ранее считались естественными и даже священными. Медицина из ремесла врачевания превратилась в мощную индустрию управления жизнью, что привело к глубоким противоречиям.

Развитие медицины даёт огромный материал для новейших открытий в исследовании жизнедеятельности человеческого организма в норме и патологии, а также для подтверждения философских закономерностей. В рамках медицины были сделаны многочисленные открытия и изобретения, пополнившие научные знания и материальную культуру разных эпох.

Наука ставит своей конечной целью предвидеть процесс преобразования предметов практической деятельности (объект в исходном состоянии) в соответствующие продукты (объект в конечном состоянии).

Сегодня прослеживается тесное взаимодействие между достижениями фундаментальной науки и прорывными изобретениями, практикоориентированными открытиями. Базисные научные исследования признаются основным компонентом инноваций и ключом к развитию современного общества. Особая роль медицинской науки состоит в понимании фундаментальных основ для достижения конечной цели науки в целом – её прикладного характера, преобразования в необходимый для общества продукт. Медицина выступает средством практического преобразования человеческой жизни.

С другой стороны, научные открытия последнего времени носят революционный и противоречивый характер, что сказывается на профессиональной культуре врача. Достижения научно-технического процесса порождают неизвестные ранее нестандартные ситуации, усиливающие остроту морально-этических и правовых проблем.

5. Модели медицины в развитии культуры общества

На протяжении многих веков в культуре формировались и изменялись моральные принципы и правила, сопровождавшие развитие и существование медицины. Различные нравственные регуляторы, которые функционировали на различных этапах развития общества, – религиозные, культурные, этические и социально-экономические – влияли на формирование этических моделей и в медицине.

Можно выделить две основные группы существующих моделей:

- 1) Исторические модели моральной медицины.
- 2) Современные модели моральной медицины.

Исторические модели моральной медицины

1. *Модель Гиппократа* («не навреди») – так кратко формулируется базовое обязательство врача перед пациентом.

2. *Модель Парацельса* («делай добро») – пассивный принцип предыдущей модели расширен до позитивного принципа, при котором врач завоёвывает социальное доверие пациента, эмоциональный и духовный контакт приобретает значение патернализма (от слова *pater* – отец).

3. *Деонтологическая модель* (принцип «соблюдения долга») – базируется на своеобразном «кодексе чести», наборе правил, который принимается медицинским сообществом.

4. *Модель биоэтики* (принцип «уважения прав и достоинства человека») – модель медицины, предполагающая участие специальных общественных институтов – междисциплинарных биоэтических комитетов, составленных из компетентных лиц как врачебного сословия, так и смежных дисциплин, созданных для решения сложнейших проблем этики и права в медицине.

Современные модели моральной медицины

1. *Модель технического типа* – предполагает наличие врача и учёного в одном лице, который беспристрастно опирается в своей деятельности только на факты и в процессе принятия решения не может уклониться от суждений морального и ценностного характера.

2. *Модель сакрального типа* – придерживается исторического наследия патернализма, в которой отношения между врачом и пациентом носят характер отец-ребёнок, и базируется на первых двух исторических моделях моральной медицины.

3. *Модель коллегиального типа* – предполагает рассматривать врача и пациента как коллег. Правда, предполагаемые отношения равенства между врачом и пациентом не могут быть достигнуты в полной мере, поскольку всё-таки имеет место быть разная профессиональная подготовка. Однако сама мысль попытаться сделать пациента другом врача имеет мощный эмоциональный заряд и, бесспорно, помогает в повседневной медицинской практике.

4. *Модель контрактного типа* – реализуется как соглашение, которое не обязательно носит только юридический характер, но в большей степени базируется на доверии между врачом и пациентом, которое выступает негласной договорённостью и может быть расторгнуто при его утрате.

5. *Модель, основанная на принципе информированного согласия* – в современной общественной жизни патерналистская модель в медицине претерпевает стремительное изменение в сторону партнерской модели отношений. В ней обязанности и ответственность разделяются между врачом и пациентом. Врачу вменяется в обязанность предоставить полную информацию, которая касается здоровья пациента, в доступной и понятной форме; пациенту же необходимо разобраться в предлагаемой информации и дать соответствующее согласие на выполнение медицинских манипуляций. Соглашение в двустороннем порядке скрепляется подписями и имеет юридическую силу.

6. Межкультурная компетентность как личностное качество профессионала

Важнейшей задачей полноценного освоения медицинской профессии и формирования профессионального мировоззрения современного врача становится обеспечение его профессиональных компетенций, одной из которых является межкультурная компетентность.

Компетенции – это функциональные задачи, связанные с деятельностью, которые кто-то может успешно решать. Компетенция представляет собой совокупность взаимосвязанных базовых качеств личности, которые включают применение знаний, умений и навыков в качественно-продуктивной деятельности. Также компетенция – это круг вопросов, в которых кто-нибудь хорошо осведомлён; круг чьих-нибудь полномочий, прав. Компетенция является базисом для формирования и развития компетентности.

Компетентность – это обладание определённой компетенцией, системное проявление знаний, умений, способностей и личностных качеств, позволяющее решать функциональные задачи, которые составляют сущность профессиональной деятельности. Это качество человека, обладающего всесторонними знаниями и опытом собственной деятельности, позволяющими выносить объективные суждения и принимать точные решения в какой-либо области, и мнение которого поэтому является веским, авторитетным.

Компетентность базируется на ранее сформированной в результате обучения или приобретённого опыта компетенции и представляет собой свойства конкретного человека, а также его способности к выполнению поставленных задач.

Под межкультурной компетенцией исследователи понимают «позитивное отношение к наличию в обществе различных этнокультурных групп и добровольную адаптацию социальных и политических институтов общества к потребностям различных культурных групп». Межкультурная компетентность – это способность успешно общаться с представителями других культур.

Культурное многообразие непрерывно увеличивается, а составляющие его народы находят всё больше средств, чтобы сохранять и развивать свою целостность и культурный облик. Становясь участниками межкультурных контактов, люди взаимодействуют с представителями других культур, так или иначе существенно отличающихся друг от друга – в языках, нормах общественного поведения и т.п. Это делает контакты трудными, а иногда невозможными. Однако, по мнению Т. Г. Грушевицкой и соавторов, такие трудности являются лишь частными проблемами межкультурных контактов. Основные причины неудач лежат за пределами их очевидных различий. Они – в различиях мироощущений, т.е. в ином отношении к миру и к другим людям. Авторы отмечают, что главным препятствием успешного решения проблемы является то, что мы воспринимаем другие культуры через призму собственной, поэтому наши наблюдения и заключения ограничены её рамками.

В структуру межкультурной компетенции входят:

1. Общекультурологические и культурно-специфические знания.
2. Умения практического общения (межкультурная коммуникация).
3. Межкультурная психологическая восприимчивость.

Широкий круг интересов представителей различных наук к процессу взаимодействия и взаимовлияния культур, получившему название межкультурной коммуникации, стал предметом исследований в культурологии, коммуникативистике, социологии культуры, лингвокультурологии, этнопсихологии и др.

В самом общем виде *межкультурной коммуникацией* называются разнообразные формы взаимодействия индивидов, групп или организаций, принадлежащих к различным культурам. Решающим при этом является вопрос о значимости культурных различий, способность их осознать, понять и адекватно учесть в процессе коммуникации. Главная цель и смысл любого

коммуникативного процесса – желание быть понятым партнёром, что предполагает необходимость максимально полно и точно донести свои информацию, знания и опыт до собеседника. Это означает, что эффективность общения прямо пропорциональна уровню взаимопонимания между коммуникантами, для достижения которого необходимы определённая совокупность знаний, навыков, умений, способностей, общих для всех участников процесса взаимодействия, что и составляет суть межкультурной компетенции / компетентности.

Вопросами профессиональной компетентности и её специальных видов занимается новая наука – *акмеология*, которая рассматривает компетентность с системных позиций, выделяя в ней подсистемы профессиональной деятельности, нормативной регуляции, деятельности, поведения и др. Компетентность рассматривается, прежде всего, как атрибут профессионализма, досконального знания своего дела, существа выполняемой работы, возможных способов и средств достижения намеченных путей.

Определяющую роль в пределах межкультурной компетенции имеет социокультурный компонент. В практике коммуникации он выступает как готовность и способность партнёров по коммуникации к ведению диалога на основе собственной культуры и культуры партнёра, предполагает умение ориентироваться во времени и пространстве, учитывая социальный статус партнёра, языковые нормы (формальный, неформальный стили, жаргон, профессиональная лексика и т.д.), межкультурные различия поведенческих ритуалов и т.д.

Важно понимать, что главная цель участников межкультурной коммуникации – достижение взаимопонимания, без которого она теряет смысл. Отсутствие компетентных знаний как своей, так и чужой культуры является причиной конфликтов, кризисов, непонимания.

Каждая культура имеет свои нормы и типы поведения, вербальные и невербальные средства передачи информации, систему ценностей, мировоззренческих установок, этических представлений. Они формируются в процессе становления самой культуры и поэтому выступают как объективные требования, которые, в свою очередь, определяют действия и поступки носителей данной культуры. Именно эти элементы культуры диктуют, что, как, кому, когда и где говорить, делать, показывать и выражать, устанавливая границы межкультурной компетенции.

Однако нормы и стандарты, принятые в родной культуре, зачастую оказываются неприемлемыми для других участников общения. Такое восприятие партнёров, принадлежащих к иным культурам, с позиций ценностных установок и культурных норм собственной культуры в науке принято называть *этноцентризмом*.

Этноцентризм предполагает, что человек рассматривает окружающий мир, исходя из присущих ему культурных норм, и в соответствии с этим оценивает поведение других. Механизм восприятия другой культуры, будучи столкновением привычного и непривычного, создаёт ситуацию отстранения,

когда человек познаёт что-то новое и неизвестное в сравнении с привычными и известными явлениями своей культуры. При этом ему кажется, что он воспринимает действительность такой, как она есть. На самом деле в сознании субъекта происходит лишь моделирование реального мира на основе сложившихся у него культурных установок. Свои представления он произвольно переносит на партнёров по коммуникации, полагая, что они видят мир точно таким же. На этой почве возникает множество недоразумений и конфликтов.

Кроме того, в межкультурной коммуникации этноцентризм зачастую сопровождается ошибочными оценками мира и партнёров, поскольку при этом игнорируются культурные различия разных народов. В реальной жизни люди всегда предпочитают знакомое и понятное чужому и незнакомому, и поэтому успехи собственной культуры оценивают выше достижений другой. Такие стереотипы становятся основой для отношения к собственной культуре как к превосходящей другие, как к уникальной и т.п.

Механизмы межкультурного восприятия позволяют избирательно применять нормы и ценности родной культуры. Представители другой группы при этом идентифицируются по таким признакам, как пол, этническая принадлежность, особенности речи, внешний облик, цвет кожи, брачные обычаи, религиозные убеждения и т.д.

Этноцентризм – серьёзное препятствие для эффективной межкультурной коммуникации, поэтому в современных условиях стоит проблема преодоления этноцентризма. Для этого нужно понимание, что:

- любая культура – это совокупность неповторимых материальных и духовных ценностей, благодаря которым каждый народ может существовать в мире и взаимодействовать с другими народами;

- все народы составляют единое целое в общем культурном наследии человечества, а культурная самобытность обнаруживается и обогащается в результате контактов с другими культурами;

- ни одна культура не может претендовать на универсальность, каждый из народов имеет право сохранять свою самобытность;

- культурные особенности каждого отдельного народа не противоречат единству общечеловеческих ценностей.

Поведение человека обусловлено его принадлежностью к определённой социокультурной и языковой общности. В процессе коммуникации каждый участник выступает одновременно и как отдельный индивид, и как член какой-либо социокультурной группы, и как носитель идей определённого культурного сообщества, и как представитель всего человечества. Отсюда в его сознании одновременно сосуществуют и индивидуальные, и социально-групповые, и национальные, и универсальные знания. В совокупности же эти знания составляют содержание межкультурной компетентности индивида.

В науке сегодня доминирует представление, согласно которому межкультурной компетентностью можно овладеть посредством накопления

знаний, получаемых в процессе межкультурной коммуникации. Знания такого рода подразделяются на:

- специфические, т.е. сведения о конкретной культуре в традиционных аспектах, на практике выступающие как толерантное отношение к иной культуре;

- общие, к которым относится владение такими коммуникативными навыками, как способность понимать партнёра, вести с ним равноправный диалог, не стремиться к доминированию или превосходству при общении.

Такого рода знания формируют эмпатическое отношение к партнёру, без которого успешная коммуникация в принципе невозможна.

Один из основополагающих моментов межкультурной коммуникации состоит в том, что не следует спешить с умозаключениями и оценками, когда в поведении других людей видится что-то странное – нужно постараться понять их. Иными словами, в таких ситуациях необходимо избавляться от культуроцентризма в оценке поведения людей, формируя межкультурную *толерантность*, где переплетаются готовность к активному общению с людьми другой культуры, открытость, свобода от предубеждений, терпимость, способность позволять другому существовать рядом с собой. Раскрывая понятие толерантности в контексте межкультурной коммуникации, стоит отметить, что на сегодня большинство научных направлений рассматривает толерантность как:

- уважение и признание равенства;

- отказ от доминирования и насилия;

- признание многомерности и многообразия человеческой культуры, норм поведения;

- отказ от сведения этого многообразия к единообразию и преобладания какой-либо одной точки зрения.

Толерантность как принцип межкультурной коммуникации – отсутствие негативного отношения к иной культуре, наличие позитивного образа этой культуры при сохранении позитивного восприятия своей собственной культуры.

В отличие от толерантности, эмпатия проявляет субъективный мир индивида, поскольку её основу составляют способности чувствовать, понимать и адекватно оценивать партнёра по коммуникации. По сути, эмпатия выступает как психологическая основа межкультурной компетентности. Для характеристики эмпатического отношения наиболее точным будет понятие «сопереживание», поскольку эмпатия обнаруживает себя как переживание переживаний другого человека. В результате достигается не только та или иная степень или глубина понимания состояний и поступков другого человека, но и определённое согласие с мотивами, эмоциями, установками, объясняющими и оправдывающими его поведение.

Таким образом, по содержанию межкультурная компетентность представляет собой совокупность знаний, навыков и умений, при помощи которых человек может успешно общаться с партнёрами из других культур

как на бытовом, так и на профессиональном уровнях. Важно знать, что при общении с представителями другой культуры следует пользоваться только вежливыми формами обращения, а также избегать употребления имён собственных.

Исследования зарубежных учёных позволили сформулировать свод правил, следование которому обеспечивает компетентное межкультурное общение, а именно:

- хорошо знать себя и собственную культуру;
- быть терпеливым, внимательно слушать собеседника, наблюдать ситуацию и не делать поспешных выводов;
- спокойно переносить неопределённые ситуации и сохранять способность принимать решения;
- чаще обращаться за информацией и советами к компетентным источникам, тщательнее взвешивать свои решения;
- проявлять искреннюю любознательность ко всему новому и необычному;
- получать как можно больше информации о культуре своих партнёров;
- проявлять стремление к изучению и пониманию инокультурных перспектив;
- признавать собственные ошибки, избегать недоразумений;
- находить средства и пути, чтобы общаться с инокультурными партнёрами по самому широкому кругу вопросов.

Сознательное использование данных правил позволяет управлять процессом межкультурного взаимодействия, адекватно интерпретировать его, приобретать новые культурные знания и таким образом обеспечивать эффективную и успешную межкультурную коммуникацию, в том числе и в профессиональной деятельности.

Межкультурная коммуникация как профессиональная компетентность врача определяется в ракурсе рассмотрения его деятельности:

- в системе «человек-человек» выступает необходимым внутренним регулятором общения и поведения в поликультурной среде, формирующей навыки общения и диалога с людьми разных национальностей и вероисповеданий;
- обеспечивающей определённый тип отношений, который проявляется в личностных действиях на основе следующих критериев толерантности: когнитивном, ценностном, целевом и поведенческом.

Тема 2. Ценностно-нормативное регулирование в профессиональной деятельности врача в современном российском обществе

1. Международные документы, регламентирующие ценностно-нормативное поведение врачей.
2. Основные права и обязанности российского врача. Нормативно-правовая база, регулирующая поведение работников в сфере российского здравоохранения.

Клятвы и присяги – понятие в большой степени ритуальное. Гуманизм профессии врача – не следствие страха ответственности за нарушение клятвы Гиппократова. Наоборот, у тех, кто выбирает медицину по призванию, изначально присутствуют соответствующие нравственные установки и ориентиры. Профессиональные этические принципы продолжают формироваться и в процессе обучения в институте, и по ходу приобретения врачебного опыта. Каждый врач дает себе клятву сам, и только он сам знает её суть.

1. Международные документы, регламентирующие ценностно-нормативное поведение врачей

- этический аспект деятельности врача (*Клятва Гиппократова; Хартия медицинского профессионализма; Женевская декларация: Международная клятва врача; Международный кодекс медицинской этики*);

- профессиональная независимость, автономия и врачебное самоуправление (*Декларация о правах человека и свободе личности практикующих врачей; Декларация о независимости и профессиональной свободе врача; Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей*);

- принципы предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения (*Резолюции 27-ой и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеи*).

Этический аспект деятельности врача

Базовым культурно-историческим документом, содержащим основные этические принципы профессиональной деятельности врача, является Клятва Гиппократова.

Клятва Гиппократова – клятва, принимаемая врачами, в которой они обязуются всегда следовать определённым правилам поведения и лечить людей так, как завещал делать это древнегреческий врач Гиппократ (ок.460-ок.370 гг. до н.э.), за выдающиеся достижения в области медицины названный «Отцом медицины».

В своё время эту клятву давали выпускники известной школы Асклепиадов, основателем которой считается бог медицины Асклепий. Одним из самых известных выпускников школы Асклепиадов является Великий Гиппократ II, который родился в 460 году до н.э.

Клятвы, формулирующие моральные нормы поведения врача, существовали ещё в Египте и в Древней Индии. Так, по окончании обучения будущий Врачеватель произносил проповедь, которая приведена в «Чарака-самхите»:

Если Вы хотите достичь успеха в своей деятельности, богатства и славы и небес после смерти. Вы должны всей душой стремиться к исцелению больного. Вы не должны предавать своих больных даже ценою собственной жизни. Вы не должны пьянствовать, не должны творить зло или иметь злых товарищей. Ваша речь должна быть приятной. Вы должны быть рассудительны и всегда стремиться совершенствовать свои знания. Ни о чем из того, что происходит в доме больного человека, не следует говорить никому, кто, пользуясь полученными знаниями, мог бы повредить больному или другому.

Записанная в I-II вв. н.э., эта проповедь несёт характерные черты своего времени, однако по основным положениям она весьма схожа с Клятвой древнегреческих врачевателей (записанной в III в. до н.э.). Это свидетельствует о единых принципах врачебной этики в странах древнего мира.

Врачебная этика древней Индии неукоснительно требовала, чтобы врачеватель, «который желает иметь успех в практике, был здоров, опрятен, скромн, терпелив, носил коротко остриженную бороду, старательно вычищенные, обрезанные ногти, белую надушенную благовониями одежду, выходил из дома не иначе, как с палкой и зонтиком, в особенности же избегал болтовни». Вознаграждение за лечение запрещалось требовать от обездоленных, друзей врача и брахманов. И наоборот, если зажиточные люди отказывались от уплаты за лечение, врачевателю присуждалось все их имущество. За неправильное лечение врачеватель выплачивал штраф в зависимости от социального положения больного.

Возникновение клятвы Гиппократова значительно древнее времени жизни Гиппократова: согласно преданию, клятва восходит к прямым потомкам Асклепия, она переходила в устном виде как семейная традиция, из рода в род. Записанная Гиппократом, клятва стала документом с III в. до н.э. Первоначальный, канонический вариант был написан якобы Гиппократом в V веке до н.э. на ионийском диалекте древнегреческого языка. С тех пор текст клятвы многократно переводился на другие языки, подвергался редактированию в угоду моменту, политическим и научным реалиям времени, существенно меняющим его смысл.

Клятва Гиппократова

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панахеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство.

Считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать,

преподавать им безвозмездно и безо всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного средства.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Для своего времени Клятва Гиппократата была очень большим достижением, задавая высокую нравственную планку. В ней содержатся следующие этические принципы или обязательства:

- обязательства перед учителями, коллегами и учениками;
- принцип непричинения вреда (не навреди);
- обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия);
- принцип заботы о пользе больного и доминанты (первостепенности) интересов больного;
- принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;
- принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам;
- обязательство об отказе от интимных связей с пациентами;
- обязательство личного совершенствования;
- врачебная тайна (принцип конфиденциальности).

В Клятве Гиппократата сжато выявляется этическая сторона призвания врача. Текст клятвы регламентирует отношения «врач – учителя и коллеги», «врач – пациенты», «врач – все остальные», а также систему поощрений и наказаний. Для Гиппократата было важно не только то, как врач разрешает профессиональные проблемы, но и насколько чисто и честно он живет.

Клятва служила своеобразной инициацией, посвящением в особое искусство врачевания – искусство, доверенное богами человеку. И за это его, врачевателя, следовало почитать.

Клятва означала переход в особо уважаемое профессиональное сословие.

Клятва задавала высочайшую нравственную планку врачебному искусству, без которой врачевание становится безнравственным ремеслом.

Клятва выполняла функции общественного договора. Ты, врачеватель, делаешь всё возможное для нашего исцеления и продления жизни, мы уважаем и почитаем тебя, обеспечиваем безбедное существование.

Конечно, Клятва Гиппократова не дожила до нас в неизменности. Текст этот имеет мало общего с сегодняшней реальностью, хотя некоторые провозглашенные этические принципы носят вневременной характер, например, обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия); принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного; обязательство личного совершенствования; врачебная тайна (принцип конфиденциальности).

На протяжении веков текст клятвы многократно переписывался, адаптируясь к изменениям в обществе. Было отвергнуто обращение к языческим богам (Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели). Упразднено обещание «не делать сечения у страдающих каменной болезнью», которое в то время отражало разделение труда между разными цехами – врачами-терапевтами и хирургами-цирюльниками.

На основе античной клятвы в разные исторические периоды в разных странах формулировались собственные клятвы врачей, в которых толкование врачебных обязательств сильно различалось.

Тем не менее, на протяжении почти 2,5 тысяч лет Клятва Гиппократова объединяет медиков. Она содержит основополагающие морально-этические принципы поведения врача. Высокая этика этой Клятвы остаётся современной – не случайно все присяги и клятвы, которые приносят молодые врачи-выпускники, основаны на этом древнем тексте.

Принцип «Не навреди» является основополагающим одной из исторических моделей медицинской этики – модели Гиппократова. Речь идёт об обязательствах уважения и ответственности перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, справедливости, об отрицательном отношении к эвтаназии, абортам, об отказе медицинских работников от интимных связей с пациентами, о заботе о пользе больного, о врачебной тайне.

Можно сказать, что клятва Гиппократова является моральным кодексом для тех, кто занимается медициной. Отец всех врачей – Гиппократ завещал: «Там, где любовь к людям, там и твоя профессия!».

В настоящее время наряду с Клятвой Гиппократова, принятой в христианском мире, и с учётом религиозных особенностей существуют Клятва еврейского врача, а также Исламский кодекс медицинской этики, содержащий Клятву мусульманского врача.

На международном уровне этическое и правовое регулирование в области медицины и биоэтики осуществляется на основе *международных нормативных документов*.

Система нормативно-правового и этического регулирования выражает принципы как терапевтической (клинической) деятельности врача, так и участия врача в научно-исследовательской деятельности – в биомедицинских исследованиях.

Проблемой этического и правового регулирования клинической деятельности и биомедицинских исследований занимается ряд международных организаций: ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы, Европейский Союз, Всемирная Медицинская Ассоциация, Международный совет медицинских научных обществ (CIOMS) и др.

Практически по каждому из направлений биомедицинских исследований мировое сообщество выработало свою точку зрения, которая нашла отражение в следующих международно-правовых актах:

«Всеобщая декларация прав человека» (ООН, 1948);

«Женевская декларация: Международная клятва врача» (Всемирная Медицинская Ассоциация – ВМА, Генеральные ассамблеи 1948, 1968, 1983);

«Международный Кодекс медицинской этики» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1949, 1968, 1983);

«Хельсинская Декларация» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000);

«Международное руководство по этике биомедицинских исследований с участием человека» (CIOMS, Женева, 1993);

«Декларация по продвижению прав пациентов в Европе» (ВОЗ, 1994);

«Руководство по надлежащей клинической практике», подготовленное Международной конференцией по гармонизации (ICH GCP, 1996);

«Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», принятая Советом Европы (1997) с последующими «Дополнительными протоколами»;

«Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека» (ЮНЕСКО, 1997);

Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000);

«Всеобщая декларация по биоэтике и правам человека» (ЮНЕСКО, 2005) и ряд других документов).

После окончания Второй мировой войны необходимо было возродить моральную чистоту и престиж врачебной профессии. 17 сентября 1947 года на Первой Генеральной Ассамблее в Париже была основана Всемирная медицинская ассоциация (ВМА). Это всемирный врачебный парламент, неправительственная международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая международные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран. ВМА была создана для того, чтобы обеспечить гарантии независимости врачей и высокие стандарты их этической деятельности.

Первым шагом ВМА было обновление клятвы Гиппократата, результатом чего стала Женевская декларация, которая была принята в 1948 году на II ассамблее ВМА.

Вторым шагом была разработка международного Кодекса медицинской этики, принятого в 1949 году на III главной ассамблее.

Третьим шагом было установление принципов и правил научного исследования человека. Эти принципы были зафиксированы в Хельсинской декларации (проблемы биоэтики).

Кроме этих основных документов, в ВМА были разработаны решения более чем 100 конкретных ситуаций. ВМА выступает с предложениями преобразования в системах здравоохранения и медицинского образования.

Женевская декларация: Международная клятва врача

В 1948 году Генеральная Ассамблея Всемирной Медицинской Ассоциации приняла декларацию (называемую Женевской). Декларация является своеобразной клятвой врача, по существу, она не что иное, как современная редакция клятвы Гиппократата.

Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Женева, Швейцария, сентябрь 1948 г.)

Дополнена

22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, август 1968 г.)

35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, октябрь 1983 г.)

46-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.)

Вступая в сообщество врачей, торжественно клянусь:

- посвятить свою жизнь службе во благо человека;*
- с уважением и благодарностью относиться к моим учителям;*
- добросовестно и достойно исполнять свой профессиональный долг;*
- заботиться, прежде всего, о здоровье моего пациента;*
- хранить доверенные мне тайны, даже после смерти пациента;*
- всеми доступными мне средствами утверждать честные и благородные традиции профессии врача;*
- относиться к моим коллегам, как к братьям и сестрам;*
- не позволять обстоятельствам, связанным с возрастом, состоянием здоровья, вероисповеданием, расовой принадлежностью, полом, национальностью, политическими убеждениями, сексуальной ориентацией или социальным положением, препятствовать исполнению моего долга перед пациентом;*
- невзирая ни на что, утверждать человеческую жизнь с самого ее начала как наивысшую ценность и не использовать свои знания врача вопреки законам гуманности.*

Эту торжественную присягу я принимаю добровольно и клянусь с честью следовать ей.

Позже в 1949 году Женевская декларация вошла в Международный кодекс медицинской этики. В частности, в 4-м разделе Кодекса Указано: *«Врач должен соблюдать принципы Женевской декларации, принятой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации»*).

Международный кодекс медицинской этики

Принят 3-й Генеральной ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, Англия, октябрь 1949 г.)

Внесены поправки

22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, август 1968 г.)

35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, октябрь 1983 г.)

Перемены в обществе, которые напрямую связаны с достижениями науки и техники, с введением в медицинскую практику новых методик биотехнологий, потребовали изменений и дополнений Кодекса.

Поэтому в Международный кодекс медицинской этики на 22-й ВМА в г. Сиднее и 35-й ВМА в г. Венеции были внесены соответствующие поправки.

Кодекс медицинской этики определяет обязанности врача по отношению к больному и друг к другу, а также критерии неэтичности в поведении медицинского работника.

Кодекс МЭ состоит из четырёх разделов:

- общие обязанности врача;
- неэтичные виды деятельности врачей;
- обязанности врачей по отношению к пациентам;
- обязанности врача по отношению к своим коллегам.

Международный кодекс медицинской этики

Общие обязанности врача

Врач должен всегда утверждать наивысшие стандарты профессиональной деятельности.

Врач не должен позволять финансовым интересам влиять на свободное и независимое исполнение профессиональных решений в интересах пациентов.

Врач должен, невзирая на вид медицинской практики, самоотверженно оказывать компетентную медицинскую помощь с полной технической и моральной независимостью, с сочувствием и уважением к человеческому достоинству.

Врач должен быть честен с пациентами и коллегами, должен бороться с профессиональными и личными недостатками других врачей, должен разоблачать обман и мошенничество.

Неэтичными признаются следующие виды деятельности:

а) самореклама врача, кроме тех случаев, когда это разрешено законом данной страны и Кодексом этики Национальной медицинской ассоциации;

б) оплата или получение любого вознаграждения только за передачу чьих-либо рекомендаций или только за выдачу пациенту направлений и рекомендаций любого характера.

Врач должен уважать права пациента, коллег, другого медицинского персонала, и должен соблюдать конфиденциальность в отношении пациента.

Врач должен действовать только в интересах пациента в тех случаях, когда он применяет такие виды медицинской помощи, которые могут ослабить физическое или психическое состояние пациента.

Врач должен соблюдать величайшую осторожность, распространяя открытия, новые техники, или лечебные методики, по непрофессиональным каналам.

Врач должен удостоверять только то, что он сам проверил.

Обязанности врача по отношению к больным

Врач всегда должен помнить об обязательстве сохранять человеческую жизнь.

Врач должен предоставлять пациенту все ресурсы своей науки и использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Врач должен соблюдать в абсолютной тайне всё, что он знает о своём пациенте, даже после смерти последнего.

Врач должен оказывать неотложную помощь как выполнение гуманитарного долга, если нет уверенности в том, что другие хотят и могут оказать такую помощь.

Обязанности врача по отношению к другим

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач должен соблюдать принципы Женевской декларации, принятой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации.

В ряде случаев традиционная Клятва Гиппократата не соответствует современным требованиям части общества. Некоторые её пункты противоречат реальному положению вещей. Например, в Бельгии, Нидерландах и некоторых штатах США эвтаназия разрешена законодательно, на аборт в большинстве государств запрета нет. В США врачебная помощь террористам и потенциальным террористам признана незаконной и уголовно наказуема.

В связи с заметным несоответствием современным реалиям Клятва Гиппократата была признана устаревшей. В настоящее время авторитетнейшие организации европейских и американских врачей предлагают пересмотреть то, что осталось от старой клятвы.

Мир стал другим, «преданность врача пациенту испытывается на прочность бурным развитием технологий, меняющимися тенденциями рынка и глобализацией», – так мотивируют необходимость перемен представители Американского совета по внутренним болезням (АВІМ), Американского

колледжа терапевтов – Американского общества по внутренним болезням (ACP-ASIM), Европейской федерации по внутренним болезням (EFIM).

Новую клятву – **Хартию медицинского профессионализма** – начали разрабатывать в 1999 году, а в феврале 2002 года работа была закончена. Хартия медицинского профессионализма была опубликована в специальных журналах – американских «Анналах внутренней медицины» и британском «Ланцете». Авторы выражают надежду, что этой клятве станут следовать врачи всего мира.

От Клятвы Гиппократа сохранились положения о врачебной тайне, недопустимости сексуальных домогательств и использования служебного положения в личных целях (врач должен всегда ставить интересы пациента выше своих собственных).

Основные принципы Хартии медицинского профессионализма:

- исключительное право пациента на окончательное решение;
- обязательная полная информированность больного по всем вопросам, включая врачебные ошибки;
- одинаковая доступность лечения по действующим стандартам для всех пациентов.

Сразу несколько пунктов говорят о необходимости совершенствовать медицинскую помощь вообще и свою подготовку в частности.

Пациент становится полноправным участником процесса: например, его обязаны полностью информировать о лечении, а также о врачебных ошибках, он сам принимает жизненно важные для себя решения.

Принципиально новый и интересный аспект – врач должен «распознавать и доводить до сведения широкой публики конфликты интересов, которые возникают в его профессиональной деятельности». Речь идет об отношениях с коммерческими структурами – фарминдустрией, страховыми компаниями, производителями медтехники.

Профессиональная независимость, автономия и врачебное самоуправление

Если предыдущие документы регламентировали обязанности врача, то следующие в большей степени определяют его права.

Начиная с 80-х годов XX века в сознании медицинской общественности всё более отчётливо утверждаются идеи о профессиональной автономии и самоуправлении врачей.

Профессиональная независимость и свобода необходимы врачу для оказания качественной медицинской помощи. Поэтому врачи имеют право требовать от общества, чтобы никакие философские, религиозные, расовые, политические, географические, физические и другие барьеры не препятствовали их профессиональной врачебной активности, направленной на получение новой информации знаний, умений и навыков.

Так, профессиональной независимости и врачебному самоуправлению посвящены такие документы:

1. Декларация о правах человека и свободе личности практикующих врачей
Принята 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Брюссель, Бельгия, октябрь 1985 год)
2. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача
Принята 38-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Калифорния, США, октябрь 1986 г)
3. Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей
Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Мадрид, Испания, октябрь 1987 год)

***Декларация о правах человека и
свободе личности практикующих врачей (1985)***

Всемирная Медицинская Ассоциация выступает за равенство возможностей для каждого врача в медицинских ассоциациях и научных обществах, в последипломном и непрерывном образовании, при приеме на работу и во всех других аспектах профессиональной деятельности, независимо от расы и цвета кожи, принадлежности к религиозной конфессии, убеждений, этнической принадлежности, национального происхождения, пола, возраста или политической ориентации.

Всемирная Медицинская Ассоциация категорически протестует против практики лишения врача его законного права и обязанности быть полноправным членом национальной медицинской ассоциации по причине расовой принадлежности, цвета кожи, принадлежности к религиозной конфессии, убеждений, этнической принадлежности, национального происхождения, пола, возраста или политической ориентации.

Всемирная Медицинская Ассоциация призывает всех представителей медицинской профессии и каждого члена национальных медицинских ассоциаций приложить все усилия, чтобы пресечь любой случай нарушения принципа равенства возможностей, прав и обязанностей, чем подтверждает на 37 Всемирной Медицинской Ассамблее в Брюсселе собственную неуклонную принадлежность этому принципу.

***Декларация
о независимости и профессиональной свободе врача (1986)***

определяет приоритеты профессиональной независимости врача.

«Профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача»

– так в Декларации провозглашается независимость врача при исполнении профессиональных обязанностей. Речь идёт не о вопросах административной подчиненности, а, прежде всего, о свободе принятия решений относительно пользы больного – тактики и схемы лечения,

применения тех или иных методов, другими словами – всего того, что направлено на благо больного.

Важным в Декларации является положение о финансово-экономической составляющей медицинских услуг:

«Врачи должны знать реальную стоимость лечения и прилагать все усилия к разумному сдерживанию цен на медицинские услуги. Приоритетная обязанность врача – представительство интересов больных и пострадавших в борьбе против притязаний общества на снижение цен, ибо оно ставит под угрозу здоровье, а порой и жизнь человека».

Поскольку *«Обеспечивая независимость и профессиональную свободу медицинской врачебной практики, общество должно гарантировать своим гражданам наилучший из возможных уровень здравоохранения, что в свою очередь способствует становлению более сильного и прочного общества».*

С другой стороны, возникает также этический вопрос: кто будет оплачивать эти услуги – либо сам пациент, либо страховые компании, либо благотворительные фонды и т.п.? Как мы понимаем, эта проблема больше государственная, поскольку уровень здравоохранения напрямую зависит от уровня социально-экономического развития государства.

Мадридская декларация

о профессиональной автономии и самоуправлении врачей (1987)

Как указано в Мадридской декларации,

«Главная цель профессиональной автономии – обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании медицинской помощи в соответствии с "Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача", принятой ВМА в октябре 1986 г».

Мадридская декларация – это 10 положений, затрагивающих различные аспекты деятельности врачебного самоуправления.

В частности, в документе отмечено следующее:

- *«приверженность принципу профессиональной врачебной автономии как одному из важных принципов медицинской этики»;*
- *«сами медики должны регулировать профессиональное поведение и деятельность отдельных врачей»;*
- *«врачи обладают достаточными знаниями для принятия решений, способных послужить на благо пациентам, обеспечивая качественное оказание медицинской помощи»;*
- *«не разрешается использование в лечении пациентов дискредитировавших себя научных теорий»;*
- *«структуры врачебного самоуправления обязаны разумно относиться к ценам на медицинские услуги. Высокое качество медицинской помощи оправданно лишь тогда, когда стоимость такого обслуживания доступна всем»;*
- *«для блага пациентов национальные медицинские ассоциации должны добиваться соблюдения этических норм каждым врачом»;*
- *«ответственное и высокопрофессиональное поведение каждого врача, а также эффективная и действенная система самоуправления»*

должны убедить людей в том, что если им придется стать пациентами, то они получают квалифицированную помощь компетентных врачей».

Принципы предоставления медицинской помощи

Ещё одним пакетом международных деклараций заложены принципы предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения, *изложенные в Резолюции 27-ой Всемирной Медицинской Ассамблеи (Мюнхен, 1973) и дополненные Резолюцией 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеи (Венеция, 1983).*

Согласно этим международным декларациям любая национальная система здравоохранения должна включать **12 принципов предоставления медицинской помощи.**

Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения – это требования, согласно которым врач обязуется следовать идеалам гуманности, по совести и с достоинством выполнять свой долг, действовать только во благо пациента, не наносить вреда, в интересах больного назначать любое лечение, адекватное с точки зрения современных стандартов.

1. В любой системе здравоохранения условия работы медицинских работников должны определяться позициями врачебных обществ.

2. Каждая национальная система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора больницы, а врачу – право выбора пациента, не пренебрегая при этом ни правилами больницы, ни пациента. Принципа свободного выбора необходимо придерживаться и в медицинских центрах. Профессиональным и нравственным долгом врача является оказание неотложной медицинской помощи без всяких исключений.

3. Каждая национальная система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право на медицинскую практику: ни медицинских работников, ни врачей нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

4. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен только своей специальностью.

5. Медицинское общество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к охране здоровья.

6. Все лица, которые принимают участие в лечебном процессе или контролируют его, должны уважать и охранять конфиденциальность взаимоотношений между пациентом и врачом.

7. Необходимо гарантировать врачам моральную, экономическую и профессиональную независимость.

8. Если гонорар за медицинские услуги не определен прямым договором между врачом и пациентом, то учреждение, которое финансирует предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать работу врача.

9. Сумма гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Стоимость медицинского обслуживания должна

определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг или государством.

10. Качество и эффективность оказания медицинской услуги, объем, стоимость и количество услуг должны оценивать врачи, руководствуясь более региональными, а не национальными стандартами.

11. Интересы больного диктуют, что не может быть ограничения права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватных с точки зрения современных стандартов.

12. Врач должен стараться углублять свои знания и повышать профессиональный статус.

2. Основные права и обязанности российского врача.

Нормативно-правовая база, регулирующая поведение работников в сфере российского здравоохранения

– врачебные обещания / присяги / клятвы: *Факультетское обещание русских врачей; Присяга врача Советского Союза (1971); Клятва российского врача (1994); Клятва врача России (1999); Клятва врача (2011);*

– этические кодексы: *Этический кодекс российского врача (1994); Кодекс врачебной этики Российской Федерации (1997); Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (2012); Кодекс этики врачей Рунета; Кодекс этики работников системы здравоохранения (проект 2016).*

Миссия ВМА распространяется на весь мир, миссия Ассоциации врачей России на граждан России. Их цели едины: служить человечеству, стараясь достичь высших международных стандартов в медицинском образовании, медицинской науке, медицинском искусстве и медицинской этике.

В Российской Федерации создаётся своя система нормативных и этико-правовых документов, которые регулируют профессиональную деятельность специалистов в сфере здравоохранения. Профессиональные правовые нормы устанавливаются законодательством, этические – врачебными этическими кодексами.

Знание врачом всего правового и этического базиса его профессиональной деятельности называется *презумпцией полноты профессиональных знаний*. Основывается она на конституционной презумпции знания закона (своих и чужих прав и обязанностей) каждым гражданином.

Профессионально-этический кодекс (от лат. *codex* – книга) – это свод профессионально-этических норм, предписываемых к исполнению специалистами и принятый в установленном порядке их профессиональным объединением.

Объектом профессионально-этического кодекса является индивидуальное и коллективное моральное сознание представителей профессиональной группы, его **предметом** – моральные знания и навыки специалистов.

Нормативно-правовая база российского здравоохранения

1. Конституция Российской Федерации (статья 41 «О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь»).

Статья 41.

1) *Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.*

2) *В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.*

3) *Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.*

2. Законы: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Подзаконные акты:

– *постановления*: Постановление Правительства РФ от 29 января 2019 года №56 «Об утверждении правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системой здравоохранения (с изменениями на 30 июля 2019 года)»;

– *инструкции*: «Инструкция об организации рассмотрения обращений граждан в Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (2015);

– *приказы*: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения»;

– *методические рекомендации*: «Методические рекомендации по оснащению медицинских организаций оборудованием, применяемым в процессе оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе к передаче, обработке, хранению данных» (МЗ РФ 2019).

4. Кодексы: Кодекс врачебной этики, Кодекс профессиональной этики.

5. Врачебные Клятвы (присяги): Присяга врача Советского Союза, Клятва Российского врача.

Врачебные клятвы (присяги)

Традиционной клятвой для российских врачей остаётся **Клятва Гиппократа**, о которой было сказано выше.

«Факультетское обещание» русских врачей

В Российской империи на медицинских факультетах университетов России во второй половине 19 века было введено «Факультетское обещание». Выпускники медицинских факультетов при присвоении первого врачебного

звания «лекарь» давали «Факультетское обещание» вплоть до революции 1917 г.

В нём кратко и четко давалось понятие долга врача перед больным, медицинским миром и обществом. «Обещание» было полностью основано на христианских ценностях, призывало служить больному человеку, а не рассматривать его как средство для личной наживы.

«Обещание» вводило некоторые новые принципы врачебной этики, отличные и от Клятвы Гиппократов, и от последующих официальных советских и российских присяг.

В нём были в частности такие слова: «Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрятия».

Текст «Обещания» прилагался к свидетельству об окончании медицинского факультета, он помещался на обратной стороне врачебного диплома, и под ним ставили личную подпись те, кто давал обещание.

• *Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукою права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, даю обещание в течение всей своей жизни не омрачать чести сословия, в которое ныне вступаю.*

• *Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранитьверяемые мне врачебные [семейные] тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия.*

• *Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами её процветанию, сообщая ученому свету все, что открою.*

• *Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств.*

• *Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности, однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрятия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.*

Присяга врача Советского Союза

В СССР в 1971 году (в редакции 1983 г. – с дополнением) была законодательно утверждена Присяга советского врача. Принималась она выпускниками медицинских институтов и факультетов СССР. При этом, как было отмечено в Большой медицинской энциклопедии (БМЭ), «введение закона о присяге врача Советского Союза как государственного акта имеет большое воспитательное значение».

Из положения о порядке принесения Присяги врача Советского Союза

Присяга приносится стоя, текст присяги повторяют одновременно все приносящие присягу вслед за тем, кто его зачитывает. По окончании

принесения присяги исполняется Государственный гимн СССР и Государственный гимн союзной республики.

Текст присяги врача Советского Союза подписывается лицом, принёсшим присягу, и хранится в его личном деле. О принятии присяги врача Советского Союза производится отметка в дипломе. В дипломе вкладывается также текст присяги, напечатанный на специальном бланке.

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

- все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболевания, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;*
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;*
- постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;*
- обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;*
- беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали;*
- сознавая опасность, которую представляет собой ядерное оружие для человечества, неустанно бороться за мир, за предотвращение ядерной войны;*
- всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед Народом и Советским государством.*

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

В постсоветской России эта Присяга была сначала заменена на Клятву российского врача (1994), затем законодательно была утверждена Клятва врача России (1999), а позже Клятва врача (2011).

Клятва российского врача (1994)

Принята 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в Москве в ноябре 1994 г. Принималась выпускниками российских медицинских вузов с 1994 г. по 1999 г.

- Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить её и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой.*
- Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.*
- Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического,*

экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом.

- Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

- Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России положение о допустимости пассивной эвтаназии.

- Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством.

Клятва врача России (1999)

Федеральный закон РФ «О внесении изменения в статью 60 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Принят Государственной Думой 17 ноября 1999 года.

Клятва врача России содержит 8 этических принципов и обязательств.

Врач является профессией, имеющей специальный раздел в уголовном кодексе (УК) РФ, описывающий профессиональные правонарушения.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- *честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;*

- *быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, 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;*

- *проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;*

- *хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;*

- *доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы **больного**, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;*
- *постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».*

Клятва врача даётся в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Клятва врача (2011)

Современная «Клятва врача» установлена статьёй № 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в 2011 году.

По этому закону клятву врача дают «лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации».

1. Лица, завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования, *при получении документа о высшем профессиональном образовании дают клятву врача следующего содержания:*

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- *честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;*
- *быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к **пациенту**, 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;*
- *проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;*
- *хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;*
- *доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы **пациента**, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;*
- *постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».*

2. Клятва врача дается в торжественной обстановке.

В данной редакции Клятвы по сравнению с предыдущей:

– слово «больному» изменено на «пациенту»,

– исчезла формулировка: «врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации».

Кроме того, в России существуют этические обязательства различных медицинских сообществ. Так, «Клятву православного врача» принимают члены Общества православных врачей Санкт-Петербурга имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Сегодня в каждой стране существует своя «Клятва» или «Присяга» врача. Каждая из них соответствует своему времени, уровню развития медицинской науки и практики, отражает национальные и религиозные особенности и общие тенденции мирового развития.

Клятва Гиппократова и аналогичные ей присяги и обещания – дань традициям конкретной страны или учебного заведения. Там, где принято давать клятву врача, она не является юридическим документом. Но при её нарушении срабатывают соответствующие законы государства и ведомственные инструкции.

Следует подчеркнуть, что в настоящий момент и Клятва Гиппократова, и Клятва врача имеют одинаково декларативный характер. Они представляют собой освященные многовековой исторической традицией свод важнейших принципов профессиональной этики врача, но полностью лишены правового содержания. Тем не менее, значение клятвы нельзя недооценивать, поскольку, как справедливо отмечает профессор кафедры медицинского права Московской медицинской академии С. А. Корсаков, профессиональная этика остается одной из основ деятельности любого врача наряду с профессиональной подготовкой и правовыми нормами, ее регулирующими

Этические кодексы врачей

Этический кодекс российского врача (1994)

Утверждён IV Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г.

Это первый этический кодекс, принятый отечественным врачебным сообществом. До 1994 г. морально-этические отношения в здравоохранении регламентировались нормами социалистической этики, деонтологией и Присягой врача СССР.

Этический кодекс, нормы и принципы которого восходят к положениям «Клятвы Гиппократова» и включают нормы международных этических документов, декларирует моральную ответственность врача перед обществом, коллегами, пациентами, очерчивает права и обязанности пациентов.

Руководствуясь клятвой Гиппократова, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной Медицинской Ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, декларируя определяющую роль врача в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений врача с пациентом и необходимость дополнить механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики, декларируя, что каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную

деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом, Ассоциация врачей России принимает настоящий Этический Кодекс российского врача.

Кодекс включает 5 разделов и 22 статьи.

Раздел 1. Общие положения (врач и общество)

Раздел 2. Врач и права пациента

Статья 8. – Врач и право пациента на свободу и независимость личности.

Статья 9. – Врач и право пациента на адекватную информацию о своем состоянии.

Статья 10. – Врач и право пациента на получение медицинской помощи, не ограниченной какими-либо посторонними влияниями.

Статья 11. – Врач и право пациента согласиться на лечение или отказаться от него.

Статья 12. – Врач и право пациента на физическую и психическую целостность личности.

Статья 13. – Врач и право пациента на соблюдение врачебной тайны.

Статья 14. – Врач и право пациента на достойную смерть.

Статья 15. – Врач и право пациента на свободный выбор врача.

Раздел 3. Отношения с коллегами и другим медицинским персоналом

Раздел 4. Врач и прогресс медицины

Раздел 5. Пределы действия этического кодекса, порядок его пересмотра и ответственность за его нарушения

Статья 20. – Действие этического кодекса.

Статья 21. – Ответственность за нарушение профессиональной этики

Статья 22. – Пересмотр и толкование Этического Кодекса.

Кодекс врачебной этики Российской Федерации (1997)

Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

Кодекс врачебной этики 1997 года состоит из 9 глав и 83 пунктов.

Глава 1. Врач и общество (20 пунктов).

Глава 2. Врач и пациент (12 пунктов).

Глава 3. Коллегиальность врачей (20 пунктов).

Глава 4. Врачебная тайна (6 пунктов).

Глава 5. Научные исследования и биомедицинские испытания (9 пунктов).

Глава 6. Помощь больным в терминальном состоянии (9 пунктов).

Глава 7. Трансплантация, репродукция, геном человека (1 пункт).

Глава 8. Информация и реклама (5 пунктов).

Глава 9. Врачебные справки (1 пункт).

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (2012)

Принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (г. Москва, 5 октября 2012 г.). Проект кодекса разработан НП «Национальная Медицинская Палата» и прошел экспертизу в Правовом департаменте Министерства здравоохранения РФ.

Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, *а также для студентов высших*

медицинских учебных заведений, временно замещающих врача или ассистирующих врачу.

Состоит из 4-х глав и 53 статей, а также списка используемых материалов.

I. Врач и общество (статьи 1-26)

II. Врач и пациент (статьи 27-42)

III. Врач и врачебный коллектив (статьи 43-48)

IV. Врач и научно-исследовательская деятельность, биоэтика (статьи 49-53)

Список используемых материалов

1. Международный кодекс медицинской этики Всемирной медицинской ассоциации врачей (ВМАВ) 1964 г.

2. Этический Кодекс российского врача 1994 г.

3. Кодекс врачебной этики РФ (Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей) 1997 г.

4. Кодекс профессиональной этики православных врачей.

5. Этический Кодекс Интернет-врача.

6. Кодекс этики врачей Рунета.

7. Кодекс профессиональной этики врача (Франции).

8. Руководство добросовестной медицинской практики (Великобритании).

9. Профессиональный Кодекс поведения врачей, работающих в Германии.

10. Регулирование поведения врачей в системе медицинского страхования (Нидерланды).

Кодекс этики врачей Рунета

Настоящий кодекс действует на всей территории интернета.

Врач (медицинский сайт) может лично принять Этический кодекс интернет-врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности в интернете.

1. Интернет-врач (медицинский сайт) выполняет свои обязанности, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократова, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и законодательством Российской Федерации «О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь».

2. Интернет-врач несет всю полноту ответственности за свои решения, действия и советы в интернете.

3. Интернет-врач не должен ставить диагноз через интернет.

4. Интернет-врач не должен назначать лечения через интернет.

5. Интернет-врач (медицинский сайт) не должен использовать в своей интернет-деятельности массовую рассылку рекламных писем (СПАМ).

6. Интернет-врач должен доступными ему средствами (интернет-сайты, интернет-газеты и журналы, форумы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни.

7. За свою врачебную деятельность в интернете врач, прежде всего, несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации - перед

судом. Но врач, прежде всего, должен помнить, что главный судья на его врачебном пути - это его собственная совесть.

8. При формулировке любого совета в форуме (или на сайте) интернет-врач, прежде всего, должен руководствоваться заповедью «не навреди!».

9. Интернет-врач имеет право не отвечать на вопрос в форуме своего медицинского сайта, если чувствует себя недостаточно компетентным.

10. Интернет-врач (медицинский сайт) должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно.

11. Интернет-врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Интернет-врачи (медицинские сайты) должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

12. Интернет-врач (медицинский сайт) не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого интернет-врача (медицинского сайта) или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в не оскорбительной форме.

13. Интернет-врач (медицинский сайт) не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

14. Интернет-публикации медицинского характера, выступления врачей на медицинских форумах, просветительская деятельность в интернете должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции.

15. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан Рунета интернет-врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств оккультно-мистического и религиозного характера.

16. Информация о лекарственных средствах осуществляется в соответствии с требованиями государственного информационного стандарта.

17. Информация о лекарственных средствах, отпускаемых без рецепта врача, может содержаться в публикациях специализированных и общих (для пациентов) медицинских интернет-сайтов.

18. Информация о лекарственных средствах, отпускаемых по рецепту врача, допускается только на специализированных медицинских сайтах, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников.

19. Публикация на медицинском сайте не должна рассматриваться как рекомендация пациентам по диагностированию и лечению каких-

либо заболеваний и не может служить заменой консультации с врачом.

Кодекс этики работников системы здравоохранения (проект 2016)

В 2016 году Министерство здравоохранения РФ разработало проект **Кодекса этики работников системы здравоохранения**. В данном проекте кодекса 25 статей.

Кодекс для всех людей, которые работают в системе, от врачей до сотрудников регистратур, написан впервые. До этого общественными организациями разрабатывались отдельные этические правила для врачей, медсестер и регистраторов как общероссийского, так и регионального масштаба.

Кодекс является документом, определяющим совокупность этических норм и принципов достойного поведения работников системы здравоохранения, выполняющих свои профессиональные функции, связанные с оказанием медицинской помощи населению, для представителей иных профессий, осуществляющих профессиональную деятельность в сфере охраны здоровья населения, ***а также для обучающихся в высших и средних медицинских образовательных организациях.***

Данный этический кодекс объединил положения целого ряда подобных документов, устанавливающих нормы поведения для тех или иных профессий.

Так, в соответствии с проектом Кодекса работник системы здравоохранения Российской Федерации обязан воздерживаться от поступков, способных подорвать авторитет и уважение в обществе к своей профессиональной деятельности. Он должен уважительно относиться к личности и достоинству пациента, проявлять уважительное и гуманное отношение к нему и его родственникам.

Работник системы здравоохранения не должен допускать ситуаций, при которых у него возникает личная заинтересованность в получении материальной выгоды или иного преимущества, влияющего или способного повлиять на надлежащее исполнение им профессиональных обязанностей.

Работник системы здравоохранения должен вести здоровый образ жизни и доступными ему средствами через СМИ (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.), сеть «Интернет» (интернет-сайты, интернет-газеты и журналы, форумы и другие формы) пропагандировать здоровый образ жизни. Работник системы здравоохранения несет всю полноту ответственности за свои действия и советы в указанных средствах информации перед гражданами и профессиональным сообществом.

Работник системы здравоохранения должен воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к его профессиональной деятельности.

Нарушение кодекса, как считает Минздрав, могло бы расцениваться какотягчающее обстоятельство, если человека судят за нарушение закона.

Все перечисленные кодексы этики объединяет сфера регулирования – отношения в сфере морального и этического поведения медицинских работников в коллективе и с пациентами и нормативный характер. Кодексы этики врачей являются нормативными, но не правовыми, соответственно,

сфера их действия ограничена членами объединения, принявшего кодекс этики, и соблюдение норм кодекса этики не обеспечивается государственным принуждением, так как кодекс этики врачей не является нормативным правовым актом.

При этом судебная практика свидетельствует о широком применении Кодекса этики врача при разрешении вопроса о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии. Нередко медицинские организации для того, чтобы избежать несоблюдения норм Кодекса этики врача, включают его в должностную инструкцию медицинского работника, в результате чего Кодекс этики врача становится частью должностной инструкции, и медицинский работник в силу статьи 21 Трудового кодекса РФ обязан его соблюдать.

Таким образом, важность нормативно-этических документов не вызывает сомнений, в первую очередь они требуют ответственности перед собственной совестью врача, а не перед законом.

Тема 3. Специфика профессионализма в медицине. Профессиональная культура врача

1. Понятие профессиональной деятельности и профессиональной культуры.
2. Профессиональная культура врача.
3. Сущность профессионализма.
4. Понятие профессиограммы.
5. Понятие профессионального выгорания.

1. Понятие профессиональной деятельности и профессиональной культуры

Профессиональная деятельность, как и любой другой вид деятельности человека, отличается активностью, т.е. способностью воздействовать на окружающую среду. Источником этой активности являются, во-первых, потребности, которые необходимо удовлетворить, во-вторых, влияние внешнего мира, на которое человек реагирует, опираясь, в частности, на свою систему ценностей.

Конкретной формой проявления профессиональной направленности личности в той или иной деятельности обычно рассматривается интерес к данной профессиональной деятельности. Интерес является одним из важных условий творческого подхода к работе, стремления к самосовершенствованию, удовлетворению материальных и духовных потребностей. Кроме интересов, опыт активности личности фиксируется в ценностных ориентациях и установках, которые характеризуют внутреннюю готовность к профессиональной деятельности и обуславливают устойчивость поведения, отражаясь в жизненных планах.

Содержание профессиональной деятельности включает в себя:

- цель (к чему стремится субъект, на что направлена его профессиональная деятельность),
- мотивы (побуждения, стимулирующие активность субъекта в профессиональной деятельности),
- способы осуществления профессиональной деятельности,
- результат профессиональной деятельности.

Общеизвестно, что культурным считается человек, который смог в совершенстве овладеть профессией, подчинить свою жизнь какому-либо общепольному делу и, в конечном счёте, способствовать развитию общественного процесса. Термин «*профессия*» означает направление в профессиональной деятельности, которое является основой материального благополучия и требует специфической подготовки. К профессиональной деятельности всегда предъявляется обязательное требование - сохранение, развитие и трансляция профессиональной культуры.

Профессия и культура – постоянно взаимодействующие феномены. Профессия, соединяясь с общечеловеческой культурой, порождает такое социальное явление, которое называется «*профессиональная культура*» и охватывает собой как область трудовой деятельности человека, так и качество этой деятельности. Широкое распространение понятие «профессиональная культура» в отечественном культурном пространстве получило к концу XX ст. Большинство современных исследований профессиональной культуры строится на представлении о культуре как социальном феномене, который имеет деятельностную природу. Профессиональная культура – это мера, качество деятельности человека в определённой, строго ограниченной области его профессии, в том виде деятельности, где он чувствует себя вполне комфортно, уверенно, свободно и раскрепощённо.

Профессиональная культура имеет две стороны:

- праксиологическую – это профессиональные навыки, умения, знания, профессиональное сознание, мировоззрение;
- духовную – её элементами являются профессиональная мораль и профессиональная эстетика.

Безусловно, культура специалиста складывается в единстве и взаимодействии всех составляющих, их разделение возможно только условно. В деятельности она всегда проявляется целостно, и в этом её принципиально важная особенность. Тем не менее, именно духовная сторона профессиональной культуры отражает её специфические ценности, нормы и отношения, которые регулируют профессиональное поведение субъекта профессиональной деятельности. Именно она предъявляет систему нравственных требований к представителям соответствующих профессиональных групп.

Профессиональная культура специалиста является сложным, многоуровневым, разноплановым системным личностным образованием человека. В профессиональную культуру входит вся совокупность

специальных теоретических знаний и практических умений, которые связаны с конкретным видом труда, профессией.

Таким образом, **профессиональную культуру** можно определить как совокупность мировоззренческих и специальных знаний, качеств, умений, навыков, чувств, ценностных ориентаций личности, которые находят своё проявление в её предметно-трудовой деятельности и обеспечивают её более высокую эффективность.

Истоки профессионализма и профессиональной культуры в целом необходимо искать в трудовой деятельности людей, в общественном разделении труда. Именно общественное разделение труда и возникновение профессий явились объективными стимулами становления и развития культуры как «второй природы» человека.

Степень владения профессиональной культурой определяют квалификация и квалификационный разряд. Следует различать формальную квалификацию, удостоверяемую сертификатом (дипломом, аттестатом, удостоверением) об окончании определенного учебного учреждения и подразумевающую систему теоретических знаний, которые необходимы для данной профессии, и реальную квалификацию, которую человек получает, проработав несколько лет в данной области и получив профессиональный опыт, т.е. определенную совокупность практических навыков и умений.

Главными компонентами профессиональной культуры специалиста являются профессиональная направленность (готовность) личности и профессиональное мастерство.

Основные компоненты профессиональной культуры

1. **Профессиональная готовность** специалиста, которая предполагает наличие у него:

- соответствующего уровня профессиональной компетентности;
- профессиональной культуры;
- способности саморегуляции, самонастроя на соответствующую деятельность, умения мобилизовать свой профессиональный (духовный, личностный и физический) потенциал на решение поставленных задач в соответствующих условиях.

2. Ведущей и наиболее сложной стороной профессиональной культуры специалиста является **профессиональная готовность психики** специалиста.

Это та или иная степень подготовленности и настроенности психики, духовных сил специалиста на решение профессиональных задач, исполнение своих функциональных обязанностей.

Основные векторы профессиональной готовности психики специалиста:

- ориентировочный, интеллектуально-познавательный;
- побудительный, потребностно-мотивационный, который определяет профессиональную направленность личности и силу прилагаемых ею усилий, степень усердия в деятельности (мотивационная готовность);

- исполнительный, включающий в себя профессиональное мастерство (совокупность профессионально важных качеств, знаний, умений, навыков, привычек профессионального поведения),

- необходимый уровень развития профессионально важных способностей и волевой подготовленности специалиста,

- способность саморегуляции поведения и деятельности (операционально-деятельностная готовность).

3. Профессиональная культура предполагает наличие у специалиста соответствующего уровня **физического здоровья**, сформированности и развитости необходимых для успешной профессиональной деятельности физических качеств, наличие соответствующего уровня физической культуры личности.

4. Особую роль в формировании профессиональной культуры современного специалиста играет его **коммуникативная готовность**.

Такая готовность предполагает наличие у профессионала достаточного уровня развития умений и навыков конструктивного и эффективного контактного взаимодействия с людьми, с профессиональной средой, профессионального общения с сотрудниками и руководителями, готовности идти на деловое и личностное взаимодействие с коллегами по работе и способности устанавливать, поддерживать и развивать такое взаимодействие.

Вне общества специалист не может быть успешным, так как работа каждого человека предполагает взаимоотношения его с другими людьми – коллегами, партнёрами, потребителями, клиентами. И успех его дела напрямую зависит от того, насколько это взаимодействие грамотное и эффективное.

Безусловно, культура профессионала не исчерпывается его правильным общением с коллегами. Но этика рабочего сотрудничества, уважение и взаимопонимание, и даже внешний вид, манера одеваться и умение вести себя являются важными критериями, по которым мы судим о профессиональной культуре человека.

Специалист, безразличный к окружающим людям и миру, не порядочный эгоистичный, не может пользоваться уважением коллег и считаться по-настоящему профессиональным.

5. Коммуникативная готовность личности возможна лишь при достаточном уровне **речевой культуры человека**, его умении правильно пользоваться словом, языком. Речевая культура личности – важный показатель уровня развития культуры ее мышления, а профессионально-речевая культура специалиста – показатель развития его профессионального мышления. Вот почему развитие общей профессиональной речевой культуры при подготовке специалистов является одним из неотъемлемых условий их личностного и профессионального становления.

6. Профессиональная культура специалиста предполагает развитие у него **общительности**, эмпатийности, доброжелательности, чувства товарищества, коллективизма, готовности и способности в своем взаимодействии с

коллегами не создавать ненужной напряженности во взаимоотношениях, уметь правильно разрешать возникающие трудности, коллизии в отношениях сотрудников, коллег по работе.

7. Важным условием успешности деятельности специалиста выступают его *готовность и способность к профессиональному и личностному самоутверждению*, его соответствующая активность в этом направлении; стремление наиболее полно и всесторонне реализовывать себя как при решении профессиональных задач, так и во взаимоотношениях с сотрудниками, коллегами по работе.

Успешность как часть профессиональной культуры и самоутверждения специалиста во многом зависит от его желания и стремления добиться успеха, от его установки на успех, от готовности к успеху. Под успехом принято понимать удачное достижение желаемой цели. Ощущение человеком успешности решаемого дела зависит от двух решающих обстоятельств: фактического результата и уровня его притязаний в данной ситуации, которые выступают формой выражения тех целей, которые человек ставил в своей деятельности. При одном и том же результате успех может быть разным (например, высоким, средним или низким) либо вообще отсутствовать, что зависит от целей, которые ставил человек. И наоборот, при одном и том же уровне притязаний личности успех будет разным в зависимости от результата деятельности.

В достижении успеха профессиональной деятельности ведущую роль играют личностные особенности специалиста и сильная мотивация. Исследования показали тесную связь между уровнем мотивации достижения и успехом в жизни и деятельности человека. Люди с высоким уровнем мотивации достижения более уверены в успешном исходе дела, активнее ищут необходимую для этого информацию, готовы принять ответственное решение, более решительны, настойчивы, инициативны и чаще проявляют творчество в неопределенных ситуациях.

8. Современные представления о профессиональной культуре наряду с рассмотренными аспектами включают также *творческую готовность*, креативность.

Успешность профессиональной деятельности современного специалиста во многом зависит от его способности и психологической готовности к поиску, видению и решению новых, выдвинутых жизнью, общественной практикой задач, созданию и реализации различного рода проектов.

9. Вместе с тем важными слагаемыми профессиональной культуры специалиста являются его профессиональная и общая *эрудиция*, профессиональное *мировоззрение*, необходимый уровень социального развития и *социальной зрелости личности* специалиста, позволяющий ему правильно ориентироваться в социальной обстановке (политической, правовой, экономической, религиозной, нравственной).

Таким образом, следует помнить, что профессиональная культура специалиста является составной частью более широкой готовности его

психики, сознания, организма к жизнедеятельности в целом. При этом частью основной и базовой, определяющей успешность его жизни.

2. Профессиональная культура врача

Профессиональные клятвы, этические кодексы профессиональных групп предназначены сформировать нерушимые принципы профессий и обеспечить длительные традиции их существования. Тем не менее, ценностно-нормативная регуляция профессиональной деятельности не статична. Профессиональная культура постоянно развивается под влиянием изменений социальной ситуации, изменений практики и организации профессиональной деятельности.

Ускорение социальных процессов, свойственное современному обществу, обеспечивает возможность реализации не одного, общепринятого механизма профессионализации. Предполагается возможность сосуществования нескольких различных типов профессиональной культуры.

Труд врача является одним из самых сложных и ответственных. Врач – это человек, посвятивший свою профессиональную деятельность защите здоровья, предупреждению и лечению заболеваний человека. Развитие профессии врача на современном этапе находится под влиянием как внешних, так и внутренних факторов:

- внешние: изменения социального статуса врачей и характера взаимодействия врач-пациент.

- внутренние: рост узкой специализации врачей и изменения содержания понятия «квалификационный уровень врача».

Структура современной профессиональной культуры врача может быть охарактеризована как полистилистическая.

В качестве одного из дифференцирующих (разграничивающих) факторов профессиональной культуры могут быть рассмотрены представления о профессионализме.

Представления о профессионализме – это комплекс признанных и разделяемых большинством представителей данной профессиональной группы образов эталонного осуществления профессиональной деятельности, предназначенных для того, чтобы отобразить смыслы и образцы достижений, которые ориентируют человека в профессии, позволяют интерпретировать происходящее с ним. Они позволяют определить направленность реализации трудовой деятельности.

В представлениях о профессионализме врача можно выделить комплекс устойчивых традиционных норм и ценностей деятельности, связанных со знаниями и опытом врача, и комплекс изменяющихся норм и ценностей, обуславливающих взаимодействие с пациентами. Традиционно деятельность врача связана с оказанием квалифицированной медицинской помощи. Но и эта сфера на современном этапе претерпевает некоторые изменения, связанные со становлением доказательной медицины. Более сложные изменения регуляции профессиональной деятельности связаны с социальными изменениями.

Во-первых, эти изменения коснулись сферы *взаимодействия врач-пациент*. Ещё в начале XX в. права пациента на участие в выборе лечения, его активная позиция в ходе лечения не были значимыми факторами, влияющими на работу врача. Сегодня меняется сама модель, на которой основано взаимодействие врач-пациент, – от патерналистской к модели сотрудничества.

Во-вторых, медицина – это чрезвычайно сложный социальный институт, что обуславливает наличие множества сложных *взаимодействий внутри профессиональной группы врачей*. Современный этап развития деонтологии врачебной деятельности характеризуется повышенным вниманием к представлениям, ценностям и нормам, определяющим это взаимодействие.

В-третьих, пересматривается значение социальной ответственности врача перед обществом в целом. Признание здоровья ценностью не только отдельного человека, личности, но и ценностью государственной, привело к *расширению сферы деятельности врача* функциями установления социальной справедливости, осуществления пропаганды здорового образа жизни.

В системе профессиональной культуры врача выявлены три типа представлений о профессионализме – «традиционный», «адаптивный» и «новаторский».

Традиционный тип профессиональной культуры врача

Представления о профессионализме, свойственные этому типу, являются наиболее распространёнными среди врачей – почти 50%. Удельный вес этой категории врачей значительно выше среди врачей клиник, нежели поликлиник. Ядро представлений о профессионализме, определяющих этот тип, характеризуется направленностью на квалификационный уровень врача. Значимость социальных коммуникаций как с коллегами, так и с пациентами для специалистов этого типа профессионализма относительно невелика. Для врачей этого типа чувство принадлежности к профессиональной группе менее значимо, чем ощущение себя квалифицированным специалистом. Врачи традиционного типа профессиональной культуры характеризуются более выраженной ориентацией на передовые медицинские технологии, у них более высокие требования к технической оснащённости рабочего места.

В сфере взаимодействия с пациентами врачи этого типа, очевидно, осознают необходимость моделей сотрудничества с пациентами, но их готовность к такому взаимодействию ниже, чем у коллег, являющихся носителями новаторского типа профессиональной культуры. Очевидно также, что это в недостаточной мере отвечает ожиданиям пациентов. И, как следствие, врачи этой группы чаще, по сравнению с коллегами, интерпретируют отношение к себе со стороны пациентов как нелицеприятное.

В сфере внутриврачебного взаимодействия врачи этой группы не обнаруживают направленности к развитию институциональных ценностей и норм. Их готовность к расширению границы внутриврачебного контроля от индивидуальной до коллективной ниже по сравнению с коллегами – представителями новаторского типа профессиональной культуры.

Также сравнительно ниже их готовность взять на себя ответственность за профессиональное самоуправление.

Адаптивный тип профессиональной культуры врача

Особенностью носителей адаптивного типа профессиональной культуры является ориентация на комфортные условия и содержание труда. Этот тип наиболее распространён среди врачей поликлиник. Среди участковых терапевтов доля таких врачей максимальна.

Представители этой группы демонстрируют определённый уровень усвоения ценностей профессиональной этики и деонтологии. Наравне со всеми они ассоциируют успешность в карьере с высоким уровнем уважения пациентов, им свойствен высокий уровень самооценки профессиональных достижений. Врачи этой группы демонстрируют самый высокий уровень удовлетворённости своей работой.

В то же время их нормы профессиональной деятельности в отношении квалификационного уровня отражают более низкий уровень требований к профессиональному самосовершенствованию по сравнению с коллегами. Оснащённость рабочего места также имеет наименьшее значение для врачей адаптивного типа профессиональной культуры.

В тех сферах, где поддержание норм поведения, предполагающих высокий уровень профессионализма, требует дополнительных усилий, мотивация врачей этой группы выражена слабо. Так, врачи адаптивного типа профессиональной культуры реже выказывают поддержку моделям сотрудничества во взаимодействии с пациентами. Этот тип профессиональной культуры может быть охарактеризован как наименее эмоционально и психологически затратный в сфере взаимодействия с пациентами, при очевидно низком уровне эффективности.

В сфере взаимодействия с коллегами для врачей адаптивного типа профессиональной культуры более, чем для представителей других групп, характерно признание наличия созависимости.

Врачи этого типа профессиональной культуры менее своих коллег готовы обсуждать врачебные ошибки как между собой, так и в профессиональных ассоциациях. Но установка на признание авторитета руководства при решении ситуаций, связанных с врачебной ошибкой, наиболее распространена именно для этого типа профессиональной культуры. Можно утверждать, что в сфере взаимодействия с коллегами врачи адаптивного типа культуры реже своих коллег готовы к инновационным социальным технологиям. Они не желают разделять ответственность с коллегами, скорее могут переложить её на «плечи» коллег. Наряду с относительно низким уровнем мотивации к получению профессиональных знаний имеет место стремление к «избеганию» процедур коллективного контроля.

Новаторский тип профессиональной культуры врача

Врачи новаторского типа более иных коллег не удовлетворены уровнем престижа профессии. Современная медицина характеризуется растущей специализацией профессиональной группы, а осуществление

профессиональной деятельности сопровождается усложнением внутрипрофессионального взаимодействия. Это сравнительно новая для врачей тенденция профессиональной деятельности. Она связана с расширением границ социальной ответственности и изменением её характера – смещением ответственности с индивидуальной на коллективную. Реализации этих задач отвечают представления о профессионализме новаторского типа.

Это количественно наименьшая группа. Врачи данной группы равномерно распределены по различным типам учреждений здравоохранения и обнаруживают высокие требования по отношению к собственному квалификационному уровню. Для них направленность на эту сторону профессиональной деятельности несколько менее выражена, чем у коллег традиционного типа, но она является значимой. Врачи новаторского типа профессиональной культуры готовы применять в практике достижения доказательной медицины, они выражают пожелания высокой технической оснащённости рабочего места.

Специфика ценностно-нормативной регуляции профессиональной деятельности врачами этой группы отражена, прежде всего, в особенностях их подхода к взаимодействию с коллегами. Представители новаторского типа в большей мере, чем их коллеги, осознают необходимость изменить степень влияния врачей на систему здравоохранения в целом. Они чаще других готовы обращаться к профессиональным организациям при обнаружении врачебной ошибки. Кроме того, врачи новаторского типа чаще опираются на опыт коллег при принятии врачебных решений, а в профессиональном становлении молодого поколения большую роль отводят коллективам. По сравнению с врачами, придерживающимися традиционного типа профессиональной культуры, врачи-новаторы обнаруживают склонность к поддержке молодых, поскольку в целом они больше готовы вступать во взаимодействие по обмену опытом. Учитывая то, что эти врачи не склонны к созависимости в работе с коллегами, можно утверждать, что описанные выше характеристики данного типа предполагают не делегирование ответственности, а разделение её.

Эту группу характеризуют новые ценности и нормы, предполагающие «некорпоративистский» стиль работы, которые добавляются к традиционным характеристикам врачебной деятельности. Очевидно, что, ориентируясь на стратегии доброжелательного, отзывчивого отношения к пациенту, врачи новаторского типа профессиональной культуры осуществляют коммуникационные процессы на более эффективном уровне, и это ведёт к более высокому уровню удовлетворения данным взаимодействием.

Таким образом, определённой «точкой роста» представляется развитие именно новаторского типа профессиональной культуры, который вместе с обеспечением высокого уровня квалификационных компетенций обеспечит развитие социальной направленности ценностно-регулятивных оснований врачебной деятельности. Наряду с соответствием ожиданиям пациентов, это обуславливает высокий потенциал самоорганизации и рост коллективной

социальной ответственности профессиональной группы. Новаторский тип профессиональной культуры врача является наиболее перспективным для повышения качества оказания медицинской помощи.

3. Сущность профессионализма

Понятие профессионализма и его основных структурных компонентов на сегодняшний день нельзя считать полностью устоявшимся. В словарях и энциклопедиях можно встретить различные определения профессионализма: «особое свойство людей систематически, эффективно и надёжно выполнять сложную деятельность в самых разнообразных условиях»; «высокое мастерство, глубокое овладение профессией, качественное, профессиональное исполнение»; «профессиональное мастерство, степень овладения человеком профессиональными навыками»; «высокий уровень мастерства человека, позволяющий ему добиться успеха в выбранном деле»; «знание всех тонкостей и деталей своей профессии и бесконечный действенный интерес к ней»; «талант вкладывать душу в то, что ты делаешь здесь и сейчас».

В большинстве случаев, анализируя феномен профессионализма, учёные ограничиваются изучением набора профессионально важных качеств, которыми должен обладать специалист. Так, например, Дружилов С. А. под профессионализмом понимает особое свойство человека систематически, эффективно и надёжно выполнять сложную деятельность в самых разнообразных условиях. По его мнению, для приобретения профессионализма необходимы соответствующие способности, желание и характер, готовность постоянно учиться и совершенствовать своё мастерство. Не менее популярен подход, рассматривающий профессионализм как особое строение структуры личности работника.

Исследователи делят критерии профессионализма на два вида:

– внешние (объективные), которые включают такие показатели результативности деятельности специалиста, как количество и качество произведённой продукции, производительность и т. д.

– внутренние (субъективные), которые отражают структуру личности профессионала, а именно: а) профессионально важные качества, профессиональные знания, умения и навыки; б) профессиональную мотивацию; в) профессиональную самооценку и уровень притязаний; г) способности к саморегуляции и стрессоустойчивость; д) особенности профессионального взаимодействия.

Нормативный профессионализм – нормативные требования профессии к личности человека. Реальный профессионализм – обладание человеком необходимым нормативным набором психических качеств.

Специалисты могут обладать прекрасной технической подготовкой, но они не будут профессионалами до тех пор, пока не начнут последовательно и надёжно проявлять свои деловые характеристики. Профессионализм – это прежде всего отношение к делу, а не набор компетенций.

Выделяют следующие уровни профессионализма:

- непрофессионал (квазипрофессионал, профессиональный функционер);
- специалист («частичный профессионал»);
- профессионал.

Непрофессиональный («квазипрофессионал», «профессиональный функционер»)

Этот уровень характерен для лиц, демонстрирующих достаточно большую активность при достижении целей профессиональной деятельности. Однако данная активность хаотична, беспорядочна и не приносит результата, который бы оправдывал затраченные усилия. Процесс деятельности не воспринимается работником как нечто целостное, а рассматривается как цепочка отдельных действий. Сам трудовой процесс представляется неприятной обязанностью, задаваемой внешними для неё мотивами. В рамках данного уровня работник полностью подчиняется должностным инструкциям, не стремясь даже к минимальным изменениям в себе или в своей деятельности.

Специалист («частичный профессионал»)

Этот уровень характеризуется появлением некоторых представлений о своей деятельности, способностью вырабатывать новые средства достижения её результата, но без умения самостоятельно сформулировать и поставить адекватную цель. При этом нередко проявляется стремление к самореализации любой ценой, даже в ущерб процессу деятельности. Наличие идентификации с профессией даёт возможность соответствовать профессиональным ценностям, однако тормозит личностный рост.

Профессионал

Особенность уровня профессионала заключается в выходе человека за границы своей профессии и освоении смежных видов деятельности. Профессионал владеет универсальными способностями, дающими ему возможность легко и эффективно выполнять различные виды деятельности. Такие люди обычно опережают своё время, оставаясь часто непонятыми из-за своего стратегического видения путей развития современного им общества. Вероятно, это позволяет многим из профессионалов становиться общественными деятелями (В. И. Вернадский, А. Д. Сахаров и др.), деятельность которых трудно определить в связи с тем, что полученный результат зачастую превышает первоначальный замысел данного профессионального труда. Так, например, Андрей Дмитриевич Сахаров (1921-1989) – физик-теоретик, отец водородной бомбы, общественный деятель, диссидент (*лат. dissidens* «несогласный» инакомыслящий – человек, отстаивающий взгляды, которые радикально расходятся с общепринятыми.), правозащитник, лауреат Нобелевской премии мира.

Автор психологической концепции А. К. Маркова представляет профессионализм как соотношение состояния двух сфер: мотивационной и операциональной. Причём акцент смещён, в первую очередь, на состояние мотивов субъекта деятельности и лишь затем на состояние операциональной

сферы профессиональной деятельности субъекта. Автор предлагает следующее определение профессионала: «Следует считать профессионалом субъекта, овладевшего высшим уровнем профессиональной деятельности, целенаправленно изменяющего и развивающего себя в ходе её реализации, вносящего свой индивидуальный творческий вклад в профессию, нашедшего своё индивидуальное предназначение (профессионал – это специалист на своем месте), стимулирующего у окружающих интерес к результатам своей профессиональной деятельности и повышающего престиж своей профессии в обществе».

Обобщение всего многообразия существующих подходов позволяет выделить следующие основные характеристики профессионализма:

- особые требования к личности субъекта деятельности и его образованию;
- многоаспектность проявления феноменов профессионализма в различных видах трудовой деятельности;
- высокие качественные и количественные результаты, особая культура труда;
- интегральность профессионализма как системообразующая характеристика;
- многовекторная структура профессионализма, включающая разные сочетания ведущих факторов.

4. Понятие профессиограммы

Профессиограмма – это научно обоснованные нормы и требования профессии к видам профессиональной деятельности и качествам личности специалиста, которые позволяют ему эффективно выполнять требования профессии, получать необходимый для общества продукт и вместе с тем создают условия для развития личности самого работника.

Профессиограмма должна не сковывать индивидуальное творческое развитие специалиста, а лишь давать ориентиры объективных требований профессии к человеку.

Профессиограмма может меняться по мере изменения профессии, поэтому обращаться к профессиограмме необходимо в течение всей профессиональной жизни.

Построение профессиограммы является задачей специалистов – психологов, экспертов. Вместе с тем, каждый работающий человек вполне в состоянии время от времени обдумывать круг профессиональных задач, которые он выбирает для себя, и оценивать состояние своей личностной готовности к этим задачам.

Профессиограмма обязана определять:

1. Предназначение, «миссию» профессии, её роль в обществе, направленность на человека.
2. Распространённость профессии (типичные для данной профессии учреждения).

3. Предмет труда в профессии – стороны окружающей действительности, на которые воздействует человек в ходе труда (материальные предметы, идеальные предметы, человек). Правильное видение предмета труда – первый важный шаг к профессионализму.

4. Профессиональные знания как совокупность сведений о сторонах труда в профессии.

5. Деятельность, действия, приёмы, умения, способы работы, технологии, техники, применяемые в данной профессии для успешного достижения результата; степень их развёрнутости, обобщённости, автоматизированности.

6. Средства труда, которые человек использует для воздействия на предмет труда при реализации своих целей, для получения нужного продукта труда. К средствам труда относят реальные инструменты, приборы, компьютеры, оргтехнику, а также знаковые средства и системы правил логического мышления, моральной и эстетической оценки.

7. Условия труда: режим труда и отдыха, возможности их варьирования; характеристику социального окружения; санитарно-гигиенические факторы труда; интенсивность, темп труда и продолжительность нагрузки; рабочее место, рабочий пост.

8. Организацию и кооперацию труда: формы индивидуальной, совместной, групповой деятельности, преобладающие в данной профессии; виды профессионального общения и позиции в нём, обмен средствами и продуктами труда между его участниками; нормы выполнения и сроки; субординацию и иерархию подчинения, социальный статус и должности в рамках профессии.

9. Продукт труда (или его результат) – те качественные и количественные изменения, которые человек привносит в предмет труда; критерии оценки результата труда, степень заданности результата труда, его более или менее жёсткую регламентацию (от исполнительного труда к творчеству).

10. Возможные уровни профессионализма и квалификационные разряды в данной профессии, категории и их оплаты.

11. Права представителя данной профессии: психологическую и социальную безопасность, наличие благоприятного микроклимата в профессиональной среде; социальные гарантии, размеры оплаты труда и отпуска, охрану труда; возможность повышения квалификации, переподготовки на смежные профессии; формы служебного продвижения и поощрения профессионального роста.

12. Обязанности представителя данной профессии: владение профессиональной компетентностью, знание этических норм профессионального поведения (духовность в общении с коллегами); соблюдение профессиональной и служебной тайны в работе с людьми; умелое ведение документации; ограничения, должностные функциональные обязанности.

13. Позитивное влияние данной профессии на человека: возможность личностной самореализации, векторы и возможную динамику внутреннего

роста; возможность развития индивидуальности и личности средствами этой профессии, принадлежность к определенной профессиональной общности, социальному кругу.

14. Негативные стороны профессии: зоны и типы трудностей и ошибок; возможные материальные и нравственные потери; наличие экстремальных и стрессовых ситуаций; резкую смену ситуаций или паузы; монотонию (функциональное состояние сниженной работоспособности вследствие однообразной работы с частым повторением стереотипных действий); ограничения времени; дефицит информации или информационную перегрузку; возможность аварийных ситуаций; профессиональные деформации личности; отсутствие профессионального роста; виды нареканий («штрафов») за низкую эффективность, за нарушение этических норм.

Профессиограмма врача

Тип профессии: человек – человек

Класс профессии: эвристический

Профессиональная область: здравоохранение, медицина

Базовое образование: высшее профессиональное образование

Условия труда. Во время работы врач находится в помещении и вне помещения, возможны длительные командировки. Врач анализирует информацию и принимает решения в особых условиях: повышенной моральной ответственности за здоровье и жизнь пациента.

Доминирующие виды деятельности врача:

- выявление причин различных заболеваний;
- оказание своевременной плановой и экстренной медицинской помощи;
- диагностика и лечение больных в стационаре (больницах) и амбулаторно (например, в поликлиниках);
- осуществление реабилитационных и профилактических мероприятий;
- внедрение новых препаратов и лекарственных средств;
- осуществление санитарно-просветительной работы среди населения;
- осуществление пропаганды, направленной на борьбу с наркотиками, алкоголизмом, курением;
- оказание помощи при формировании здорового образа жизни;
- разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения различных заболеваний.

Качества, обеспечивающие успешность выполнения профессиональной деятельности врача:

Способности:

- высокий уровень развития произвольного внимания (способность обнаружить даже незначительные проявления симптомов заболевания);
- хорошо развитая словесно-логическая долговременная память (способность в нужный момент оказать своевременную медицинскую помощь, порекомендовать лекарственное средство, необходимое для данного заболевания);
- способность анализировать факты и логически мыслить;

- ручная ловкость при проведении различных манипуляций, лечебных процедур;
- быстрота реакции;
- психоэмоциональная стабильность и способность переносить большие физические нагрузки;
- вербальные способности (умение грамотно и в то же время доступно для пациента излагать свои мысли).

Личностные качества, интересы и склонности:

- терпеливость и выдержанность; доброжелательность и приветливость; ответственность; аккуратность; тактичность; оптимистичность; внимательность; готовность в любое время оказать нуждающимся медицинскую помощь; бескорыстность.

Качества, препятствующие эффективности профессиональной деятельности врача:

- безответственность; невнимательность; эгоистичность; эмоциональная несдержанность; жестокость; брезгливость; нетерпимость; рассеянность.

Области применения профессиональных знаний:

- научно-исследовательские институты;
- медицинские учреждения (больницы, санатории, оздоровительные лагеря, поликлиники, родильные дома, диспансеры, реабилитационные центры, травматологические пункты, женские консультации, медсанчасти);
- образовательные учреждения (школы, детские сады и дошкольные учреждения, институты, колледжи, техникумы);
- социальные организации (детские дома, приюты, дома престарелых и инвалидов, дома ребенка);
- предприятия;
- правоохранительные органы (суды, детские приемники-распределители, колонии, прокуратура);
- МЧС, службы спасения;
- военные организации.

Преимущества профессии: разнообразие вариантов специализации, из которых можно выбрать область, наиболее близкую по интересам; самостоятельность в принятии решений, социальная значимость профессии.

Ограничения профессии: высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье пациентов; необходимость постоянно развивать свои навыки и умения, осваивать все новые средства труда, новые приемы и методы работы

5. Понятие профессионального выгорания

Синдром «эмоционального (или психического) выгорания» (СЭВ) – состояние физического, эмоционального и умственного истощения, включающее развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к

работе, утрату сочувствия, сострадания и понимания по отношению к пациентам и их близким.

Профессиональное выгорание развивается на фоне хронического стресса, возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них.

Группы риска людей по возникновению профессионального выгорания

Во-первых, сотрудники, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми, знакомыми и незнакомыми: руководители, менеджеры по продажам, медицинские и социальные работники, консультанты, преподаватели, полицейские и т. п..

Во-вторых, люди, испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой. Чаще всего это женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьёй, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жёсткой конкуренции с мужчинами.

В-третьих, работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места. К этой группе относятся прежде всего люди старше 45 лет, для которых вероятность нахождения нового рабочего места в случае неудовлетворительных условий труда на старой работе резко снижается по причине возраста

В-четвёртых, на фоне постоянного стресса синдром выгорания проявляется в тех условиях, когда человек попадает в новую, непривычную обстановку, в которой он должен проявить высокую эффективность. Например, когда молодой специалист начинает выполнять работу, связанную с высокой ответственностью, и остро чувствует свою некомпетентность. В этом случае симптомы профессионального выгорания могут проявиться уже после шести месяцев работы.

В-пятых, жители крупных мегаполисов, которые живут в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

Выделяют 3 типа работников, которым угрожает синдром выгорания:

- педантичный: характеризуется добросовестностью, излишней аккуратностью, стремлением добиться образцового порядка;
- демонстративный: стремится первенствовать во всём, всегда быть на виду;
- эмоциональный: отличается впечатлительностью и чувствительностью.

Симптомы, составляющие синдром профессионального выгорания, условно можно разделить на три основные группы: *психофизические, социально-психологические и поведенческие*.

Психофизические симптомы:

- чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам;
- ощущение эмоционального и физического истощения;

- снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
- общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);
- частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта; резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница;
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

Социально-психологические симптомы:

- безразличие, скука, пассивность, депрессия, чувство подавленности, пессимизм, негатив;
- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- частые нервные срывы, вспышки немотивированного гнева, отказ от общения, уход в себя, вспыльчивость, недовольство;
- постоянное беспричинное переживание негативных эмоций – чувства вины, обиды, недовольства, подозрительности, стыда, скованности, страха, гнева, злости, ревности;
- обвинение окружающих в собственных бедах, зависть, жалобы, что кому-то везёт в жизни, жалость к себе, желание убежать от всех;
- потеря профессиональной мотивации;
- чувство неосознанного беспокойства, повышенной тревожности, гиперответственности («что-то не так, как надо»);
- постоянное чувство страха, неуверенности в себе, снижение самооценки («не получится», «не справлюсь»);
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы («Как ни старайся, всё равно ничего не получится»);
- преуменьшение профессиональных достижений, обесценивание своего профессионального опыта, чувство собственной некомпетентности, профессионального неуспеха, отсутствия перспектив.

Поведенческие симптомы:

- ощущение, что работа становится всё тяжелее, а выполнять её – всё труднее;
- сотрудник заметно меняет свой рабочий режим дня (рано приходит на работу и поздно уходит либо, наоборот, поздно приходит на работу и рано уходит);
- вне зависимости от необходимости работник постоянно берёт работу домой, но дома её не делает;

- руководитель отказывается от принятия решений, формулируя различные причины для объяснений себе и другим;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- уклонение от ответственности, неисполнение обязанностей, лень;
- невыполнение важных, приоритетных задач и застревание на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям, трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;
- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- тяга к сладкому, алкоголю или даже к наркотикам.

Врачи и другие работники медицинской сферы находятся в особой группе риска в отношении развития синдрома эмоционального выгорания. Среди медицинских работников наиболее подвержены СЭВ специалисты таких специальностей, как психиатры, врачи-онкологи, врачи хирургического профиля, врачи неотложной помощи – анестезиологи и реаниматологи, стоматологи.

Одно из первых мест по риску возникновения СЭВ занимает профессия медицинской сестры. Синдром профессионального выгорания у медсестёр, наступает быстрее, чем у врачей, в среднем на 5-9 лет.

Работники частных клиник и сотрудники научно-исследовательских институтов значительно меньше подвержены выгоранию по сравнению с работниками государственных медицинских учреждений.

Одним из ярких признаков СЭВ у медицинских работников становится проявление *цинизма* – холодного, бесчувственного, негуманного отношения к пациенту, усмотрение в нём не живого человека, а лишь «организма», объекта действий.

Профилактика эмоционального напряжения и профессионального выгорания

Чтобы предупредить профессиональное выгорание, для начала крайне важно выбирать сферу деятельности, которая будет нравиться. Не стоит заниматься делом, которое совершенно не вызывает симпатии и энтузиазма.

Стоит ставить перед собой определённые цели и продумывать пути для их достижения. Время от времени такие ориентиры не лишним будет пересматривать.

Не стоит пытаться найти в работе какое-то спасение. Нужно воспринимать её как деятельность, хорошую по определению, но не как панацею от каких-то прочих проблем.

Желательно понять, что невозможно всё время оставаться на высоте в своей карьере, превосходя коллег. Постарайтесь смириться, что ошибки являются неизбежными, и время от времени с ними сталкивается каждый человек.

Рекомендуется чаще общаться с коллегами из других коллективов для обмена опытом и для повышения самооценки.

Обязательно стоит дозировать рабочую нагрузку и не перерабатывать. Стоит научиться переключаться с одного вида деятельности на другой.

Следует уделять время не только трудовой деятельности, но и каким-то личным интересам, хобби и потребностям.

Нужно правильно и достаточно отдыхать, питаться, а также заниматься спортом.

Профилактика синдрома профессионального выгорания состоит и в том, чтобы перестать жить за прочих людей. Лучше концентрироваться на своей собственной жизни. Стоит относиться к себе с любовью и научиться испытывать к себе симпатию. Необходимо абстрагироваться от рабочих и личных проблем, научиться не принимать их близко к сердцу.

Профессиональное выгорание – это довольно серьёзная и распространённая проблема. Для устранения такого нарушения желательно взять отпуск, заняться спортом, йогой и медитацией. Также не лишним будет проконсультироваться с психологом, а иногда и с психотерапевтом.

Тема 4. Профессиональный имидж врача. Медицинский этикет

1. Понятие имиджа
2. Виды имиджа
3. Имидж врача и этикет
4. Основные правила коммуникации в медицинской деятельности
5. Основные этапы формирования профессионального имиджа врача

1. Понятие имиджа

Врач в представлении пациента, как правило, ассоциируется с такими характеристиками, как образованный, высоконравственный и интеллигентный человек. Так сложилось, что врач по определению должен соответствовать многим требованиям, иногда даже завышенным.

Есть два способа воздействия на людей: «способ убеждать» и «способ понравиться», при этом, наиболее эффективным будет последний. Эффект личного обаяния и влияние, которое врач оказывает на людей, являются важными инструментами его профессиональной деятельности. Пациент может доверять тому специалисту, в общении с которым он чувствует себя комфортно, предсказуемо, в чём профессиональном и человеческом авторитете он уверен. Пациентам недоступна информация, позволяющая объективно и в полной мере оценить уровень профессионализма врача, глубину его знаний и опыт. Однако мнение о враче как о человеке формируется в течение нескольких минут общения на основании внешних наблюдений и того впечатления, которое он производит на окружающих.

Необходимо учитывать, что в момент коммуникации окружающие воспринимают и расшифровывают не только осознаваемые и контролируемые человеком сигналы, но и неконтролируемые, которым доверяют больше. Именно внешний вид и манера поведения врача формируют готовность пациента действовать по отношению к нему определённым образом и обуславливают психологическую установку всех участников диалога (пациента, его родственников, коллег, руководителей, подчинённых) на стремление к контакту и эффективному взаимодействию либо же на противостояние во всех или наиболее важных аспектах медицинской коммуникации.

Специальность врача относится к разряду публичных профессий, которые, прежде всего, связаны с авторитетом среди населения, их профессиональная успешность определяется привлекательным имиджем.

Имидж (англ. image – образ, от лат. imago – имитировать) – не просто образ, а целенаправленно сформированный образ кого-либо или чего-либо, содержащий некоторые ценностные характеристики и призванный оказать эмоционально-психологическое воздействие на человека или группу людей, то есть это искусство управлять впечатлением.

В современном значении термин «имидж» впервые употребил З. Фрейд, издававший в 1930-х гг. журнал под таким названием. С 1940-х гг. термин «имидж» стал использоваться в рекламе и деятельности по связям с общественностью.

Имидж – фактор коммуникации, который является посредником во взаимодействии между его носителем и воспринимающим лицом. Имидж всегда креативен. Создатель имиджа пытается вызвать те реакции, в которых он заинтересован. Имидж является составной частью делового общения и одним из факторов делового успеха. Как правило, понятие имиджа касается конкретного человека, но может распространяться и на определённую организацию, профессию и т.д.

И поскольку благодаря имиджу возникает впечатление о человеке в глазах других людей, то можно назвать имидж визитной карточкой человека, которая предназначена для других, то есть имидж – это наше публичное «я». Имидж – это не то, кем человек является на самом деле, не сумма его настоящих личностных качеств, а образ, картинка, которая создаётся в восприятии этого человека у окружающих его людей. Как правило, имидж человека может разительно отличаться от самой личности.

2. Виды имиджа

Существуют различные критерии классификации имиджа:

- по степени эмоционального воздействия на аудиторию: позитивный и негативный;
- по субъекту воздействия: личный, товарный и групповой;
- по цели воздействия: публичный, политический, коммерческий, профессионально-деловой;

- по степени достижения цели: эффективный и неэффективный;
- по степени самоконтроля: спонтанный и управляемый;
- по назначению: самовозвышающий, самоутверждающий, целевой;
- по длительности существования: общий или ситуативный.

Профессиональный имидж – это образ отдельного человека как представителя профессии, впечатление о его деловых и профессиональных качествах, которое создаётся у реципиентов: коллег, руководителей, подчинённых, пациентов для достижения эффекта профессионального притяжения

Личностная составляющая определяется мнением о человеке с точки зрения наличия определённых моральных и нравственных качеств и достижения эффекта личностного притяжения.

Профессиональный имидж врача состоит из личностного аспекта и профессионального аспекта, имеющих размытые границы, но чёткие требования, несоблюдение которых приводит к недоразумению и пренебрежительному отношению к специалисту. Формирование профессионального имиджа – это умение создать такой положительный образ, который подчеркнёт лучшие качества специалиста, как личностные, так и деловые.

Профессиональный имидж врача – это образ, который полностью соответствует специфике профессии, это впечатление о специалисте, которое создаётся у его пациентов.

Имиджевые характеристики врача:

- высокий уровень профессиональной компетентности;
- умение контролировать свои эмоции;
- культура речи (устного и письменного общения);
- соответствующий внешний вид;
- манеры поведения;
- коммуникативные способности.

Имидж врача формируется за счёт внутреннего и внешнего компонентов.

Внутренний компонент представлен психологическим понятием «Я – концепция», формирование которой происходит в течение всей жизни и включает представления личности о себе, представления о том, какое впечатление она производит на окружающих, и реакцию человека на обратную связь с окружающими. Коррекция и управление внутренним компонентом требуют достаточно серьёзных подходов и более длительного периода времени.

Внешний компонент имиджа состоит из **габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного, средового, фонового** имиджа, что значительным образом влияет на профессиональную успешность.

Габитарный имидж

Габитарный имидж – это компоненты внешности (габитус – внешний вид), к ним относятся причёска, макияж, костюм, аксессуары и иные атрибуты (тату, пирсинг), которые многое могут сказать о человеке. Считается, что

позитивный габитарный имидж не должен ассоциировать человека с социальной группой, которая вызывает негатив, а напротив – с социальной группой, к которой социум относится позитивно.

Одежда должна сказать о личности пару слов, прежде чем она откроет рот. Также следует уделять внимание вопросам личной гигиены – чистые, подстриженные ногти; отсутствие перхоти на голове; свежий запах изо рта; гладко выбритое лицо (для мужчин) и подобающий макияж (для женщин) и т.д. Внешний вид в первую очередь сказывается на имидже.

Статус места (в профессии врача – лечебного учреждения) и социальная роль, выполняемая личностью, требуют соблюдения определённого *профессионального дресс-кода*. В подсознании большинства людей белый халат ассоциируется с представлением о респектабельности, доверии к профессионализму и квалификации врача.

В настоящее время стереотип о том, что медицинская одежда должна быть исключительно белого цвета, ушёл в прошлое. Сегодня существует множество фасонов, благодаря чему каждый работник сможет подобрать оптимальную модель по фигуре. Модели могут быть различных цветов. Выбор формы зависит от общей политики медицинского учреждения и установленных корпоративных цветов.

Требования к медицинскому халату, который остаётся самым популярным видом медицинской одежды, предусматривают его обязательную чистоту, опрятность в ношении, определённую, настраивающую на рабочую обстановку длину и степень прозрачности халата.

Медицинский костюм – наиболее удобный и популярный вид медицинской одежды, особенно для работников, проводящих различные манипуляции.

Хирургический костюм – предназначен для удобной работы врачей-хирургов, операционных медсестер и младшего персонала. На таких костюмах отсутствуют застёжки, пуговицы, молнии, кнопки и прочая фурнитура. Обычно они зелёного или голубого цвета.

Медицинская одежда по ГОСТу может быть стерильной и нестерильной. Первый вариант одежды используется в хирургических, акушерских, анестезиологических отделениях, а также в операционных в любом отделении.

По времени использования одежда может быть одноразовой или многоразовой. К одноразовой одежде относятся маски, перчатки, бахилы и накидки. Они используются врачом во время проведения операции. Также одноразовые халаты или накидки выдают посетителям. Многоразовая форма предназначена для многочисленных стирок, обработки стерилизационными и дезинфицирующими средствами. Стирать такую одежду дома запрещено.

Дополнительные элементы медицинской одежды

Кроме основной медицинской одежды каждый медицинский работник должен иметь шапочку специальную обувь, лицевую маску, перчатки и бахилы.

Допустимо непостоянное использование шапочек, а лишь при необходимости. Исключение – для операционной, где весь персонал обязан находиться в головных уборах.

Обувь должна быть удобной и с закрытыми пальцами ног.

Перчатки – обязательный атрибут любого медицинского работника. Они выполняют защитную функцию как для самого работника, так и для его пациента, обеспечивая стерильное проведение процедур или манипуляций.

Надевать бахилы обязаны медицинские работники, работающие в хирургических, акушерских и реанимационных отделениях, где уровень стерильности повышен.

Непосредственный контакт с вирусными пациентами, сезонные эпидемии и другие факторы обязывают медицинских работников надевать лицевые маски. Особенно актуальны лицевые маски для хирургов и операционных сестёр.

Основные требования к медицинской одежде

Больница, клиника или поликлиника – это общественные заведения, в которых наиболее часто встречаются люди с различными заболеваниями, поэтому требования к одежде медицинского персонала здесь особые. Ношение формы призвано создавать защитный барьер между пациентами и медиками, поэтому медицинская одежда должна отвечать следующим требованиям:

- эстетичность – форма одежды мед. работников должна быть опрятной и приятной на вид – эстетичной, выделять медработников среди других людей, что обеспечивает оперативность работы и исключает возможность возникновения конфликтных ситуаций (люди всегда будут знать, что помощь оказывает профессионал);

- комфорт – одежда не должна мешать врачу в процессе работы или стеснять его движения;

- безопасность – ткань не должна иметь неприятный запах, вызывать аллергические реакции или раздражение на коже;

- прочность и износостойкость – ГОСТ медицинской одежды регламентирует, что ткань, из которой пошита медицинская одежда, должна быть прочной, износостойкой, пропускать воздух, позволять телу дышать, быть гипоаллергенной. Форма должна изготавливаться из специальных материалов, которые устойчивы к различным химическим реагентам для стирки и отбеливания, автоклаву и другим средствам стерилизации, дезинфекции и обработки.

Требования к медицинской одежде подразумевают наличие у каждого медработника не менее трёх комплектов формы. В различных отделениях смена формы одежды врачей производится от нескольких раз в день до нескольких раз в неделю. К примеру, в хирургическом и акушерском отделениях смена производится ежедневно по мере загрязнения, а в терапевтическом допускается замена спецодежды два раза в неделю.

Требования к медицинской одежде, как и другие требования к медицинской деятельности, отражены в СанПиНе – «Санитарно-

эпидемиологических требованиях к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

СанПиН – это нормативные акты, устанавливающие критерии безопасности и безвредности для человека факторов окружающей его среды и требования к обеспечению благоприятных условий его жизнедеятельности. Согласно Закону РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (1991), санитарные правила обязательны для соблюдения всеми учреждениями, предприятиями и общественными организациями, независимо от их ведомственного подчинения и форм собственности, а также всеми гражданами. Санитарным нарушением считается посягающее на права граждан и интересы общества умышленное или неосторожное действие (или бездействие), связанное с несоблюдением санитарных правил. За санитарное нарушение должностные лица и граждане РФ могут быть привлечены к административной и уголовной ответственности.

Последняя редакция – СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (с изменениями на 10 июня 2016 года).

Все правила и требования разработаны с учётом Кодекса законов о труде РФ (1994), международных конвенций и других документов.

Таким образом, габитарный имидж определяется здоровым, ухоженным внешним видом и доброжелательностью. Врач должен быть таковым или как минимум производить такое впечатление. Ухоженность не стоит дорого, требует небольших усилий и при этом показывает, что человек уважает и себя, и тех, с кем работает, и тех, кому призван оказывать помощь.

Кинетический имидж

Кинетический имидж врача определяется качеством невербальной коммуникации. Невербальные проявления – это выразительные движения (мимика), положение в пространстве (походка, осанка), жесты (поклон, поворот к собеседнику или от него и др.), использование системы специальных знаков (дарение цветов, поднесение чашки кофе, чая, стакана воды или сока и т.п.).

Невербальный компонент общения несет более 90 % информации. Человек в большей степени воспринимает интонацию, мимику, жесты, чем сами слова. Во время общения, кроме произнесения фраз, человек делает массу заметных или едва заметных жестов, выражающих его точку зрения.

Совокупность внешних признаков – от выражения лица и направления взгляда до принятой позы – воспринимается на подсознательном уровне и помогает догадаться о чувствах и намерениях собеседника. Подделка невербальный язык достаточно трудно, так как в большинстве случаев это не осознанная тактика поведения, а подсознательные импульсы.

В период профессионального развития человек овладевает определённой системой вербальной и невербальной коммуникации, необходимой при исполнении профессиональных обязанностей. Жесты, мимика и движения являются частью профессионального имиджа, и с точки зрения эффективности

медицинской коммуникации они должны быть сдержанными, открытыми, доброжелательными и вызывать доверие.

Для достижения определённой цели в ходе общения следует быть внимательным к пациенту и уметь самому использовать во время беседы жесты, движения, которые помогут расположить к себе, вызвать пациента на откровенный разговор, оставить благоприятное впечатление.

Неправильно подобранный темп речи, качество голоса, интонация могут исказить весь смысл высказывания. Древняя заповедь «помни, что говорить, кому говорить и как тебя поймут» чётко демонстрирует необходимость соблюдения всех норм и правил вербальной и невербальной коммуникации.

Кинетический имидж человека – походка и осанка, движения и жесты. Люди, идущие с напыщенным видом, шагающие вприпрыжку или сутулясь, люди с шаркающей походкой производят отрицательное впечатление. Также можно произвести неблагоприятное впечатление, если сидеть в кресле, скукожившись или закинув ногу через подлокотник либо ещё в какой-нибудь неподобающей позе. Следует избегать чрезмерностей и излишеств. Важно ходить и сидеть прямо, без напряжения. Если походка и осанка далеки от идеала, следует заняться спортом, это поможет.

Очень важны для имиджа мимика, выражение лица, улыбка. Ничто не отражает так чувства души человека, как его мимика (в чертах лица) и взгляд. Поэтому необходимо знать, в какой степени вы владеет мимикой, насколько она выражает то, что вы хотите продемонстрировать.

Ментальный имидж

Ментальный имидж врача в основном определяется морально-этическими установками и ценностями, мировоззрением, широтой интересов, отношением к делу.

Ментальный имидж – это внутренний мир человека, проявляющийся при взаимодействии с другими людьми. Это жизненные ценности, убеждения, принципы человека, его отношение к религии, политическая позиция, взгляды, мировоззрение. Именно по ментальному имиджу людей делят на оптимистов и пессимистов, смотрящих в будущее и живущих прошлым, с активной гражданской жизненной позицией или наоборот – с позицией отстранённости.

Человек ведёт себя определённым образом не потому, что он законопослушен и опасается наказания, а потому что он не может поступить иначе в силу своих внутренних убеждений и накопленных моральных ценностей. От нравственного впечатления, производимого врачом, зависит отношение к нему как к личности, возможность и эффективность сотрудничества для достижения результатов. Внешние и внутренние составляющие имиджа взаимосвязаны и зависимы, что необходимо учитывать, создавая профессиональный и личный образ и стиль.

Средовой имидж

Организация пространства коммуникативного процесса является одной из составляющих средового имиджа и определяет степень комфортности в адаптации пациента и его близких при контакте с врачом. Это особенно

актуально в ситуации общения с пациентами детского возраста и пожилыми людьми.

Средовой имидж – профессиональная и личностная атрибутика, рабочее место, окружающие предметы – должен демонстрировать качества, которых социум ожидает от представителей данной профессии, нести смысловую нагрузку и отвечать санитарно-гигиеническим и эстетическим требованиям. Поэтому интерьер кабинета врача должен быть продуман: расстановка мебели, освещение, оформление стен и окон, комнатные растения, посторонние запахи и т.п.

Фоновый имидж

Фоновый имидж – это информация, исходящая не от самого человека, а из внешних источников: из СМИ, Интернета, социальных сетей, от других людей, то есть то, что говорят и пишут о данном человеке другие люди.

Коммуникативный имидж

В рамках своей профессиональной деятельности эффективность действий врача во многом определяется коммуникативным имиджем – умением общаться.

Прежде всего, это необходимо для гармонизации интересов пациентов, его родственников, лечебного учреждения и лично врача. Специалист, который призван оказывать помощь другим людям в рамках своей профессиональной деятельности, должен уметь адаптировать своё поведение с целью установления наиболее оптимальных отношений с участниками коммуникации.

Чтобы продемонстрировать уважение, необходимо общаться с пациентом, как с личностью, а не только как с носителем определённой патологии. Тактичность, гибкость и эмпатия необходимы врачу всякий раз, когда следует совершать над собой усилие, выслушивая личную историю пациента, претензии родственников, замечания коллег и руководства.

3. Имидж врача и этикет

Этикет (фр. *etiquette* – ярлык, этикетка) – совокупность правил поведения, касающихся внешнего проявления по отношению к людям.

Деловой этикет – это система принципов и правил профессионального, служебного общения и поведения людей в деловой сфере.

Медицинский этикет – система принципов и правил медицинских работников в профессиональном, служебном общении и поведении.

Медицинский этикет является предметом специальной науки – медицинской деонтологии, которая, в свою очередь, выступает частью этики. Медицинская деонтология – это наука, прежде всего, о долге человека перед другим человеком и обществом в целом. Именно поэтому деонтология изучает должное поведение медицинских работников, способствующее созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Медицинская деонтология изучает вопросы соблюдения врачебной тайны; меры ответственности за жизнь и здоровье больного; проблемы

взаимоотношений: врач – общество, врача – пациент и родственники больного, врача – коллеги.

Говоря о нормах и правилах взаимоотношений врача и пациента, за основу возьмём модели поведения врача, представленные Робертом Витчем – американским специалистом по биоэтике.

Модели поведения врача с пациентами:

- технологическая (инженерная);
- патерналистская (пастырская);
- контрактная;
- коллегияльная.

Первая модель – *технологическая*, или *инженерная*. В концепции этой модели врач относится к пациенту как к некому сложному механизму, а своей задачей считает возвращение механизму работоспособного состояния. Пациент не принимает участия в обсуждении процесса лечения. Врач исходит исключительно из своих профессиональных знаний, представлений о необходимости лечебных мероприятий. Такая модель используется во многих современных медицинских учреждениях, прежде всего оказывающих высокотехнологичную помощь.

В целом ряде ситуаций современной медицины пациент объективно не может в полной мере выступить в качестве личности. Значительное число специалистов занято выполнением сугубо специализированных процедур и исследований, строго привязанных к частям тела человека. Практически здесь исключается личное общение с пациентом. Примером является работа рентгенолога с изображением частей тела на экране, а затем со снимком этого изображения (описание его и анализ).

Вторая модель отношений врача и пациента – *патерналистская*. Межличностные отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они были отражены в клятве Гиппократова. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остаётся наиболее предпочтительной и самой распространённой. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчинённый».

Третья модель отношений врача и пациента – *контрактная*. Взаимодействия врача и пациента регламентируются нормативными документами – договорами. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель наиболее часто улучшает качество медицинского обслуживания. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место, применяется в условиях платной медицины.

Четвёртая модель – *коллегиальная*. Наиболее часто между врачом и пациентом устанавливается равноправие и сотрудничество. Врач сообщает пациенту правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. На взаимоотношения в рамках этой модели негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях.

В общении медперсонала и пациента в процессе установления с ним отношений И. Харди выделяет три этапа, характерных для стационарного лечения:

- ориентация: больной и врач знакомятся друг с другом;
- развёрнутый этап: может иметь место сотрудничество друг с другом;
- завершающий этап: этап выписки, связан с утратой чувства защищённости у больного.

4. Основные правила коммуникации в медицинской деятельности

Позитивный профессиональный имидж медицинского работника формируется, как мы определили ранее, не только глубиной профессиональных знаний, внешним видом, манерами, но и умениями и навыками общаться. Сила воздействия зависит от голоса, стиля и оборотов речи, от словарного запаса (одну и ту же мысль до пациента можно донести разными словами), от выбора интонации и правильного слова.

Общение – это сложный многоплановый процесс связей между людьми, поддержания и развития контактов, порождаемый потребностями совместной деятельности. Он включает в себя обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия.

Как и любая работа с людьми, профессиональная деятельность медработников на любом уровне неразрывно связана с процессом и проблемами общения. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника. Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту. Как у пациента, так и медработника существуют собственные мотивы взаимодействия, медперсоналу при этом принадлежит роль в обеспечении конфликтного взаимодействия.

Медперсонал на протяжении длительного времени находится в непосредственном контакте с пациентом, поэтому может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на пациента. Задача медперсонала – максимально избегать ненужных негативных психологических воздействий, способствовать созданию психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления.

Профессиональное общение в медицине представляет собой вербальное и невербальное взаимодействие медицинского работника с пациентами,

родственниками, коллегами и другими специалистами в ходе осуществления профессиональной деятельности.

Предпосылки взаимодействия пациента и медработника формируются в зависимости от ряда факторов, обуславливающих ожидания больного: предварительной информации о медработнике, его имидже (в первую очередь это, конечно же, фоновый имидж), репутации медицинского учреждения.

Общепринятыми основания общения являются три взаимосвязанные его стороны:

- коммуникативная сторона (*коммуникация*) – процесс обмена информацией;
- интерактивная сторона (*интеракция*) – процесс взаимодействия людей в общении;
- перцептивная сторона (*перцепция*) – процесс восприятия и понимания людьми друг друга в процессе общения.

Благодаря глубоким знаниям, умениям и навыкам профессионального общения медицинский работник достигает высокого уровня коммуникативной компетентности – одного из важнейших качеств профессиональной культуры и профессионализма в целом.

Коммуникативная компетентность – способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижение взаимопонимания между партнёрами по общению, осознание ситуации и предмета общения. Она рассматривается также как система внутренних ресурсов, направленная на построение эффективной коммуникации в ситуации межличностного взаимодействия.

Некомпетентность в общении способна нарушить диагностический и лечебный процесс.

Характеристики, формирующие коммуникативную компетентность

В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. Эта черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, обозначается термином **«аффилиация»** – т.е. потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне – в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, а также в особенностях невербального поведения.

В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними. Также это защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к

больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

Кроме того, одним из важных аспектов коммуникативной компетентности является **коммуникативная толерантность** – терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления.

Эмпатия (от англ. *empathy* – *чувствование*) – это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Эмпатия не предполагает обязательного активного вмешательства с целью оказания действенной помощи другому. Она подразумевает лишь вхождение в личный мир другого, деликатное пребывание в нём без оценивания. В медицине эмпатией называют то, что в психологии называется «эмпатическим слушанием» – понимание эмоционального состояния другого человека и демонстрацию этого понимания. Цель – дать понять пациенту, что его слушают, и поощрить к более полному выражению чувств и к более полному рассказу о проблеме. Эмпатию следует отличать от эмоциональной идентификации (уподобления, идентификации себя с другим, с его эмоциональным состоянием) и от сочувствия (переживания по поводу чувств другого). Если возникает состояние идентификации с эмоциональным состоянием пациента, то медработник теряет способность профессионально работать и ему требуется психологическая помощь.

Следующая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, – это **эмоциональная стабильность**, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом.

В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, агрессивности. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надёжности, способствуют установлению доверительных отношений.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и **сенситивность к отвержению**. Способность воспринимать негативное отношение

окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определённых этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать своё поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны пациента заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы.

Процесс общения с больным начинается с выбора дистанции взаимодействия, она должна быть такой, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно. При изменении дистанции, особенно при её сокращении, желательно объяснить свои действия, чтобы избежать нарастания психологического напряжения и агрессии. Пациент, находясь в состоянии стресса, обусловленного болезнью, нуждается в фиксировании территории, принадлежащей только ему. Позитивное взаимодействие зависит не только от территории, но и от социального статуса пациентов, их возрастной однородности.

Общие правила общения с пациентом:

- проявление искреннего интереса к пациенту;
- понимание достоинств пациента и максимальное одобрение – похвала, подчёркивание значимости;
- понимание смысла поступков вместо огульной критики;
- доброжелательность, приветливость;
- обращение к пациентам по имени и отчеству, первоочередное представление себя, использование бейджика;
- умение вести разговор в круге интересов собеседника / пациента;
- умение внимательно слушать и дать возможность пациенту выговориться;
- умение уважать мнение собеседника, без настойчивого навязывания своего мнения;
- умение указать пациенту на его ошибки, не нанося обиды;
- умение правильно формулировать вопросы и помочь пациенту вербализовать (выразить словами, озвучить, описать) своё состояние;
- общаться с пациентом так, как бы медработник хотел, чтобы обращались с ним в случае заболевания;
- использовать оптимальные невербальные методы общения – спокойный тембр голоса, плавные жесты, правильная дистанция, знаки одобрения и т.п.

Медработник должен знать, какой диагноз поставлен пациенту, почему врачом назначены те или иные лекарства, процедуры, лабораторные исследования. В беседе с пациентом надо проявлять

осторожность, беседа должна носить успокаивающий характер. Ни в коем случае нельзя говорить ему то, что может его огорчить и напугать. Недопустимо в процессе общения с ним говорить, что он сегодня плохо выглядит, что у него «ввалились» глаза, плохие анализы и т.п.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают те или иные особенности психической деятельности. Так, при атеросклерозе сосудов головного мозга возможны значительное снижение памяти, рассеянность, слабодушие, слезливость, обидчивость, эгоцентризм. Пациенты с патологией сердца часто испытывают чувство страха за свою жизнь, бывают насторожены, повышено эмоциональны. При болезнях печени, жёлчного пузыря нередко отмечаются раздражительность, язвительность, озлобленность.

Средства общения и использование их в психотерапевтических целях

Содержательная сторона общения реализуется через способы и средства. Главным средством общения в человеческом обществе является язык, однако параллельно с ним широко используются и неречевые средства общения. Для практической деятельности медработника характерна своя специфика вербального общения.

Эффективным считается простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение, переданное в удачно выбранное время с учётом индивидуальных особенностей пациента. Под простой понимают краткость, законченность фраз, понятность слов.

Критерии «ясности» предполагают, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопрос, касающийся его дальнейших действий, – что, как, сколько, где, когда, почему.

Критерий «заслуживающий доверия» очень важен для эффективного общения; на доверие к медработнику влияют отношение к нему других медработников, знание медработником обсуждаемого вопроса, соблюдение конфиденциальности.

Критерии «уместности сообщения» и «удачный выбор времени» можно объединить в один – уместность, что предполагает обращения внимания на пациента во время ожидания им врачебного обхода, выполнения манипуляций, процедур и т.п. Учёт индивидуальных особенностей пациента во время пребывания в лечебно-профилактическом учреждении крайне важен как критерий вербальной адекватности передачи информации. Именно он является мерой простоты, ясности, уместности, доверительности для конкретного пациента. К вербальным навыкам общения следует отнести также умение слушать, что предполагает наличие дисциплины, требует усилий.

Медработник в основном контактирует с ослабленными людьми, которым порой трудно общаться с помощью слов (вербально). Поэтому они должны владеть навыками кодирования и декодирования невербальных сигналов, имеющих свою специфику при организации общения с пациентом.

Кроме того, важно владеть профессиональным языком тела. Возможность языка тела обусловлена тем, что пациенты не только испытывают боль или недомогание, но также могут тревожиться по поводу своих шансов на выздоровление, беспокоиться об оставленном доме и домочадцах и т.д. пациенты нуждаются в психологической поддержке и заботливом отношении к себе.

Применение невербальных средств общения в психотерапевтических целях со стороны медработника предполагает: готовность к зрительному контакту, улыбке и другим положительным формам мимики; кивки при выслушивании сетований пациента; открытые жесты; наклон корпуса в сторону пациента, малую дистанцию и прямую ориентацию; активное использование прикосновений, выражающих поддержку (держат за руку, обнимать за плечи, легонько прижимать к себе и т.п.); аккуратный внешний вид; тщательную синхронизацию процесса общения с пациентом и использование ободряющих междометий.

Коммуникативные барьеры

Тревожность, депрессивность, интровертированность – эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли «*коммуникативного барьера*», который препятствует эффективному общению.

1. **Тревожность врача.** Влияет на прогностические возможности врача, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога – это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределённости и ожидания, обусловленных труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) – обычная реакция на неопределённость, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизирующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу.

2. **Депрессивность врача.** Способна разрушить коммуникацию врача с пациентом. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадёжности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием

собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия пациента.

3. **Интровертированность врача.** Ещё одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач – пациент». Интровертированная личность, погружённая в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми. Она обнаруживает беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу.

Таким образом, **коммуникативная компетентность врача** требует не только наличия определённых знаний, но и сформированности специальных навыков: умения устанавливать контакт, умения слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Это также умение врачом владеть собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Это и правильное понимание пациента, и соответствующее реагирование на его поведение.

5. Основные этапы формирования профессионального имиджа врача

Имидж специалиста является одним из главных атрибутов его профессиональной деятельности. Задача создания профессионального имиджа врача должна быть осознанным выбором и быть ориентирована на общие каноны, сформировавшиеся в результате исторической медицинской практики.

Обобщение данных научных публикаций по вопросам этики, деонтологии и имиджа в медицине, личный опыт врача, руководителя и преподавателя позволяют выделить основные этапы формирования профессионального имиджа врача.

Первым этапом должно стать определение и анализ стартовых условий формирования имиджа специалиста, прежде всего личностных. Для представителя медицинской элиты хорошие манеры, тактичность, доброжелательность, корректность в отношениях с коллегами, владение навыками делового и светского этикета, эффективной коммуникации являются необходимыми.

Второй этап – это отражение внутреннего мира личности во внешнем образе с учётом профессиональных требований путём совершенствования всех составляющих габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного и средового имиджа будущего врача.

Третий этап – приведение сформированного общего образа человека в соответствие с социальной и профессиональной средой путём отработки стереотипа поведения в условиях профессиональной деятельности для гармонизации интересов системы оказания медицинской помощи, сотрудников и пациентов. Формирование имиджа – процедура, направленная на создание образа и достижение психологического притяжения аудитории к данному образу.

Тема 5. Культура конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача

1. Конфликты в профессиональной деятельности врача: понятие конфликта, предпосылки возникновения, виды.
2. Основные стадии развития конфликта и его последствия.
3. Уровни и виды конфликтов в медицине.
4. Причины возникновения конфликтов в медицине.
5. Управление культурой конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача.

1. Конфликты в профессиональной деятельности врача: понятие конфликта, предпосылки возникновения, виды

Понятие конфликта

Наличие конфликтов в различных сферах жизни вызывает потребность в их анализе, выявлении причин конфликтных ситуаций, выработке мер по их предупреждению и разрешению. Причинами столкновения могут быть самые разные проблемы жизни: материальные ресурсы, важнейшие жизненные установки (духовность, ценности), властные полномочия.

В основе конфликта лежат субъективно-объективные противоречия, но эти два явления (противоречия и конфликт) не следует отождествлять. Противоречия могут существовать длительные периоды и не перерасти в конфликт. Поэтому, необходимо иметь в виду, что в основе конфликта лежат лишь те противоречия, причиной которых являются несовместимые интересы, потребности и ценности. Такие противоречия, как правило, трансформируются в открытую борьбу сторон, в реальное противостояние.

Конфликт (от лат. *conflictus* – столкновение) – одновременное столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия, фиксируемых ими в жесткой форме.

Конфликтогены (дословный перевод «рождающие конфликты») – это слова, какие-то действия или бездействие, которые могут привести к возникновению конфликтной ситуации и перерастанию ее в конфликт.

Конфликтогены можно отнести к пяти типам:

- стремление к превосходству;
- проявления агрессивности;

- проявления эгоизма;
- нарушение правил;
- неблагоприятное стечение обстоятельств.

Коренные социально-экономические и политические изменения общественной жизни в современном мире расширили поле социальной напряженности и конфликтности.

За последние годы существенно возросло количество конфликтных ситуаций, возникающих между пациентами и медицинскими организациями в связи с оказанием медицинской помощи (медицинских услуг).

В здравоохранении все чаще конфликты уже не ограничиваются стенами медицинских учреждений, а рассмотрение жалоб и претензий пациентов зачастую заканчивается в судах. По статистике, каждый седьмой врач хотя бы раз за свою профессиональную жизнь становится объектом судебного иска.

Предпосылки возникновения конфликтов

В мире в целом отмечаются множественные кризисные признаки в развитии медицины и здравоохранения, ведущие к конфликтным ситуациям.

К ним можно отнести:

- изменение социально-экономических условий;
- рост правового сознания населения;
- увеличение доли дорогостоящих медицинских услуг;
- расширение медиализации;
- присвоение медициной функций социального контроля;
- транснациональное расширение фармацевтического рынка;
- смену моделей взаимоотношения врача и пациента как результат коммерциализации медицины;
- изменение сочетания (комбинации) медицинских практик под влиянием новых биотехнологий и др.

Проявлением конфликтогенности отечественной медицины и здравоохранения является также падение престижа профессии врача в обществе. Однако это явление нельзя объяснить некими цивилизационными изменениями, поскольку в других развитых странах ничего подобного не наблюдается.

К сугубо цивилизационным изменениям, безусловно, следует отнести расширение сфер жизни под медицинским контролем (медиализация) – от медицины «life style» до эвтаназии.

Таким образом, конфликтогенный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях общественной жизни.

В то же время, конфликты в корпоративной среде медицинских профессионалов – это реальный факт, который невозможно отрицать и который существует не только в границах социoproфессиональной группы медицинских работников, но и проецируется за её пределы – на отношения с субъектами, находящимися в поле данной деятельности, в частности, с потребителями медицинских услуг.

Считается, что сложные межличностные, конфликтные ситуации, в том числе между медработниками и пациентами, в первую очередь обусловлены затруднениями в общении. Человеческое общение способно стать источником проблем, неудач, волнений, разделяющих людей.

То, какими будут взаимоотношения людей, зависит от их психологической грамотности. Вероятность повышения конфликтов повышается при несовместимости характеров и психологических типов; наличии темперамента холерика; отсутствии трёх качеств – способности критически относиться к себе, терпимости к другим, доверии к другим.

Нередко причиной конфликта является неправильное поведение участников общения. Так, в конфликтной ситуации нельзя: критически оценивать партнёра; приписывать ему плохие намерения; демонстрировать свои превосходства; обвинять и приписывать ответственность за конфликт только партнёру; игнорировать его интересы; видеть всё только со своей позиции; преувеличивать свои заслуги; раздражать, кричать, нападать; задевать «болевые» точки партнёра; обрушивать на партнёра множество претензий.

Неумение находить выход из конфликтных ситуаций психологи называют барьером межличностного общения. Барьеры общения – это те многочисленные факторы, которые служат причиной конфликтов или способствуют им.

Барьерами межличностного общения могут быть: барьеры техники навыков общения, расхождение интересов, целей, потребностей, способов деятельности, смысловые и языковые барьеры, предубеждения, предрассудки, социальные штампы, приписывание чуждых намерений собеседнику и т.д.

Виды конфликтов

Независимо от типа конфликта и причин его возникновения *все конфликты* делятся на *реалистические и нереалистические*.

Цель реалистического конфликта – достичь конкретных результатов, каких-либо материальных или нематериальных преимуществ. Если желаемый результат может быть достигнут другими средствами, они должны (или могут) быть применены. В этом случае конфликт является лишь одной из нескольких возможностей для достижения цели. Такой конфликт может развиваться в конструктивной и деструктивной формах.

Реалистические (предметные) конфликты вызваны неудовлетворением требований или ожиданий участников общения, несправедливым распределением обязанностей, преимуществ; часто связаны с несовпадением ожиданий пациента с реальностью.

Цель нереалистического конфликта – снять напряжение, разрядиться, «выпустить пар». Нереалистический конфликт возникает исключительно из-за агрессивных импульсов, которые ищут для себя выражения. При этом сам предмет, на который он направлен, не представляет никакого значения, он выбирается совершенно спонтанно. Как только разрядка агрессии произошла, этот конфликт обычно быстро заканчивается.

Нереалистические (беспредметные) конфликты открыто выражают накопившиеся беспредметные эмоции, обиды, враждебность, это конфликт ради конфликта. Например, предвзятое отношение к медицинской службе вообще или к конкретному медработнику.

Либо в случае с хулиганом, которому безразлично, на кого нападать. Здесь конфликт возникает не для достижения какого-либо реального позитивного результата, а скорее как вспышка агрессивной энергии. Этот вид конфликта имеет лишь деструктивную форму.

Конструктивная форма конфликта отличается тем, что сохраняется направленность на предмет спора, оппоненты ясно осознают цели и средства совместной деятельности. Разногласия при этом не принимают необратимого характера.

Деструктивная форма конфликта возникает тогда, когда взаимная неудовлетворенность партнеров друг другом и способом решения проблемы достигает «критического порога» и становится неуправляемой.

Социальный конфликт – это открытое противоборство, столкновение двух и более субъектов и участников социального взаимодействия, причинами которого являются несовместимые интересы, потребности и ценности.

Выделяют следующие виды социальных конфликтов в зависимости от мотивации конфликта:

- возникающие в связи с распределением властных полномочий и позиций;
- по поводу материальных ресурсов;
- по поводу ценностей важнейших жизненных установок;

от форм, методов и интенсивности проявления:

насильственные и ненасильственные; открытые и закрытые;

от времени: затяжные и быстротечные;

от масштабов: локальные и широкомасштабные.

с учётом мотивации конфликта и субъективных восприятий ситуации:

- ложный конфликт – субъект воспринимает ситуацию как конфликтную, хотя реальных причин нет;
- потенциальный конфликт – существуют реальные основания для возникновения конфликта, но пока одна из сторон или обе (в силу различных причин, к примеру, из-за недостатка информации) еще не осознали ситуацию как конфликтную.
- истинный конфликт – реальное столкновение между сторонами.

Выделяют следующие подвиды истинного конфликта:

- конструктивный – возникший на основе реально существующих между субъектами противоречий;
- случайный – возникший по недоразумению или случайному стечению обстоятельств;
- смещенный – возникший на ложном основании, когда истинная причина скрыта (например: студент, недовольный низкой оценкой своих знаний, ищет

любой повод, чтобы вступить в конфронтацию с экзаменующим преподавателем).

· неверно приписанный – это конфликт, в котором истинный виновник, субъект конфликта находится «за кулисами» противоборства, а в конфликте задействованы участники, не имеющие к нему отношения.

Даниэль Дена выделил три уровня конфликтов: стычки, столкновения и кризисы.

Стычки. Под стычками подразумеваются незначительные конфликты, которые разрешаются или исчезают сами по себе и не влияют на способность отношений удовлетворять потребности участников. Например, пациент после сделанного замечания вновь опоздал на процедуру.

Столкновение. Признаком конфликта такого уровня является продолжительное повторение одних и тех же аргументов по одному и тому же поводу; расширение круга причин, вызывающих ссоры; уменьшение желания сотрудничества с другим, уменьшение веры в доброе отношение другого человека; раздражение в течение нескольких часов, дней; появление сомнений в правильности своего представления об этих отношениях. Пример – ситуация, в которой приходится неоднократно исправлять ошибки коллеги, а на замечания он не реагирует и воспринимает их как результат придирчивости.

Кризис. Это такой уровень конфликта, который угрожает дальнейшему продолжению отношений. Признаком считается решение окончательно прервать отношения; опасения, что другой разорвёт отношения в одностороннем порядке; чувство, что отношения носят нездоровый характер, опасения эмоционального срыва, если они будут продолжаться; опасение физического насилия.

2. Основные стадии развития конфликта и его последствия

Стадии развития конфликта

1) **Предконфликтная стадия** – рост напряженности в отношениях между потенциальными субъектами конфликта, вызванные определенными противоречиями.

Характерна социальная напряжённость – психологическое состояние людей до начала конфликта, проявлением выступают групповые эмоции.

Фазы предконфликтной стадии (характеризующие особенности взаимоотношения сторон):

- возникновение противоречий, рост недоверия и социальной напряженности, предъявление претензий, уменьшение контактов и накопление обид;

- стремление доказать правомерность своих притязаний и обвинение противника в нежелании «решать споры справедливыми методами»;

- разрушение структур взаимодействия; переход от взаимных обвинений к угрозам; формирование образа врага.

Инцидент – формальный повод, случай для непосредственного столкновения сторон.

2) Стадия развития конфликта. Начало открытого противоборства сторон, являющегося результатом конфликтного поведения, под которым понимаются действия, направленные на противоположную сторону с целью захвата, удержания спорного объекта или принуждения оппонента к отказу от своих целей (или к их изменению).

Выделяют следующие *виды конфликтного поведения*:

- активно-конфликтное поведение (вызов);
- пассивно-конфликтное поведение (ответ на вызов);
- конфликтно-компромиссное поведение;
- компромиссное поведение.

Фазы развития стадии конфликта:

- открытое противоборство – переход конфликта из латентного состояния в открытое противоборство сторон. В борьбе используются ограниченные ресурсы, локально. Это своего рода первая проба сил;

- эскалация противоборства – для достижения своих целей и блокирования действий противника вводятся новые ресурсы сторон. Возможности найти компромисс упущены. Конфликт становится неуправляемым и непредсказуемым;

- апогей конфликта – конфликт приобретает форму тотальной войны с применением всех возможных сил и средств. Главной целью противоборства становится нанесение максимального урона противнику.

3) Стадия разрешения конфликта. Разрешение конфликта зависит от целей и установок сторон, средств и методов ведения войны, символов победы и поражения, механизмов нахождения консенсуса и др.

На стадии разрешения конфликта возможны *варианты развития событий*:

- очевидный перевес одной из сторон позволяет ей навязать более слабому оппоненту свои условия прекращения конфликта;

- борьба идет до полного поражения одной из сторон;

- борьба принимает вялотекущий, затяжной характер (из-за недостатка ресурсов);

- стороны идут на взаимные уступки в конфликте (исчерпав ресурсы и не выявив явного победителя);

- конфликт останавливается под влиянием третьей силы.

4) Послеконфликтная стадия. Знаменует новую объективную реальность: новую расстановку сил, новые отношения оппонентов друг к другу и к окружающей социальной среде, новое видение существующих проблем, новую оценку своих сил и возможностей.

При этом при любом варианте разрешения конфликта социальная напряженность в отношениях между бывшими противниками будет сохраняться определенный период времени. Иногда нужны десятилетия, пока

не вырастут новые поколения, не испытавших на себе ужасов минувшего конфликта.

Последствия конфликтов

Функциональные последствия:

1) выявление проблемы, которая может быть решена приемлемым для всех сторон образом, и в результате люди будут больше чувствовать свою причастность к решению этой проблемы;

2) стороны будут больше расположены к сотрудничеству, а не к антагонизму в будущих ситуациях, возможно, чреватых конфликтом; сплочение коллектива организации при противостоянии с внешним врагом;

3) получение новой информации об оппоненте, диагностика возможностей оппонента;

4) разрядка напряжённости между конфликтующими сторонами;

5) стимулирование к изменениям и развитию;

Дисфункциональные последствия:

1) снижение производительности, отрицательное эмоциональное состояние, рост текучести кадров (люди уходят из организации), усиление чувства неудовлетворённости собой; снижение дисциплины, ухудшение социально-психологического климата в коллективе;

2) сокращение сферы и степени сотрудничества между частью коллектива; сложное восстановление деловых отношений («шлейф конфликта»).

3) увеличение конкуренции между группами, возрастание влияния групповых норм;

4) формирование отрицательного представления о конкуренте;

5) сокращение продуктивного сотрудничества;

6) повышение агрессивности между группами; представление о побеждённых группах как о врагах;

7) сосредоточение внимания на борьбе между группами, перенос внимания с общей задачи корпорации на конфликт; чрезмерное увлечение процессом конфликтного взаимодействия в ущерб работе;

8) большие эмоциональные и материальные затраты на участие в конфликте.

3. Уровни и виды конфликтов в медицине

Уровни конфликтов в медицине

Конфликты в медицине происходят на трёх уровнях противоречий:

1. Высшем: общество – система здравоохранения в целом;

На этом уровне взаимоотношений могут возникать противоречия, которые формируют конфликты в сфере медицинской деятельности. Например, такие противоречия могут вызвать отдельные недовольства у граждан по поводу проводимой в обществе политики в области здравоохранения. Или противоречия внутри лечебных учреждений, формируемые недостаточностью финансового и материально-технического обеспечения системы

здравоохранения, недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда и т. д.

2. Среднем: министерство здравоохранения – региональные управления здравоохранением – администрация учреждения здравоохранения – медицинский персонал;

3. Низком: медицинский персонал – больной (и его родственники).

Вертикальные конфликты – их субъекты занимают разное социальное положение, ранги и обладают разной силой.

Горизонтальные конфликты:

1. На уровне «общество» могут возникать противоречия и конфликты по поводу проводимой в обществе политики в области здравоохранения между основной частью граждан (гражданским обществом) с одной стороны – и высшими руководящими структурами (органами власти) – с другой.

2. На уровне «администрация» возможны как вертикальные конфликты между различными уровнями управленческих структур, так и горизонтальные – например, между различными лечебными учреждениями.

3. На уровне «администрация», «врач», «больной» возникают горизонтальные конфликты: администрация лечебно-профилактического учреждения – врач, администрация – больной, врач-врач, врач-больной, врач – родственники больного. Основой таких конфликтов могут быть различного рода столкновения мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Субъект и предмет конфликтов в медицине

Субъектами медицинской практики, участвующими в конфликтных ситуациях являются медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности.

Предметом конфликта в медицине выступают:

- объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);
- субъективные причины (зависящие от врача, а также вызванные просчетами руководителя): информационные, диагностические, лечебные, профилактические, тактические, деонтологические, психологические.

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач–больной–общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий (конкуренция, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них).

Виды конфликтов по их субъектовой составляющей

– *межличностные* – сторонами (субъектами) данного вида конфликта выступают: «врач–пациент», «врач–врач», «врач–руководитель (администратор) лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ)» и т. п., то есть субъектами конфликта выступают две личности. Что касается такого вида межличностного конфликта, то его основой выступают различные

столкновения: мнений, точек зрения, взглядов, идей, интересов и ожиданий участников взаимоотношений;

– *межгрупповые* – сторонами (субъектами) данного вида конфликта могут выступать: «администрация ЛПУ–пациент», «врач–родственники пациента», «администрация ЛПУ–врач» и т. п. Следует отметить, что конфликты данного вида могут быть как в виде конфликта «личность–группа», субъектами которого выступают с одной стороны личность, а с другой – группа (микрогруппа), так и в виде межгрупповых конфликтов, где конфликтующими субъектами выступают малые социальные группы или микрогруппы.

Виды и условия возникновения конфликтов в медицине

– *юридический* – предполагаемые нарушения законодательства (общегражданского, медицинского) в области прав граждан, отказы в получении льгот или путевок, отказ в госпитализации, льготном лекарственном обеспечении, нарушение врачебной тайны и т. п.;

– *по поводу качества и доступности медицинской помощи* – недовольство пациента качеством и доступностью медицинской помощи, неполный объём медицинской помощи, несвоевременность её оказания, наличие осложнений и других последствий;

– *этический* – предполагаемое нарушение этических норм, грубость и невнимание персонала, недопустимые высказывания и комментарии;

– *информационный* – нарушения при взаимодействии личности и системы здравоохранения (медицинской организации) в области информирования пациента, записи на прием, получения справок, разъяснений и консультаций;

– *социальный* – предполагаемые нарушения прав инвалидов и других льготных категорий граждан.

Для разных отраслей медицины ведущими являются

различные виды конфликтов:

- *на амбулаторно-поликлиническом приёме* главным фактором конфликтогенности в системе отношений «медицинский персонал – больной» является сокращение продолжительности врачебного приёма;

- *в судебно-медицинской практике* ситуацию конфликтного взаимодействия субъектов медицинской практики формируют результаты экспертизы;

- *в стоматологической практике* главным конфликтогенным фактором является несоответствие цены и качества услуги;

- *в фармации* конфликт врача и фармацевта – это конфликт профессионалов, который может быть позитивным, а конфликт пациента и фармацевта – это конфликт профессионала и непрофессионала, который непродуктивен, но может быть разрешен путем более полного информирования пациента;

- из тех видов конфликтов, которые существуют *в медицинской науке*, наибольшее социальное значение имеют конфликты в клинических испытаниях, поскольку они провоцируют риски для испытуемых.

4. Причины возникновения конфликтов в медицине Противоречия, из-за которых возникают конфликты в системе здравоохранения

На уровне «общество – здравоохранение»

1. Отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения.

2. Недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке, недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины.

3. Скудность выделяемых средств ведёт к таким негативным последствиям как:

- социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование;
- закрытие участковых больниц;
- недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование;
- недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда. Это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.

Конфликты в системе врач – больной

Суть конфликтов в системе врач – больной заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

В этой системе выделяют объективные, субъективные и нереалистические конфликты.

Объективные конфликты вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Примерами могут служить:

1. Обещание врачом больному полного излечения, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности;
2. Некачественное выполнение своих обязанностей (послеоперационные осложнения по вине медицинского работника, несвоевременный обход);
3. Отказ в госпитализации больного или несвоевременная госпитализация.
4. Несвоевременное выполнение операций, процедур и т.п.
5. Помещение в палату с умирающим больным.
6. Требование в покупке медикаментов.
7. Требование вознаграждения за выполненную работу.

Субъективные конфликты часто вызваны несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить:

- несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность);

- санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах);

- неправильная диагностика или неправильное назначение терапии.

Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, – когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью.

Этот конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

Таким образом, уровень конфликтности взаимоотношений врача и пациента зависит от:

- материально-технической базы лечебного учреждения;
- квалификации медицинского персонала;
- качества и стоимости оказываемых услуг;
- оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.

Кроме того, распространёнными причинами конфликтных ситуаций могут быть такие:

- к пациенту относятся с недостаточным вниманием;
- характерологические особенности врача и пациента;
- отсутствие в действиях врачей разной специализации согласованности и коллегиальности при составлении плана лечения;
- недочёты, которые могут возникнуть при ведении медицинской документации;
- отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
- профессиональная некомпетентность и другое.

На уровень конфликтности оказывает влияние профиль работы специалиста, возраст и стаж работы сотрудников.

Суть конфликтов в системе «медицинский персонал учреждения здравоохранения – больной и родственники больного» заключается в столкновении мнений, интересов, точек зрения и ожиданий двух сторон данного взаимодействия.

Как правило, конфликтная ситуация возникает из-за взаимной грубости, некачественного лечения, завышенных требований пациента, самонадеянности врачей и из-за многих других факторов.

Конфликтное поведение среди пациентов чаще всего присуще лицам:

- предпенсионного или пенсионного возраста;
- обладающим невысоким уровнем образования;
- неустроенной личной жизнью;
- имеющим малокомфортные бытовые условия.

Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту.

Субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов, ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечения качественными (а значит эффективными) лекарственными средствами.

Социально-экономические характеристики медицинских работников и их партнёров по конфликтному взаимодействию – пациентов практически аналогичны. Различия выявлены в том, что в конфликт часто вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию.

Несмотря на осознанный выбор специальности и значительный опыт работы с людьми, низкая заработная плата, соответствующая лишь уровню прожиточного минимума, является одним из основных факторов, определяющим социопсихологический дискомфорт врачебного персонала и влияющим на характер интересубъектных взаимоотношений в момент оказания медицинской помощи.

Было проведено исследование среди крупнейших клиник города Санкт-Петербурга, результаты которого показали, что только лишь от 18% до 32% жалоб пациентов связаны с качеством оказания медицинской помощи, а остальные от 68% до 82% – это жалобы на качество общения «врач – больной». Такие жалобы не затрагивают качество медицинских услуг, оборудования, условий и т.д., они практически не содержат обращений «по существу». В данном случае пациенты жалуются на поведение, а также отношение к ним врачей и младшего медицинского персонала. Это подкрепляется ещё и тем, что пациент особенно болезненно воспринимает всё то, что выражает отношение к нему в медицинском учреждении. В этом и состоит особенность психологического состояния пациента, который многое видит через призму своего «искажённого» восприятия.

При исследовании личностных профилей медицинских работников в результате применения наблюдения и стандартизированных опросников склонность к конфликтности и тенденция к избеганию конфликтов выявилась следующим образом: 8,5 % – очень высокая степень конфликтности; 25 % – высокая степень конфликтности; 58 % – выраженная степень; 8,5 % – низкая степень конфликтности.

Тактика поведения в конфликте зависит от степени конфликтности и уровня конфликтности медицинского работника.

При переходе к пациент-ориентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента.

Другие модели взаимоотношений (контрактная, технологическая и патерналистская) содержат риски негативного развития конфликта.

Избегание конфликтов методологически ошибочно и практически нереально.

Как утверждает Р. Мэй, «наша цель – новое, конструктивное перераспределение напряжений, а не абсолютная гармония. Полное устранение конфликтов приведет к застою; нашей задачей является превращение деструктивных конфликтов в конструктивные».

5. Управление культурой конфликтного взаимодействия в профессиональной деятельности врача

Для того, чтобы управлять конфликтом, необходимо понять причины его возникновения, устранить их и тем самым предотвратить возникновение конфликта.

Главное средство в разрешении конфликтов – это действия руководителя. Руководитель должен вмешиваться в конфликт, не оставаться в стороне. При этом он чётко должен знать и разграничивать свои юридические и моральные права.

Способы управления конфликтом

Педагогические

Беседа, просьба, убеждение, разъяснение требований к работе, неправомерных действий конфликтующих и другие меры воспитательного аспекта

Административные

Силовые разрешение конфликта – подавление интересов конфликтующих, перевод на другую работу, различные варианты разъединения конфликтующих, увольнение. Разрешение конфликта по приговору – решение комиссии, приказ руководителя организации, решение суда.

Конфликтные ситуации, наказания и увольнения травмируют психику работников.

При этом для современного руководителя, исповедующего гуманистический подход в управлении персоналом и рассматривающего персонал в качестве главного достояния организации, эти ситуации так же тяжелы, как и для подчинённых.

В ситуации определения наказания сотруднику руководитель решает сложную психологическую задачу: откорректировать поведение сотрудника, сохранив или даже усилив его положительное отношение к делу и руководителю.

Наказание должно быть принято сотрудником как справедливое, обсуждение не должно выходить за рамки собственно проступка, не переходить на личность виновного.

Наиболее распространёнными способами разрешения конфликтов в медицинской практике являются:

– *досудебный*: разрешение конфликта на первичном уровне врач – больной заведующим отделением, администрацией лечебно-профилактического учреждения, этическим комитетом;

– *судебный*: разрешение конфликта органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции – специализированными третейскими судами.

Способы разрешения конфликтов приводят к соответствующим типичным результатам разрешения конфликта:

- а) разрешение конфликта на досудебном уровне;
- б) исполнение решения суда.

В случаях, когда медицинская помощь оказывается в форме предоставления платных услуг, пациент автоматически приобретает статус потребителя медицинской услуги и в дополнение к правам пациента пользуется всеми правами потребителя, предусмотренными действующим законодательством. Таким образом, пациент вправе предъявлять требования к качеству и условиям предоставления услуги.

Предупреждение конфликтных ситуаций

Как показывает практика, для предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций в медицинских учреждениях следует:

– придерживаться порядков и стандартов оказания медицинской помощи, принятых на региональном уровне или в конкретном медицинском учреждении.

– обязательно информировать пациента о сущности предлагаемого лечения, характере и возможных осложнениях, а также согласовывать план лечения с пациентом и оформлять его документально;

– следить за качеством ведения медицинской документации, так как хорошо документированная информация о пациенте является основным способом самозащиты врача;

– повышать правовую культуру медицинских работников и разработать модели поведения медицинского персонала в условиях конфликта.

Всё это позволит не только обеспечить реализацию прав граждан как пациентов и потребителей медицинских услуг, а также поможет защитить добросовестных специалистов от случаев злоупотребления пациентами своими правами. Возможно, что целесообразно даже иметь в коллективе сотрудника, который является не только высококвалифицированным специалистом, но и обладает определёнными характерологическими данными, которого можно было бы привлекать к участию в разрешении споров между пациентом и медицинским персоналом, не доводя дело до суда.

Правила профессионального поведения врача при общении с пациентом в конфликтной ситуации

Необходимо:

1) Воспринимать общение с пациентом в конфликтной ситуации в качестве раздела работы, способного повысить эффективность профессиональной деятельности врача.

2) Не откладывая, приступить к разбору жалобы, претензии, выражения недовольства, так как демонстрация безразличия к личности пациента и его проблемам только усугубит конфликт и укрепит обиду.

3) Подготовиться к встрече с пациентом (рабочее место, документы и материалы, нормативно-правовые акты, опрятный внешний вид, морально-психологический настрой).

4) Поприветствовать пациента и представиться. Обращаться к нему уважительно, по имени и отчеству (выяснить при необходимости).

5) Оценить психоэмоциональное состояние пациента и его способность вести диалог, использовать индивидуальный подход к каждому пациенту, ориентируясь на его состояние и особенности. Лечебное учреждение – это не то место, где учат, воспитывают и оценивают, это место, где помогают восстановить и укрепить здоровье.

6) Внимательно выслушать пациента, вникнуть в суть изложенного вопроса, фиксировать письменно ключевые или спорные моменты, уточнить у пациента необходимую информацию.

7) Уметь контролировать свои эмоции, сохранять корректный тон разговора, не поддаваясь на провокационные или возмущённые высказывания пациента.

8) Проявить готовность к решению проблемы, при необходимости выразить поддержку, успокоить, заверить в позитивном исходе ситуации.

9) На основе всестороннего анализа ситуации чётко определить причины и факторы, повлиявшие на возникновение и развитие конфликтной ситуации.

10) Вести обсуждение по существу проблемы, основываясь на объективных критериях, стремиться перевести разговор в рамки конструктивного диалога, предотвратить развитие дискуссии и спора.

11) Управлять беседой, иметь стандартные вопросы для различных вариантов развития взаимодействия.

12) В корректной форме обратить внимание пациента на объективные позитивные и негативные стороны позиций участников конфликтной ситуации.

13) Занимать принципиальную позицию по отношению к проблеме и лояльную по отношению к собеседнику.

14) Изложить свою позицию и предложить пути решения конфликта в благожелательной форме, вносимые предложения сопровождать чётким планом действий, постараться прийти к общему с пациентом видению решения проблемы.

15) Решать конфликтный вопрос только в рамках своей компетенции. При возникновении вопросов, выходящих за рамки своей компетенции, обращаться к администрации. Обосновать пациенту, почему проблема не может быть решена на данном уровне и почему требуется участие вышестоящего руководителя.

16) Если для решения или уточнения возникшей проблемы нет готового ответа и требуется время для поиска информации и способов решения, то следует договориться с пациентом об алгоритме действий, сроках исполнения, повторной беседе.

17) Поинтересоваться, есть ли вопросы у пациента, ответить при их наличии. Подвести итоги разговора, уточнить степень удовлетворенности пациентом состоявшимся взаимодействием по поводу проблемы; выразить

надежду на её благополучное разрешение в будущем (если проблему не удалось решить сразу).

18) Уметь корректно прервать разговор, в случае возникновения экстренного вопроса извиниться и оперативно уладить ситуацию.

19) При невозможности решения проблемы самостоятельно и / или при выраженном неадекватном поведении пациента, его агрессии обратиться за помощью, содействием к вышестоящему руководству.

20) Вежливо попрощаться, завершить разговор позитивно.

21) Поставить в известность о конфликтной ситуации руководителя подразделения.

22) Извлечь опыт из конфликтной ситуации, сделать выводы и применять их в последующей практике в целях предупреждения конфликтов, повышения эффективности деятельности и удовлетворенности трудом.

Запрещено:

1) Начинать разговор, не поприветствовав пациентов и не представившись.

2) Без уважительной причины и без предварительного согласования задерживать или переносить время разговора; отказывать в проведении беседы.

3) Отвлекаться во время общения с пациентом на второстепенные вопросы, проявляя пренебрежение и неуважение, не слушать, вести параллельный разговор с другими сотрудниками, давать указания и делать замечания персоналу, принимать пищу.

4) Не извинившись в вежливой форме, решать по телефону неотложные служебные вопросы.

5) Игнорировать пациента и его состояние, перебивать, не выслушивать его точку зрения, обесценивать значимость его жалоб, волнующих проблем и не стремиться ловить их суть, оставлять заданные им вопросы без ответов.

6) Начинать разговор с критики пациента или с негативной информации.

7) Формально, отстранённо, осуждающе обсуждать вопрос, употребляя односложные ответы « да / нет / не знаю».

8) Немотивированно возражать, использовать неконструктивную критику.

9) Перебивать пациента, пресекать его высказывания (за исключением случаев проявления бестактности).

10) Навязывать свою позицию в некорректной форме.

11) Переходить с предметного уровня обсуждения на личностный, допускать невежливый, нетерпеливый, раздражённый, возмущенный, грубый, повышенный тон разговора, фамильярность.

12) Применять деструктивные методы взаимодействия и негативного влияния в конфликте: запугивание, подавление, унижение пациента, угрозы в его адрес, шантаж, оскорбление, суждения и оценки, ущемляющие достоинство, покровительственные и иронические замечания, высказанные с чувством превосходства или пренебрежения.

13) Нарушать конфиденциальность, распространять информацию, полученную в ходе разговора, не получив согласия пациента; разглашать врачебную тайну, нарушать нормы врачебной этики и деонтологии.

14) Задавать вопросы на отвлечённые темы, требовать информацию, выходящую за рамки своей компетенции.

14) Общаться в неформальном русле, устанавливать личные взаимоотношения с пациентом.

15) Снимать с себя ответственность и перекладывать её на других.

16) Затягивать разговор. Настаивать на продолжении разговора даже в случае занятости пациента или его неадекватного состояния.

17) Комментировать уровень заработной платы, намекать на материальное поощрение своего труда, вымогать.

18) Манипулировать пациентом, использовать его возможности в личных целях.

19) Обсуждать пациента на рабочем месте с коллегами, негативно высказываться о нём в присутствии других пациентов / коллег.

20) В присутствии пациентов или его родственников критиковать сотрудников, либо негативно отзываться о лечебном учреждении в целом.

22) Игнорировать поставленную проблему, уклоняться от поставленной задачи, не включаться в поиск путей выхода из конфликтной ситуации, оставлять конфликтную ситуацию полностью нерешенной, усугублять ее.

23) Прерывать разговор с пациентом, не завершив его по стандарту.

24) Необоснованно приписывать себе основные заслуги в решении конфликта.

Особенностью взаимоотношений врача и больного в современных условиях является их опосредованность. К обследованию и лечению пациента привлекается большое количество узких специалистов, техника, диагностические кабинеты и лаборатории. Зачастую врача больше интересуют показания приборов и анализов, а субъективные ощущения больного уходят на второй план. Использование большого количества техники, соответствующей медицинскому прогрессу, к сожалению, иногда заслоняет пациента от врача, приводит к потере больного. Врач перегружен заполнением историй болезней, изучением анализов, результатов технических обследований и отчётов других специалистов. То небольшое количество времени, которое врач уделяет общению с пациентом, зачастую тратится неэффективно из-за несформированности языковых, речевых и коммуникативных навыков и умений.

Для предотвращения недопониманий, ведущих к конфликтным ситуациям, внимание врача должно быть целиком сосредоточено на больном человеке, на его личности.

Тема 6. Научно-исследовательская деятельность в профессии врача

1. Номенклатуры должностей медицинских работников, медицинских и научных специальностей.
2. Понятие о научном исследовании.
3. Понятие методологии научных исследований.
4. Методы научного исследования.
5. Средства научного исследования.
6. Система научной информации.
7. Наука и нравственность. Внутренние и внешние этические нормы науки (социальная ответственность учёного).

1. Номенклатуры должностей медицинских работников, медицинских и научных специальностей

Специфической областью научного знания является медицина, которая представляет собой систему научных знаний и практических мер, объединённых целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни.

Следует отметить, что по своей сути медицина – одна из областей человеческой деятельности, которая является и наукой, и профессией одновременно. Если говорить об исследованиях, то важно помнить, что методы диагностики и методы научного исследования в медицине совпадают.

Медицинские специальности в практическом здравоохранении и медицинские научные специальности не идентичны, но в большинстве случаев совпадают.

Более целостное и комплексное представление о структурно-функциональных особенностях профессии медицинского работника даёт перечень должностей медицинских и фармацевтических работников различного уровня, а также перечень медицинских специальностей и научных специальностей, по которым присуждаются учёные степени.

Новая номенклатура медицинских специальностей (2019)

Три категории медицинских специальностей

Проект Приказа Минздрава «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» предусматривает выделение трёх категорий специальностей специалистов (подготовлен Минздравом России 26.02.2019):

- основные специальности;
- базовые специальности;
- специальности, требующие специализированной подготовки.

Согласно указанной классификации к основным отнесены специальности высшего образования уровня специалитет. К базовым – специальности, получение права на осуществление медицинской или фармацевтической

деятельности, по которым возможно после обучения по программам ординатуры.

К третьей категории относятся такие специальности, которые требуют специализированную подготовку в ординатуре с сокращённым сроком на основе одной из базовых специальностей. Для специальностей третьей категории также предусмотрена возможность пройти обучение по дополнительным профессиональным программам профессиональной переподготовки. Но пройти переподготовку смогут лишь те, у кого есть стаж работы в определённых должностях и наличие ординатуры по базовой специальности.

Номенклатура медицинских специальностей (2019)

Первая категория: основные медицинские специальности

1. Лечебное дело	4. Фармация	7. Медицинская биохимия
2. Педиатрия	5. Стоматология	8. Медицинская кибернетика
3. Медико-профилактическое дело	6. Медицинская биофизика	9. Сестринское дело

Вторая категория: базовые специальности

1. Акушерство и гинекология	17. Нейропсихология	33. Скорая медицинская помощь
2. Аллергология и иммунология	18. Общая врачебная практика (семейная медицина)	34. Стоматология общей практики
3. Анестезиология-реаниматология	19. Общая гигиена	35. Спортивная медицина
4. Гастроэнтерология	20. Онкология	36. Судебно-медицинская экспертиза
5. Гематология	21. Организация здравоохранения и общественное здоровье	37. Терапия
6. Генетика	22. Остеопатия	38. Торакальная хирургия
7. Дерматовенерология	23. Оториноларингология	39. Травматология и ортопедия
8. Детская хирургия	24. Офтальмология	40. Урология
9. Инфекционные болезни	25. Патологическая анатомия	41. Управление и экономика фармации
10. Кардиология	26. Пластическая хирургия	42. Управление сестринской деятельностью
11. Клиническая лабораторная диагностика	27. Педиатрия	43. Фармацевтическая химия и фармакогнозия
12. Клиническая фармакология	28. Промышленная фармация	44. Физическая и реабилитационная медицина
13. Медицинская микробиология	29. Психиатрия	45. Фтизиатрия

14. Неврология	30. Радиология	46. Хирургия
15. Нейрохирургия	31. Рентгенология	47. Челюстно-лицевая хирургия
16. Неонатология	32. Сердечно-сосудистая хирургия	48. Эндокринология 49. Эпидемиология

Третья категория: специальности, требующие специализированной подготовки

1. Авиационная и космическая медицина	17. Косметология	33. Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
2. Бактериология	18. Колопроктология	34. Рефлексотерапия
3. Вирусология	19. Лабораторная генетика	35. Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
4. Водолазная медицина	20. Лечебная физкультура	36. Сексология
5. Гигиена детей и подростков	21. Мануальная терапия	37. Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы
6. Гериатрия	22. Медико-социальная экспертиза	38. Стоматология детская
7. Гигиена питания	23. Нефрология	39. Стоматология ортопедическая
8. Гигиена труда	24. Ортодонтия	40. Стоматология терапевтическая
9. Гигиеническое воспитание	25. Паразитология	41. Стоматология хирургическая
10. Дезинфектология	26. Профпатология	42. Судебно-психиатрическая экспертиза
11. Детская кардиология	27. Психиатрия-наркология	43. Сурдология-оториноларингология
12. Детская онкология	28. Психотерапия	44. Токсикология
13. Детская урология-андрология	29. Пульмонология	45. Трансфузиология
14. Детская эндокринология	30. Радиационная гигиена	46. Ультразвуковая диагностика
15. Диетология	31. Радиотерапия	47. Физиотерапия
16. Коммунальная гигиена	32. Ревматология	48. Функциональная диагностика 49. Эндоскопия

***Номенклатура должностей
медицинских работников и фармацевтических работников
(19.03.2019)***

1. Должности руководителей медицинских организаций:

главный врач (начальник) медицинской организации, главный врач (начальник) обособленного подразделения медицинской организации; директор больницы (дома)

сестринского ухода, хосписа; заместитель руководителя (начальника) медицинской организации, заместитель руководителя (начальника) обособленного подразделения медицинской организации; заведующий (главный врач, начальник) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации; заместитель заведующего (главного врача, начальника) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации; главная медицинская сестра, главная акушерка, главный фельдшер); заведующий молочной кухней.

2. Должности руководителей фармацевтических организаций:

директор (заведующий, начальник) аптечной организации; директор (заведующий, начальник) организации оптовой торговли (оптового склада) лекарственными средствами; заместитель директора (заведующего, начальника) аптечной организации; заместитель директора (заведующего, начальника) организации оптовой торговли (оптового склада) лекарственными средствами.

3. Должности руководителей структурных подразделений медицинских организаций:

заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации-врач-специалист; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации-медицинская сестра; заведующий фельдшерско-акушерским пунктом-фельдшер (акушер, медицинская сестра); заведующий фельдшерским здравпунктом-фельдшер (медицинская сестра); заведующий кабинетом медицинской профилактики-фельдшер (медицинская сестра); заведующий производством учреждения (отдела, отделения, лаборатории) зубопротезирования.

4. Должности руководителей структурных подразделений фармацевтических организаций: заведующий складом организации оптовой торговли лекарственными средствами; заместитель заведующего складом организации оптовой торговли лекарственными средствами; заведующий медицинским складом мобилизационного резерва; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела) аптечной организации; заведующий (начальник структурного подразделения (отдела)) организации оптовой торговли лекарственными средствами.

5. Должности специалистов с высшим (медицинским) образованием (врачи):

а) врачи-специалисты, в том числе:

врач-акушер-гинеколог; врач-акушер-гинеколог цехового врачебного участка; врач-аллерголог-иммунолог; врач-анестезиолог-реаниматолог; врач-бактериолог; врач-вирусолог; врач-гастроэнтеролог; врач-гематолог; врач-генетик; врач-гериатр; врач-дезинфектолог; врач-дерматовенеролог; врач-детский кардиолог; врач-детский онколог; врач-детский уролог-андролог; врач-детский хирург; врач-детский эндокринолог; врач-диабетолог; врач-диетолог; врач здравпункта; врач-инфекционист; врач-кардиолог; врач-кибернетик; врач клинической лабораторной диагностики; врач-клинический миколог; врач-клинический фармаколог; врач-колопроктолог; врач-косметолог; врач-лаборант; врач-лабораторный генетик; врач-

лабораторный миколог; врач мануальной терапии; врач-методист; врач-невролог; врач-нейрохирург; врач-неонатолог; врач-нефролог; врач общей практики; врач общей практики (семейный врач); врач-онколог; врач-ординатор; врач-ортодонт; врач-остеопат; врач-оториноларинголог; врач-офтальмолог; врач-офтальмолог-протезист; врач-паразитолог; врач-патологоанатом; врач-педиатр; врач-педиатр городской (районный); врач-педиатр участковый; врач-пластический хирург; врач по авиационной и космической медицине; врач по водолазной медицине; врач по гигиене детей и подростков; врач по гигиене питания; врач по гигиене труда; врач по гигиеническому воспитанию; врач по коммунальной гигиене; врач по лечебной физкультуре; врач по медико-социальной экспертизе; врач по медицинской профилактике; врач по медицинской реабилитации; врач по общей гигиене; врач по паллиативной медицинской помощи; врач по радиационной гигиене; врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; врач по санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям; врач по спортивной медицине; врач по спортивной медицине спортивной сборной команды; врач приемного отделения; врач-профпатолог; врач-психиатр; врач-психиатр участковый; врач-психиатр детский; врач-психиатр детский участковый; врач-психиатр подростковый; врач-психиатр подростковый участковый; врач-психиатр-нарколог; врач-психиатр-нарколог участковый; врач-психотерапевт; врач-пульмонолог; врач-радиолог; врач-радиотерапевт; врач-ревматолог; врач-рентгенолог; врач-рефлексотерапевт; врач-сексолог; врач-сердечно-сосудистый хирург; врач скорой медицинской помощи; врач-статистик; врач-стоматолог; врач-стоматолог детский; врач-стоматолог-ортопед; врач-стоматолог-терапевт; врач-стоматолог-хирург; врач-судебно-медицинский эксперт; врач-судебно-психиатрический эксперт; врач-сурдолог-оториноларинголог; врач-сурдолог-протезист; врач-терапевт; врач-терапевт подростковый; врач-терапевт участковый; врач-терапевт участковый цехового врачебного участка; врач-токсиколог; врач-торакальный хирург; врач-травматолог-ортопед; врач-трансфузиолог; врач ультразвуковой диагностики; врач-уролог; врач-физиотерапевт; врач физической и реабилитационной медицины; врач-фтизиатр; врач-фтизиатр участковый; врач функциональной диагностики; врач-хирург; врач - челюстно-лицевой хирург; врач-эндокринолог; врач-эндоскопист; врач-эпидемиолог; семейный врач; старший врач по спортивной медицине спортивной сборной команды; старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи; старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи горноспасательных частей; судовой врач;

б) врач-стажёр.

6. Должности специалистов с высшим (медицинским) образованием, выполнивших федеральный государственный образовательный стандарт по направлению подготовки «бакалавр»: медицинская сестра общей практики; медицинская сестра по паллиативной медицинской помощи; медицинская сестра по профилактике; медицинская сестра по реабилитации; специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся.

7. Должности специалистов с высшим (фармацевтическим) образованием (провизоры): а) провизор; провизор-аналитик; провизор-технолог; старший провизор; б) провизор-стажёр.

8. Должности специалистов с высшим (немедицинским) образованием: биолог; зоолог; инструктор-методист по лечебной физкультуре;

кинезотерапевт; медицинский логопед; медицинский психолог; медицинский физик; судебный эксперт (эксперт-биохимик, эксперт-генетик, эксперт-химик); химик-эксперт медицинской организации; эксперт-физик по контролю за источниками ионизирующих и неионизирующих излучений; эмбриолог; эрготерапевт; энтомолог.

9. Должности специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием (средний медицинский персонал):

акушер; гигиенист стоматологический; зубной врач; зубной техник; инструктор-дезинфектор; инструктор по гигиеническому воспитанию; инструктор по лечебной физкультуре; инструктор по трудовой терапии; лаборант; медицинская сестра; медицинская сестра-анестезист; медицинская сестра врача общей практики (семенного врача); медицинская сестра врача общей практики; медицинская сестра диетическая; медицинская сестра клиническая; медицинская сестра медико-социальной помощи; медицинская сестра палатная (постовая); медицинская сестра патронажная; медицинская сестра перевязочной; медицинская сестра по косметологии; медицинская сестра по массажу; медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи; медицинская сестра приемного отделения; медицинская сестра процедурной; медицинская сестра врача по медицинской реабилитации; медицинская сестра семейного врача; медицинская сестра стерилизационной; медицинская сестра участковая; медицинская сестра по физиотерапии; медицинский дезинфектор; медицинский лабораторный техник; фельдшер-лаборант; медицинский оптик-оптометрист; медицинский статистик; медицинский регистратор; медицинский технолог; операционная медицинская сестра; помощник: врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене; рентгенолаборант; старшая медицинская сестра (акушер, фельдшер, операционная медицинская сестра, зубной техник); фельдшер; фельдшер скорой медицинской помощи; фельдшер-нарколог; фельдшер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи.

10. Должности специалистов со средним профессиональным (немедицинским) образованием: сурдоакустик; регистратор медицинской организации.

11. Должности специалистов со средним профессиональным (фармацевтическим) образованием (средний фармацевтический персонал): старший фармацевт; фармацевт.

12. Младший медицинский персонал: младшая медицинская сестра по уходу за больными; санитар; сестра-хозяйка.

13. Младший фармацевтический персонал: младший фармацевт.

Примечания:

В случае, когда врач-специалист (провизор) имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажёра (провизора-стажёра) на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в

должности врача-специалиста (провизора), и получения сертификата (свидетельства об аккредитации) по соответствующей специальности.

На должность врача-ординатора назначается специалист, завершивший подготовку по программам высшего образования и имеющий свидетельство о первичной аккредитации специалиста. В этот период времени он может исполнять должностные обязанности, предусмотренные квалификационной характеристикой врача-специалиста (врача-специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), только под руководством наставника (врача-специалиста; врача-специалиста учреждения госсанэпидслужбы, провизора), имеющего сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации) по соответствующей специальности, отвечая наравне с ним за свои действия.

Номенклатура научных специальностей, по которым присуждаются учёные степени (с изменениями на 23 марта 2018 года)

Медицинские науки 14.00.00

Шифр	Наименование групп научных специальностей, наименование научной специальности	Наименование отраслей науки, по которым присуждается ученая степень
14.01.00	Клиническая медицина	
14.01.01	Акушерство и гинекология	медицинские
14.01.02	Эндокринология	медицинские, биологические
14.01.03	Болезни уха, горла и носа	медицинские
14.01.04	Внутренние болезни	медицинские
14.01.05	Кардиология	медицинские, биологические
14.01.06	Психиатрия	медицинские
14.01.07	Глазные болезни	медицинские
14.01.08	Педиатрия	медицинские
14.01.09	Инфекционные болезни	медицинские
14.01.10	Кожные и венерические болезни	медицинские
14.01.11	Нервные болезни	медицинские
14.01.12	Онкология	медицинские, биологические
14.01.13	Лучевая диагностика, лучевая терапия	медицинские
14.01.14	Стоматология	медицинские
14.01.15	Травматология и ортопедия	медицинские
14.01.16	Фтизиатрия	медицинские
14.01.17	Хирургия	медицинские
14.01.18	Нейрохирургия	медицинские
14.01.19	Детская хирургия	медицинские
14.01.20	Анестезиология и реаниматология	медицинские
14.01.21	Гематология и переливание крови	медицинские, биологические

14.01.22	Ревматология	медицинские
14.01.23	Урология	медицинские
14.01.24	Трансплантология и искусственные органы	медицинские, технические, биологические
14.01.25	Пульмонология	медицинские
14.01.26	Сердечно-сосудистая хирургия	медицинские
14.01.27	Наркология	медицинские, биологические
14.01.28	Гастроэнтерология	медицинские
14.01.29	Нефрология	медицинские
14.01.30	Геронтология и гериатрия	медицинские, биологические
14.01.31	Пластическая хирургия	медицинские
14.02.00	Профилактическая медицина	
14.02.01	Гигиена	медицинские, биологические
14.02.02	Эпидемиология	медицинские, биологические
14.02.03	Общественное здоровье и здравоохранение	медицинские
14.02.04	Медицина труда	медицинские, биологические
14.02.05	Социология медицины	медицинские, социологические
14.02.06	Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация	медицинские
14.03.00	Медико-биологические науки	
14.03.01	Анатомия человека	медицинские, биологические
14.03.02	Патологическая анатомия	медицинские, биологические
14.03.03	Патологическая физиология	медицинские, биологические
14.03.04	Токсикология	медицинские, биологические, фармацевтические
14.03.05	Судебная медицина	медицинские
14.03.06	Фармакология, клиническая фармакология	медицинские, биологические, фармацевтические
14.03.07	Химиотерапия и антибиотики	медицинские, биологические
14.03.08	Авиационная, космическая и морская медицина	медицинские, биологические
14.03.09	Клиническая иммунология, аллергология	медицинские, биологические,

		ветеринарные
14.03.10	Клиническая лабораторная диагностика	медицинские, биологические
14.03.11	Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия	медицинские, биологические, психологические
14.04.00	Фармация	
14.04.01	Технология получения лекарств	фармацевтические
14.04.02	Фармацевтическая химия, фармакогнозия	фармацевтические, биологические, химические
14.04.03	Организация фармацевтического дела	фармацевтические, экономич.

2. Понятие о научном исследовании

Формой существования и развития науки является *научное исследование*, т.е. деятельность, направленная на всестороннее изучение объекта, процесса или явления, их структуры и связей, а также получение и внедрение в практику полезных для человека результатов.

В теории познания выделяют три уровня исследования: эмпирический, теоретический и метатеоретический.

Субъект может добывать знания опытным путем (эмпирически), а также путём сложных логических операций, творческой переработкой полученных исходных данных, т.е. теоретически.

Эмпирический уровень исследования представляет собой фактический материал, почерпнутый из эмпирического опыта (изучение внешнего мира посредством органов чувств (эмпирия) – *чувственное познание, живое созерцание*); а также результаты его первоначального обобщения в понятиях и других абстракциях. На данном уровне исследуемый *объект* отражается преимущественно *со стороны своих внешних связей и проявлений*, доступных живому созерцанию и выражающих внутренние отношения. Главным для эмпирического этапа является фактофиксирующая деятельность. Рациональное познание здесь присутствует, хотя и имеет подчинённое положение.

Теоретический уровень исследования составляют базирующиеся на фактах проблемы и *научные предположения*, а также основанные на них *законы, принципы и теории*. Теоретический уровень научного познания характеризуется преобладанием рационального момента. Живое созерцание здесь не устраняется, оно становится подчинённым моментом познавательного процесса.

Теоретический уровень научного познания связан с преобладанием мыслительной деятельности, осмыслением эмпирического материала, его переработкой на основе понятий, законов, теорий. На этом уровне полученные факты исследуются, обрабатываются с помощью логических понятий, умозаключений, законов и других форм мышления. Исследуемые объекты

мысленно анализируются, обобщаются, постигаются их сущность, внутренние связи, законы развития. То есть, теоретическое познание отражает явления и процессы со стороны их универсальных *внутренних связей и закономерностей, постигаемых с помощью рациональной обработки данных* эмпирического знания. Эмпирические данные, будучи многократно и под разными углами зрения переосмыслены, перепроверены, трансформируются из единичного, частного в общее и ложатся в основу частных или общих законов, теорий.

На основе эмпирических данных на теоретическом уровне происходит объединение исследуемых объектов, постижение их сущности, законов существования.

Метатеоретический уровень исследования представлен *философскими установками, социокультурными основаниями* научного исследования, а также методами, идеалами, нормами, эталонами, регулятивами, императивами научного познания, стилем мышления исследователя и т.д. Метатеоретический уровень научного исследования, по сути, не является обособленным и «пронизывает» как эмпирический, так и теоретический уровни научного исследования. Таким образом, метатеоретический уровень представляет собой *совокупность идеалов, норм, ценностей, целей, установок*, которые выражают *ценностные и целевые установки науки*.

Важная составляющая блока метатеоретических оснований науки – *научная картина мира*. Она складывается в результате синтеза знаний, получаемых в различных науках, и содержит общие представления о мире, вырабатываемые на соответствующих стадиях их исторического развития.

Формирование научной картины мира всегда протекает не только как процесс внутринаучного характера, но и как взаимодействие науки с другими областями культуры. В этом смысле научная картина мира развивается с одной стороны под непосредственным воздействием новых теорий и фактов, постоянно соотносимых с ней, а с другой – испытывает на себе влияние господствующих ценностей культуры, меняется в процессе их исторической эволюции, оказывая на них активное обратное воздействие.

3. Понятие методологии научных исследований

Науку рассматривают как систему, состоящую из теории, методологии исследований, практики внедрения полученных результатов.

Методология научного исследования – это логическая организация научно-исследовательской деятельности, которая включает в себя:

- учение о методах и средствах научного исследования/познания (поиск, разработка, исследование, систематизация и классификация методов; пригодность, необходимость и достаточность их применения);
- постановку и формулирование цели и задач исследования;
- определение объекта и предмета исследования;
- построение (процедуру, стратегию, алгоритм, методику, технику) исследования.

Цель науки – получение новых научных знаний об объективном и субъективном мире, постижение объективной истины.

Конечная цель научного познания – выявление законов, в соответствии с которыми объекты могут быть преобразованы в человеческой деятельности в необходимый для общества продукт.

Задачи науки:

- сбор, описание, анализ, обобщение и объяснение фактов;
- обнаружение законов движения природы, общества, мышления и познания;
- систематизация полученных знаний;
- объяснение сущности явлений и процессов;
- прогнозирование событий, явлений и процессов;
- установление направлений и форм практического использования полученных знаний.

Субъект исследования – конкретный исследователь, научный работник, специалист научной организации, организация, группа организаций и т.п.

Объект исследования – определённое явление, которое становится полем научной деятельности, то, что изучает конкретная наука, на что направлено научное познание. Иначе говоря, это всё то, на что направлена мысль исследователя; всё, что может быть описано, воспринято, названо, выражено в мышлении и т.д. Им может быть природный процесс, общественное явление, социальный институт, человек, его мышление, любое материальное и идеальное явление, а также объективная и субъективная реальность как таковая.

Предмет исследования – это фрагмент объекта познания, более детализированная характеристика объекта, рассматривающая его определённые аспекты, стороны в заданных условиях.

Объектом изучения медицины выступает человек, который рассматривается как целостный организм, функционирующий в рамках понятий «здоровье» и «болезнь».

Предметом медицины как науки является этиология (причины возникновения) и патогенез (механизм развития) различных заболеваний, которые появляются у человека.

Сюда входят:

- изучение причин развития болезней у человека, а также закономерности появления данных патологических процессов;
- диагностика и клиника, т.е. методы распознавания и лечения болезней;
- профилактика (предупреждение) заболеваний;
- формы организации помощи населению, т.е. теория организации здравоохранения.

Средства научного исследования – это то, что применяют, используют для исследования, с помощью чего проводят научные исследования (материальные, информационные, математические, логические, языковые средства познания; они обладают общим свойством: их конструируют,

создают, разрабатывают, обосновывают для тех или иных познавательных целей).

Метод научного исследования – это способ познания объективной действительности, который представляет собой совокупность правил, определенную последовательность действий, приемов, операций практического или теоретического освоения действительности.

Характер метода определяется многими факторами: предметом исследования, поставленными задачами, накопленным опытом, уровнем развития научного знания и т.д. Методы, подходящие для одной области научных исследований, оказываются непригодными для достижения целей в других областях.

В то же время многие выдающиеся достижения в науке – следствие переноса и использования методов, хорошо зарекомендовавших себя в других областях исследования. Таким образом, на основе применяемых методов происходят противоположные процессы дифференциации и интеграции наук.

Многообразие видов человеческой деятельности обуславливает использование различных методов, которые могут быть классифицированы по самым различным основаниям. В научном познании применяют методы общие и специфические, эмпирические и теоретические, качественные и количественные и т.д.

Не существует универсального метода, пригодного на все случаи. Всё более целесообразным и объективным становится применение сразу нескольких методов.

Методология науки разрабатывает многоуровневую концепцию методологического знания, которая распределяет все методы научного познания по степени общности и сфере действия. При таком подходе можно выделить 4 основные группы методов:

- 1) философские, или всеобщие методы;
- 2) общенаучные методы;
- 3) частные методы;
- 4) специальные методы.

4. Методы научного исследования

Философские (всеобщие) методы исследования (метатеоретический уровень познания)

Философские (всеобщие) методы являются предельно общими, в своем применении они выходят за пределы науки, имеют направляющий характер, существенно влияют на выбор предмета исследования, его средств и правил.

Философские методы выполняют роль общеметодологических регулятивов, носят ориентирующий, но не предписывающий характер. Совокупность философских регулятивов выступает действенным средством, если она опосредована другими более конкретными методами. Философские регулятивы транслируются в научные исследования через общенаучные и конкретно-научные методы.

Среди философских (всеобщих) методов наиболее известными являются *диалектический, метафизический и герменевтический*.

Законы диалектики имеют всеобщее значение, они присущи развитию природы, общества и мышления. При изучении предметов и явлений диалектика рекомендует исходить из следующих принципов:

1. Рассматривать изучаемые объекты в свете диалектических законов:

- а) единства и борьбы противоположностей;
- б) перехода количественных изменений в качественные;
- в) отрицания отрицания.

2. Описывать, объяснять и прогнозировать изучаемые явления и процессы, опираясь на философские категории: общего, особенного и единичного; содержания и формы; сущности и явления; возможности и действительности; необходимого и случайного; причины и следствия.

3. Относиться к объекту исследования как к объективной реальности.

4. Рассматривать исследуемые предметы и явления: а) всесторонне; б) во всеобщей связи и взаимозависимости; в) в непрерывном изменении, развитии; г) конкретно-исторически.

5. Проверять полученные знания на практике.

Например, в медицинской практике диалектический метод применим уже на начальной стадии – осмысления сущности и причин болезни. Современное состояние медицинского знания даёт право утверждать, что никакое заболевание нельзя сводить к случайному эпизоду экзогенного происхождения, к простому попаданию в организм, скажем инфекционного начала. Причина болезни – не только внешний фактор, но и реакция организма на этот фактор (внешнее воздействие специфично преломляется через внутренние особенности живых систем).

Во время болезни в организме противодействуют две стороны – «полом» (патогенез) и «защита» (саногенез). Обуславливая внутреннюю противоречивость болезни, они одновременно связаны друг с другом и отрицают друг друга. Применение диалектического метода позволяет исследовать их взаимозаменяемость и взаимопроникновение, взаимопревращаемость защитных и повреждающих реакций.

Факты свидетельствуют, что один и тот же механизм может выступать как с функцией защиты, так и в качестве патологического процесса: защитно-приспособительные механизмы при определенной фазе их нарастания превращаются в свою противоположность. Организм имеет единую эволюционно выработанную систему жизнедеятельности, которая при определённых условиях может переходить в патологическое состояние и наоборот. Физиологический процесс на определённой стадии его развития превращается в патологический процесс, который тоже является приспособительным, но уже переставшим быть защитным.

Например, фибринолиз можно рассматривать как защитно-приспособительный механизм, способствующий устранению отложений фибрина и восстановлению кровотока. Однако, чрезмерное усиление

фибринолиза, возникающее как приспособительная реакция при распространенном внутрисосудистом свертывании крови, ведет к афибриногенемии, нарушениям, полному стойкости сосудов и патологической кровоточивости. Так приспособительная реакция перестает быть защитной. В этих случаях врачу предстоит подавлять защитно-приспособительный процесс.

Диалектическое единство локального и общего в течение болезни проявляется в том, что степень локализации патологического процесса, его относительная автономность, характер протекания зависят от состояния организма как целого. Клиническая практика и эксперименты доказывают, что в организме нет как абсолютно локальных, так и абсолютно общих процессов: при ведущей роли общего в организме находят выражение и относительно локальные, относительно местные, относительно автономные процессы.

Общенаучные методы исследования

К общенаучным методам исследования относят общелогические (универсальные), теоретические и эмпирические.

Общелогические (универсальные) методы

Общелогическими (универсальными) называются методы, которые в равной степени используются и на эмпирическом, и на теоретическом уровнях научного познания, а также характерны и для обыденного познания.

Анализ – это реальное или мысленное разделение, расчленение, разложение объекта исследования на составные части. Он лежит в основе аналитического метода исследования. Разновидностями анализа являются *классификация и периодизация*.

В медицине программа *STATISTICA* является признанным стандартом *анализа медицинских данных*. Она позволяет быстро и качественно решить такие задачи как:

- планирование медицинских исследований и подготовка данных;
- вычисление основных описательных характеристик исследуемых величин (среднее, стандартное отклонение, дисперсия, доверительные интервалы, ошибки среднего, медиана, квартили и др.);
- наглядное представление данных: построение графиков презентационного качества (гистограммы, диаграммы рассеяния, графики ящички-усы, графики средних с ошибками, линейные графики и др.);
- выявление статистически значимых различий между выборками;
- анализ зависимостей между факторами;
- анализ выживаемости (анализ времени жизни в одной и более группах, сравнение групп по времени жизни, оценка влияния факторов на время жизни пациентов);
- вычисление необходимого объема выборки, анализ мощности критериев;
- прогнозирование исхода лечения и др.

Синтез – это объединение, *соединение* отдельных сторон, частей объекта исследования в единое целое. Результат синтеза – совершенно новое образование.

Применяя эти приемы исследования, следует иметь в виду, что, во-первых, анализ не должен упускать качество предметов. В каждой области знания есть свой предел членения объекта, за которым мы переходим в иной мир свойств и закономерностей (атом, молекула и т.п.). Во-вторых, разновидностью анализа является также разделение классов (множеств) предметов на подклассы – их классификация и периодизация. В-третьих, анализ и синтез диалектически взаимосвязаны. Но некоторые виды научной деятельности являются по преимуществу аналитическими (например, аналитическая химия) или синтетическими (например, синергетика).

Дедукция – восхождение процесса познания *от общего к единичному*, метод исследования, при котором единичное, частное выводится из какого-либо общего положения. Это познание *от общих утверждений к утверждениям об отдельных предметах или явлениях*, при котором из истинного знания на основе законов логики делается частное заключение (заклучения), носящее достоверный характер и логически следующее из начального утверждения.

Дедуктивные умозаключения позволяют из уже имеющегося знания получать новые истины, и притом с помощью чистого рассуждения, без обращения к опыту, интуиции, здравому смыслу и т.п.

Индукция – движение мысли *от единичного* (опыта, фактов) *к общему* (их обобщению в выводах), метод исследования, при котором на основе множества единичных или частных заключений *делается обобщающее заключение* о принадлежности определённого признака всем предметам данного класса. Индуктивные умозаключения «наводят» на мысль, на общее.

Аналогия – метод исследования нетождественных объектов, при котором на основании сходства признаков исследуемых объектов делают *не достоверный, а вероятностный вывод о сходстве* их и в некоторых других признаках. При выводе по аналогии знание, полученное из рассмотрения какого-либо объекта («модели»), переносится на другой, менее изученный и менее доступный для исследования объект.

Абстрагирование – метод, который позволяет мысленно выделять одни и отвлекаться от других существенных свойств предмета, *рассмотрение их в «чистом виде», отдельно друг от друга*, что дает возможность исследователю сконцентрироваться на определенной стороне (фрагменте) действительности.

В результате этого процесса получают различного рода «абстрактные предметы», которыми являются как отдельно взятые понятия и категории («белизна», «развитие», «противоречие», «мышление» и др.), так и их системы. Наиболее развитыми из них являются математика, логика, диалектика, философия.

Обобщение – процесс *установления общих свойств и признаков* предмета, тесно связано с абстрагированием. При этом могут быть выделены

любые признаки (абстрактно-общее) или существенные (конкретно-общее, закон).

Моделирование – метод исследования на моделях, т.е. аналогах (схемах, структурах), определенных фрагментов действительности, которые называются оригиналами. Между моделью и оригиналом обязательно должно быть сходство в характеристиках, функциях, структуре и т.д.

Модель – это мысленно представляемый или материально существующий аналог объекта. На основании сходства модели и моделируемого объекта выводы о ней по аналогии переносятся на этот объект.

В теории моделирования различают такие виды моделей:

1) идеальные (мысленные, символические, знаковые) модели, например, в виде математической интерпретации;

При идеальном (знаковом) моделировании модели выступают в виде рисунков, записей, знаков, графиков, чертежей, формул, систем уравнений, предложений естественного и искусственного (символы) языка и т.п. В настоящее время широкое распространение получило математическое (компьютерное) моделирование.

2) материальные (натурные, вещественные) модели, например, макеты, муляжи, симуляторы, предметы-аналоги, 3-D модели и т.п.

При материальном (предметном) моделировании конкретного объекта его изучение заменяется исследованием некоторой модели, имеющей ту же физическую природу, что и оригинал (модели самолетов, кораблей, космических аппаратов и т.п.).

Идеализация – мысленное конструирование ситуации, объекта или явления, которым приписываются свойства или отношения, возможные для оригинала в «предельных» случаях. Результатами такого конструирования становятся идеализированные объекты (идеальный газ, прямая или точка, абсолютно черное тело и т.д.).

Благодаря идеализации процессы рассматриваются в их наиболее чистом виде, без случайных «привнесений» извне. Любая наука пользуется процедурой идеализации. Идеализация вкупе с моделированием являются предварительными условиями проведения мысленного эксперимента. Теоретические утверждения, как правило, непосредственно относятся не к реальным, а к идеализированным объектам, познавательная деятельность с которыми позволяет устанавливать существенные связи и закономерности, недоступные при изучении реальных объектов, взятых во всем многообразии их эмпирических свойств и отношений.

Относительно недавно в научную жизнь вошел системный подход.

Системный подход – рассмотрение объекта как элемента системы с выяснением места и функции каждого элемента, внутренней иерархии и законов функционирования. Системный подход – совокупность общенаучных методологических принципов (требований), в основе которых лежит рассмотрение объектов как систем.

Специфика системного подхода определяется тем, что он ориентирует исследование на раскрытие целостности развивающегося объекта и обеспечивающих ее механизмов, на выявление многообразных типов связей сложного объекта и сведение их в единую теоретическую картину.

Структурно-функциональный (структурный) метод строится на основе выделения в целостных системах их структуры - совокупности устойчивых отношений и взаимосвязей между ее элементами и их роли (функций) относительно друг друга.

Структура понимается как нечто неизменное при определенных преобразованиях, а функция как «назначение» каждого из элементов данной системы (функции какого-либо биологического органа, функции государства, функции теории и т.д.).

Основные требования (процедуры) структурно-функционального метода (который часто рассматривается как разновидность системного подхода):

- изучение строения, структуры системного объекта;
- исследование его элементов и их функциональных характеристик;
- анализ изменения этих элементов и их функций;
- рассмотрение развития (истории) системного объекта в целом;
- представление объекта как гармонически функционирующей системы, все элементы которой «работают» на поддержание этой гармонии.

Важная роль общенаучных подходов состоит в том, что в силу своего «промежуточного характера» они опосредствуют взаимопереход философского и частнонаучного знания (а также соответствующих методов). Названные методы потому и называются общенаучными, что применяются во всех науках, но обязательно с учетом особенностей предмета каждой науки или научной дисциплины и специфики познания природных, социальных и духовных явлений.

Теоретические методы

Основными теоретическими методами исследования являются аксиоматический, гипотетический (гипотетико-дедуктивный), формализация.

Аксиоматический метод состоит в том, что изначально исследователь для построения теории задает набор исходных положений (аксиом), не требующих доказательства. По заранее определенным правилам из аксиом (постулатов) выводятся следствия. Совокупность исходных аксиом и выведенных на их основе предложений образует аксиоматически построенную теорию.

Гипотетический метод – способ исследования с помощью научной гипотезы, т.е. предположения о причине, которая вызывает данное следствие, или о существовании некоторого явления или предмета.

Разновидностью этого метода является **гипотетико-дедуктивный метод** исследования, сущность которого состоит в создании системы дедуктивно связанных между собой гипотез, из которых выводятся утверждения об эмпирических фактах. Современное развитое теоретическое знание все чаще опирается на гипотетико-дедуктивные конструкции.

Суть гипотетико-дедуктивного метода.

Использование этого метода подразделяется на 4 этапа:

- *выдвижение гипотезы* (предположение о причинах и закономерностях в исследуемой области или существовании некоторого объекта);
- *отбор* из множества гипотез наиболее вероятной, правдоподобной;
- *выведение следствий* из этой гипотезы с помощью дедукции;
- *экспериментальная проверка выведенных из гипотезы следствий* (с точки зрения их истинности или ложности).

Формализация – это особый метод теоретического мышления, который заключается в построении абстрактно-математических моделей, раскрывающих сущность изучаемых действительных процессов. При формализации мы оперируем не изучаемыми объектами, а их знаками, отношения знаков заменяют собой высказывания о свойствах и отношениях реальных предметов. Таким образом, при формализации *создается обобщенная знаковая модель*, позволяющая *обнаружить структуру* различных явлений и процессов, *отвлекаясь от их количественных характеристик*; по законам логики, математики возможно вывести достоверные формальные следствия в рамках данной формализованной системы.

Формализация – отображение содержательного знания в знаково-символическом виде (формализованном языке). Последний создается для точного выражения мыслей с целью исключения возможности для неоднозначного понимания. При формализации рассуждения об объектах переносятся в плоскость оперирования со знаками (формулами), что связано с построением искусственных языков (язык математики, логики, химии и т.п.). Формализация служит основой для процессов алгоритмизации программирования вычислительных устройств, а тем самым и компьютеризации не только научно-технического, но и других форм знания.

Эмпирические методы

Основные научные методы эмпирического исследования – наблюдение, измерение, сравнение, описание, эксперимент.

Наблюдение – это способ познания, основанный на непосредственном восприятии свойств предметов и явлений при помощи органов чувств. В результате наблюдения исследователь получает *знания о внешних свойствах и отношениях* предметов и явлений. Наблюдение может быть непосредственным и опосредованным различными приборами и другими техническими устройствами. Важным моментом наблюдения является интерпретация его результатов – расшифровка показаний приборов и т. п.

В медицине применяется метод *натурного наблюдения*, объектами которого могут быть больные, находящиеся на лечении, различные объекты внешней среды, микроорганизмы, ткани живого организма, продукты выделения. Столь же разнообразны и конкретные методики *натурного наблюдения* (микроскопия, биохимические, гематологические и др.). Метод

натурного наблюдения предполагает изучение объекта в обычных для него условиях.

Измерение – метод исследования, при котором устанавливается отношение одной величины к другой, служащей эталоном, стандартом. *Общей целью любых измерений является получение числовых данных, позволяющих судить не столько о качестве, сколько о количестве некоторых состояний изучаемого объекта.*

Сравнение – выявление сходных и отличающихся сторон в процессах, предметах, явлениях.

Описание – познавательная операция, состоящая в *фиксировании результатов* опыта (наблюдения или эксперимента) с помощью определенных систем обозначения, принятых в науке.

Эксперимент – это *искусственное воспроизведение* явления, процесса в заданных условиях, в ходе которого *проверяется* выдвигаемая гипотеза. Эксперимент может быть осуществлен в натуральной, модельной или натурально-модельной формах.

Эксперимент – это метод, при помощи которого явления действительности изучаются в контролируемых, управляемых, точно учитываемых условиях. Можно сказать, что эксперимент – идеализированный опыт. Он дает возможность следить за ходом изменения явления, активно воздействовать на него (если в этом есть необходимость), сравнивать полученные результаты.

Эксперимент, являясь высшей формой эмпирического исследования, позволяет изучить не только то, что бросается в глаза, но и то, что нередко скрыто в глубине явления и выражает его сущностные характеристики. Важнейшее требование к эксперименту – чистота его проведения (эксперимент тем чище, чем полнее изолируется исследуемый объект от внешних влияний). Как одна из форм практики (причем практики специфически организованной) эксперимент выполняет важную роль критерия истинности научного познания в целом.

Медицинский (медико-биологический) эксперимент – это вид научной деятельности, предпринимаемый на биологических объектах в целях открытия и изучения объективных законов возникновения, течения и исхода заболевания, а также для выяснения эффективности лечебных (терапевтических или хирургических) средств. К числу экспериментальных исследований нужно отнести клинические испытания средств и способов оказания медицинской помощи (предшествовать которым должны обязательно эксперименты на животных с целью проверки на патологическое воздействие для живого организма).

Частные и специальные методы исследования

Частные методы используются в родственных (смежных) науках, обладают специфическими особенностями, которые зависят от объекта и условий исследования.

Частнонаучные методы делятся по принадлежности к тому или иному классу наук: физико-химические, физико-математические, логико-математические, технико-технологические, социально-гуманитарные, психолого-педагогические, естественнонаучные, историко-филологические, медико-биологические, медико-физические, медико-исторические и т.д.

Например, **физико-химические методы анализа в медицине и биологии.** В основе физико-химических методов лежат законы физики и физической химии, а аппаратное оформление основано на применении современных достижений оптики и электроники.

Физико-химические методы – это методы *анализа*, основанные на *наблюдении и измерении* физических свойств анализируемой системы (интенсивность окраски, электропроводность и т.п.), происходящих в результате определенных химических реакций. К физико-химическим методам относят: *спектральные методы, электрохимические методы, хроматографические методы.*

Биомедицинские исследования – диагностика заболеваний путем обнаружения и определения их биомаркеров в крови, моче, слюне, потовых выделениях, тканях, выдыхаемом воздухе.

Количественный анализ – совокупность химических, физических, физико-химических методов анализа, позволяющих с требуемой точностью определять содержание отдельных составных частей в образце анализируемого вещества или их концентрации в растворе.

Методы количественного анализа широко применяют в медицине и смежных с ней областях:

- при клиническом исследовании биологических жидкостей (крови, слюны, мочи, жёлчи, спинномозговой жидкости и т.п.) для постановки диагноза и назначения курса лечения;
- при разработке, производстве и тестировании всех без исключения лекарственных средств;
- при оценке экологической обстановки: санитарно-гигиенического обследования загрязнения воздуха, состояния водоёмов, наличия химических веществ в почве и продуктах питания и т.д.).

Специальные методы исследования

Специальные методы исследования используются только в одной отрасли научного знания либо их применение ограничивается несколькими узкими областями знания. Специфические методы отдельных наук имеют свои особенности, которые зависят не только от общенаучного уровня познания, но и обусловленные особенностями той или иной области научного познания.

Специальные методы исследования в медицине

Специальные методы исследования в медицине бывают как общемедицинскими так и узкоспециальными.

Общемедицинские:

- объективные (функциональные, структурные);
- лабораторные (микроскопические);

- инструментальные (инвазивные/неинвазивные);
- аппаратные (рентгенологические, компьютерная томография КТ, магнитно-резонансная томография МРТ, ультразвуковое исследование УЗИ, позитронно-эмиссионная томография ПЭТ);
- клинические (эксперименты, тестирования, которые проводятся с участием людей).

Узкоспециальные:

- методы исследования в анатомии;
- методы исследования в травматологии;
- методы исследования в эндокринологии;
- методы исследования в стоматологии – например, электроодонтометрия ЭОМ, трансиллюминация, лазерно-иммунофлюорисцентные методы исследования, лабораторная диагностика, рентгенологические исследования (внутриротовая рентгенография вприкус, сиалография, гайморография, интерпроксимальная рентгенография, длиннофокусная рентгенография, ортопантограмма, увеличенная панорамная рентгенография, телерентгенография, компьютерная дентальная рентгенография, компьютерная томография) и т.д.

Таким образом, в научном познании функционирует сложная, динамичная, субординированная система многообразных методов разных уровней, сфер действия, направленности и т.п., которые всегда реализуются с учетом конкретных условий и предмета исследования.

5. Средства научных исследований

Средства являются важнейшими компонентами логической структуры организации научной деятельности. Поэтому они составляют объёмный раздел методологии как учения об организации научно-исследовательской деятельности.

Средства научного исследования – это то, что применяют, используют для исследования, с помощью чего проводят научные исследования.

В ходе развития науки разрабатываются и совершенствуются такие средства исследования: *материальные, информационные, математические, логические, языковые*. Все средства исследования – это специально создаваемые средства, их конструируют, создают, разрабатывают, обосновывают для тех или иных познавательных целей.

Материальные средства – это, в первую очередь, приборы для научных исследований. В истории с возникновением материальных средств познания связано формирование эмпирических методов исследования – наблюдения, измерения, эксперимента.

Эти средства непосредственно направлены на изучаемые объекты, им принадлежит главная роль в эмпирической проверке гипотез и других результатов научного исследования, в открытии новых объектов, фактов. Использование материальных средств познания в науке вообще – микроскопа, телескопа, синхротрона, спутников Земли и т.д. – оказывает глубокое

влияние на формирование понятийного аппарата наук, на способы описания изучаемых предметов, способы рассуждений и представлений, на используемые обобщения, идеализации и аргументы.

Информационные средства – это, во-первых, вычислительная техника, информационные технологии (ИТ), средства телекоммуникаций; во-вторых, информация в каком-либо её представлении, система информации.

Внедрение ЭВМ, ИТ и т.п. коренным образом преобразует научно-исследовательскую деятельность во многих отраслях науки, что и делает их средствами научного познания. В том числе, в последние десятилетия вычислительная техника широко используется для автоматизации эксперимента в физике, биологии, в технических науках и т.д., что позволяет в сотни, тысячи раз упростить исследовательские процедуры и сократить время обработки данных. Кроме того, информационные средства позволяют значительно упростить обработку статистических данных практически во всех отраслях науки. А применение спутниковых навигационных систем во много раз повышает точность измерений в геодезии, картографии и т.д.

Математические средства. Развитие математических средств познания оказывает всё большее влияние на развитие современной науки, они проникают и в гуманитарные, общественные науки.

Математика, будучи наукой о количественных отношениях и пространственных формах, абстрагированных от их конкретного содержания, разработала и применила конкретные средства отвлечения формы от содержания и сформулировала правила рассмотрения формы как самостоятельного объекта в виде чисел, множеств и т. д., что упрощает, облегчает и ускоряет процесс познания, позволяет глубже выявить связь между объектами, от которых абстрагирована форма, вычленив исходные положения, обеспечить точность и строгость суждений.

Математические средства позволяют рассматривать не только непосредственно абстрагированные количественные отношения и пространственные формы, но и логически возможные, то есть такие, которые выводятся по логическим правилам из ранее известных отношений и форм. Под влиянием математических средств познания претерпевает существенные изменения теоретический аппарат описательных наук. Математические средства позволяют систематизировать эмпирические данные, выявлять и формулировать количественные зависимости и закономерности. Математические средства используются также как особые формы идеализации и аналогии (математическое моделирование).

Логические средства. Использование логических средств в процессе построения рассуждений и доказательств позволяет исследователю отделять контролируемые аргументы от интуитивно или некритически принимаемых, ложные от истинных, путаницу от противоречий.

В любом исследовании ученому приходится решать логические задачи:

- каким логическим требованиям должны удовлетворять рассуждения, позволяющие делать объективно-истинные заключения; каким образом контролировать характер этих рассуждений?
- каким логическим требованиям должно удовлетворять описание эмпирически наблюдаемых характеристик?
- как логически анализировать исходные системы научных знаний, как согласовывать одни системы знаний с другими системами знаний (например, в социологии и близко с ней связанной психологии)?
- каким образом строить научную теорию, позволяющую давать научные объяснения, предсказания и т.д.?

Языковые средства. Важным языковым средством познания являются правила построения определений понятий (дефиниций). Во всяком научном исследовании учёному приходится уточнять введенные понятия, символы и знаки, употреблять новые понятия и знаки. Определения всегда связаны с языком как средством познания и выражения знаний.

Правила использования языков как естественных, так и искусственных, при помощи которых исследователь строит свои рассуждения и доказательства, формулирует гипотезы, получает выводы и т.д., являются исходным пунктом познавательных действий. Знание их оказывает большое влияние на эффективность использования языковых средств познания в научном исследовании.

6. Система научной информации

Информация (от латинского слова *informatio* – разъяснение, изложение, истолкование) в наиболее употребительном смысле означает сведения о чем-либо, передаваемые людьми прямо или опосредованно.

В настоящее время **«информация»** (в предельно широкой трактовке) – это общенаучное понятие, означающее обмен данными не только между людьми, но и между человеком и автоматом, автоматом и автоматом, а также обмен сигналами в животном и растительном мире, передачу признаков от клетки к клетке, от организма к организму [Социологическая энциклопедия: В 2-х т. Т.1. М.: Мысль, 2003. С.390]. Даже простейшие одноклеточные организмы получают информацию о состоянии внешней среды и используют ее при выборе наиболее благоприятных условий своего существования.

Информационные процессы, происходящие в материальном мире, живой природе и человеческом обществе изучаются (или, по крайней мере, учитываются) всеми научными дисциплинами от философии до маркетинга.

Научная информация – это логически организованная информация, получаемая в процессе научного познания и отображающая явления и законы природы, общества и мышления и используемая в общественно-исторической практике.

Научная информация – это любая достоверная информация, относящаяся к любой области естественных, технических и общественных наук, полученная научными методами познания и оцененная учеными или их

коллективами (учеными и редакционными советами, редакционными коллегиями журналов и т.п.).

Таким образом, научной можно считать только ту информацию, которая отвечает нескольким серьёзным требованиям.

Во-первых, научная информация получается человеком в процессе познания, и, следовательно, неразрывно связана с его практической, производственной деятельностью, поскольку последняя является основой познания.

Во-вторых, научная информация – это логическая информация, которая образуется путём обработки информации, поставляемой человеку органами чувств, при помощи абстрактно-логического мышления.

В-третьих, она должна адекватно отображать объективный мир.

В-четвёртых, она должна непременно использоваться в общественно-исторической практике.

Именно поэтому к научной информации не могут быть отнесены научно-фантастические литературные произведения.

Виды документов

Важнейшим источником научной информации является *документ* (от латинского слова *documentum* – свидетельство) – информация, зафиксированная специальным образом на материальном носителе, снабженная реквизитами, позволяющими идентифицировать документ в процессе его обработки, поиска, использования и хранения.

В широком смысле документ служит средством закрепления и передачи информации, знаний, духовных и материальных достижений человеческого общества. Документ является результатом и предметом духовной и материальной культуры.

По форме представления источники информации бывают:

- документальные: *текстовые* (книги, журналы, отчёты и др.), *графические или изобразительные* (чертежи, схемы, диаграммы, графики, карты, планы);

- аудиовизуальные (звукозаписи, кино- и видеофильмы, диапозитивы);

- электронные (электронные версии документальных и аудиовизуальных источников, электронные базы данных, глобальные информационные сети и т.п.).

По социальному статусу документы подразделяются на *опубликованные, неопубликованные и непубликуемые документы*.

Такое деление научных источников считается важным, т.к. идеи и факты признаются введёнными в научный оборот только после их опубликования, которое означает широкое распространение и официальную регистрацию соответствующих документов.

Опубликованные документы – это документы, прошедшие редакционно-издательскую обработку: книги, брошюры, монографии, сборники, тезисы докладов, периодические и продолжающиеся издания, патенты и авторские свидетельства, препринты, стандарты, нормативно-технические документы,

прейскуранты, каталоги, авторефераты диссертаций, рекламные издания. Они предназначены для широкого распространения и тиражируются типографским или каким-либо иным способом.

Неопубликованные документы – это документы, не прошедшие редакционно-издательскую обработку и *существующие на правах рукописи*: отчёты о научно-исследовательских работах, диссертации, описания алгоритмов и программ, проекты, сметы. Такие документы не рассчитаны на широкое распространение. К неопубликованным документам относятся депонированные рукописи.

Непубликуемые документы – рукописные материалы сугубо личного характера (письма, дневники и др.), не предназначенные для публикации, которые со временем могут быть опубликованы.

С развитием информационной технологии это разграничение становится все менее существенным.

В зависимости *от характера обработки и новизне информации* документы принято разделять на первичные и вторичные.

Первичный документ – любой материальный носитель, непосредственно фиксирующий любой результат познания реального мира или духовной, творческой и информационной деятельности (в виде описания фактов, отношений между ними, выявленных закономерностей, концепций, гипотез и т. д.).

Это документ, содержащий оригинальное произведение, материалы и результаты исследований и разработок: первичную статистику, фактографическую и нормативно-правовую информацию; учебные, инструктивно-методические, практические материалы и пособия, а также литературно-художественные, изобразительные, музыкальные и аудиовизуальные произведения.

Всё разнообразие первичных опубликованных документов зафиксировано в ГОСТе 7.60–2003 СИБИД. Издания. Основные виды. Термины и определения.

Ко *вторичным* относятся документы, которые являются результатом аналитико-синтетической, логической переработки одного или нескольких первичных документов. В их числе: библиографические пособия, реферативные сборники, обзоры, рецензии.

Вторичные документы выполняют две основные функции:

- оперативно оповещают о появлении первичных документов;
- в сжатом виде излагают основное их содержание.

Считается, что в первичных документах отражаются непосредственные результаты познания, а во вторичных – результаты аналитико-синтетической переработки информации, содержащейся в первичных документах.

Однако исторически сложившаяся система научных документов такова, что многие из них содержат одновременно и результаты научных исследований и переработку прежних сведений, содержавшихся в ранее опубликованных документах.

Примером могут служить и статьи в научных журналах, и монографии, и учебники, и особенно – справочная литература. Тем не менее, деление это удобно, так как позволяет характеризовать различные потоки документов в информационной деятельности.

Таким образом, первичными считаются те документы и издания, в которых преимущественно содержатся новые сведения или новое осмысление известных идей и фактов, а вторичными те документы и издания, в которых содержатся сведения о первичных документах.

С учётом сделанных оговорок к первичным документам и изданиям можно отнести большинство книг (за исключением справочников), журналы, газеты и сериальные издания, описания изобретений, стандарты, отчеты, диссертации, переводы, а ко вторичным – словари, справочники и энциклопедии, обзоры, сигнальная информация, реферативные журналы, библиотечные каталоги, библиографические указатели и картотеки.

Характерной чертой развития современной науки является бурный рост количества новых научных данных, получаемых в результате исследований. Ежегодно в мире издаётся более 0.5 млн. книг по различным вопросам, несколько миллионов публикаций (статей, обзоров и т.д.), регистрируется несколько сот тысяч диссертаций. Огромное количество информации содержится в сети интернет.

Информация имеет свойство «стареть». Это объясняется появлением новой печатной и электронной информации и, соответственно, уменьшением потребности в устаревшей информации. Интенсивность падения ценности информации («старения») ориентировочно составляет 10% в день для газет, 10% в месяц для журналов и 10% в год для книг.

Научные документы и издания

Научная книга – средство обобщения научной информации, которое содержит результаты теоретических и (или) экспериментальных исследований, а также научно подготовленные к публикации памятники культуры и исторические документы.

В научных книгах публикуются теоретические исследования, освещается опыт, достигнутый в тех или иных областях практической деятельности, разрабатываются стратегические проблемы науки и культуры. По некоторым данным ряда стран, научные книги составляют примерно от 20 до 25% всех выпускаемых книг.

Виды научных книг

Монография – это фундаментальный научный труд, научное издание, которое состоит из одного произведения, содержит полное и всестороннее исследование (анализ) одной проблемы или темы, выполнено одним или несколькими авторами/исполнителями (коллективная монография).

Диссертация (кандидатская, докторская) – квалификационная научная работа в определенной области наук, содержащая совокупность научных результатов и положений, выдвигаемых автором для публичной защиты и свидетельствующая о личном вкладе автора в науку и о его качествах как

ученого. Основу диссертации составляют выполненные и опубликованные научные работы, открытия или крупные изобретения, внедренные в производство технологические процессы и др.

Автореферат диссертации – это краткое изложение автором диссертации – соискателем ученой степени, содержания научного исследования (диссертационной работы) перед представлением её к защите.

Научная статья – это публикация, посвященная тематике диссертационного труда или отдельного научного исследования. Целью научной статьи является отражение научных результатов, требующих развернутой аргументации. Статья, как правило, содержит новаторские результаты теоретического, аналитического или экспериментального исследования одного или нескольких авторов.

Сборник научных трудов (научные и научно-публицистические журналы) – научное книжное издание, составленное из произведений, содержащих исследовательские материалы (статьи, сообщения, рецензии). В произведениях могут быть изложены завершающие результаты исследований, предварительные или промежуточные результаты, а также дискуссионные и другие материалы, объединенные, как правило, по тематическому признаку.

Тезисы докладов научной конференции (научного мероприятия) – научное издание в виде сборника, состоящего из материалов предварительного характера (рефератов) и изданного до начала конференции. Содержанием тезисов являются основные положения, идеи, выдвигаемые в докладе. Назначение тезисов – предварительное ознакомление участников конференции с тематикой и основным содержанием докладов.

Материалы конференции – разовый сборник, выпускаемый по итогам конференции (научной, научно-практической, научно-методической и т.п.) и составленный из докладов, выступлений, решений конференции и других материалов.

Содержанием материалов является информация, которая обусловлена видом и тематическим профилем конференции. Такая информация отражает научные решения, идеи, концепции, взгляды, сформированные в результате проработок и исследований на этапе подготовки к конференции и прошедшие на ней коллективное обсуждение и апробацию. Назначение материалов конференции – закрепление и распространение информации, которая является итогом научных достижений и оповещает научную общественность о перспективных направлениях дальнейших исследований в данной области.

Депонированные рукописи – переданные на хранение в органдепозитарий научные работы, выполненные индивидуально или в соавторстве и рассчитанные на ограниченный круг потребителей.

Депонирование – публикация результатов научного исследования в глобальной информационной сети с целью предоставления к нему свободного доступа на некоммерческой основе или же передача их на хранение в специализированные хранилища.

Термин обычно используется для обозначения практики рецензируемых журналов по размещению электронных копий статей и выступлений на конференциях, а также докладов, размещённых в репозиториях или в других общедоступных архивах с целью увеличения доступности, частоты использования и цитирования. Сведения о депонированных рукописях отражаются в реферативных журналах и библиографических указателях.

Необходимо отметить, что члены диссертационных советов придают больший вес реальным публикациям, поскольку они обеспечивают более широкое освещение исследования в научных кругах.

Депонирование было введено в 60-х годах XX века с целью ознакомления ученых и специалистов с рукописями статей и обзоров узкоспециального характера. Рукописи разных научных направлений депонируются разными органами-депозитариями: по точным наукам и технике – в ВИНТИ и т.д.

Научный отчёт – отчёт научной организации о проведённом исследовании.

Научные патенты. Патент – это охранный документ, удостоверяющий результаты интеллектуальной деятельности: исключительное право, авторство и приоритет изобретения, полезной модели, промышленного образца либо селекционного достижения.

Патенты выдают на три вида решений: изобретения, полезные модели и промышленные образцы.

Изобретение – это техническое решение, применимое в промышленной деятельности, которое относится к продукту или способу осуществления действий над объектами. Патентная защита гарантирована только новым изобретениям, которые имеют изобретательский уровень и промышленную применимость.

К изобретениям относят: устройства (конструкции и изделия), способы, вещества, штаммы микроорганизмов, линии клеток растений и животных, генетические конструкции.

Примеры изобретений: устройство мониторинга уровня глюкозы в крови, система управления сбором сообщений электронной почты, система и способ лечения содержимого сайта, способ приготовления горячего бутерброда, устройство цветового отображения музыки и др.

Не могут быть изобретениями: открытия, научные теории и математические методы, решения, касающиеся только внешнего вида изделий и направленные на удовлетворение эстетических потребностей, правила и методы игр, интеллектуальной или хозяйственной деятельности, программы для ЭВМ, решения, заключающиеся только в представлении информации, сорта растений, породы животных и биологические способы их получения, топологии интегральных микросхем.

Полезная модель – это техническое решение, которое может относиться к средствам производства или изделиям. Полезная модель как объект патентования существует только в России. К полезной модели относят доработки или усовершенствование какого-либо существующего решения, без

которого она использоваться не может. Примеры полезных моделей: линза для камеры мобильного телефона, USB флеш-накопитель, художественная кисть, фильтр для воды, вращающаяся сцена, устройство для удаления снежно-ледяных образований с тротуаров и дворовых площадок, вагон-дом и др.

Промышленный образец – это художественно-конструкторское решение изделия промышленного или кустарно-ремесленного производства, определяющее его внешний вид (дизайн). Для оформления патента решение должно обладать новизной, т.е. существенными признаками решения, касающиеся его внешнего вида (форма, конфигурация, сочетание цветов и др.), которые не должны были известны в мире до подачи заявки на получение патента; оригинальностью – указанные существенные признаки решения должны быть результатом творческой деятельности автора. В отличие от изобретений и полезных моделей, патент на промышленный образец охраняет не технические, а эстетические особенности изделий, выраженные в оригинальной форме, текстуре, цветовом сочетании или художественном оформлении элементов. Примеры промышленных образцов: дизайн упаковки товара, этикетки, формы товара, оригинальные шрифты и др.

Патент может охранять различные аспекты деятельности специалистов ***в области медицины и фармацевтики:***

– патентование методов лечения (объект – «способ»): методики проведения различных медицинских манипуляций, связанных с лечением, профилактикой, диагностикой или исследованиями. Патентуемый способ должен быть охарактеризован в виде последовательности выполнения действий с применением различных медицинских приборов, инструментов, материалов, веществ и т.д. Однако не могут быть выданы патенты на технологии клонирования человека и генетической модификации его зародышевых клеток, способы промышленного применения человеческих эмбрионов, а также другие методы, противоречащие нормам морали;

– патентирование медицинских устройств (объект – «устройство»): конструктивное исполнение медицинских аппаратов, инструментов, приборов, приспособлений и др. Устройство, как правило, характеризуется набором конструктивных элементов, из которых состоит патентуемый объект; новыми свойствами (формой, материалом и т.д.); взаимосвязью элементов, а также возможностью выполнения ими каких-либо действий;

– патентирование лекарственных веществ и композиций (объект – «вещество»): лекарственные препараты и различные составы, применяемые в медицине, должны быть охарактеризованы качественным и количественным составом, входящих в него компонентов путём указания их содержания в массовых или объёмных процентах, частях;

– применение веществ по новому назначению может быть выделено в качестве самостоятельного объекта изобретения. Исследования в области медицины нередко приводят к открытию новых неожиданных свойств в известных веществах, что позволяет расширить области их применения (такое случайное открытие привело к созданию препарата «Виагра»);

– патентирование дизайнерских решений в области медицины (объект в качестве промышленного образца): внешний вид изделий, относящихся к медицине, – дизайн приборов и приспособлений, оформление лекарственных средств или их упаковки и т.п.

Электронные источники научной информации

1) Электронные версии документальных источников.

2) Специализированные электронные базы данных:

- электронные библиотеки;

- российские научные базы – КиберЛенинка, Е-лайблари (eLibrary);

- международные научные базы:

- * Скопус (Scopus) – это крупнейшая в мире единая реферативная база данных, которая индексирует более 21 тыс. наименований научно-технических и медицинских журналов примерно 5 тыс. международных издательств. Система Скопус призвана помочь исследователям;

- * Веб оф сайенс (Web of Science);

- * Кокрейновская библиотека (The Cochrane Library). Кокрейновское сотрудничество – международная некоммерческая организация, изучающая эффективность медицинских средств и методик путем проведения рандомизированных контролируемых исследований. Центры Кокрейновского сотрудничества также занимаются созданием клинических руководств на научно-обоснованной базе. Результаты исследований в виде систематических обзоров, мета-аналитические материалы публикуются в базе данных сотрудничества – Кокрейновской библиотеке.

Не являются источниками научной информации:

- учебные издания (учебники, учебно-методические пособия, курсы лекций, методички, практикумы, рабочие тетради, хрестоматии и т.п.);

- учебные, выпускные и квалификационные научные работы (конспекты, рефераты, курсовые, дипломные, магистерские);

- научно-популярные издания (журналы, видеофильмы);

- научно-фантастические произведения;

- справочные издания (словари, справочники, энциклопедии);

- СМИ (газеты, радио, телевидение);

- информация с профессиональных форумов, групп в соцсетях.

С каждым годом поиск нужной информации становится все труднее. Отыскать новое, передовое, научное в решении данной темы – сложная задача не только для одного научного работника, но и для большого коллектива. Информационный поиск включает два этапа: *отыскание необходимой информации; проработка источников.*

Важно помнить, что поисковые системы не производят самостоятельную информацию. Поисковая система – это лишь посредник между обладателем информации (сайтом) и Вами. Базы данных постоянно обновляются, в них вносятся новые адреса, и это нужно учитывать при поиске информации.

Недостатки интернета (WEB):

1. Не вся документальная информация содержится в цифровой форме и размещена на страницах интернета. Та же, что есть, не всегда полная по объёму, т.е. WEB достаточно ограничен по сравнению с печатными материалами.

2. WEB не всегда соответствует стандартам достоверности. Большинство материалов публикуется без рецензий, без проверки, гарантий (например, по медицине, это мысли и видения отдельных авторов).

3. WEB не имеет каталогизации (описание содержания, формы), есть лишь минимальная структура информационных материалов.

4. Не обеспечивается эффективный поиск информации фундаментальных научных знаний, и она больше подходит для обмена свежей информацией и общения.

7. Наука и нравственность.

Внутренние и внешние этические нормы науки (социальная ответственность ученого)

Этика науки рассматривается в двух аспектах:

- 1) этические нормы в сообществе ученых (внутренние этические нормы);
- 2) социальная ответственность ученых за свои действия и их последствия (внешние этические нормы).

Внутренние этические нормы

Этические нормы научного сообщества были описаны Р. Мертоном ещё в 1942 г. как совокупность четырёх основных ценностей: универсализм, общность, незаинтересованность и бескорыстность, скептицизм.

Основные принципы этики научного сообщества:

- самоценность истины или универсализм;
- ориентированность на новизну научного знания;
- свобода научного творчества;
- открытость научных результатов;
- организованный скептицизм;
- незаинтересованность и бескорыстность.

Принцип самоценности истины или универсализм – ориентация исследователя и научной деятельности на поиск объективного знания, а не на личные, групповые, корпоративные или национальные интересы.

Из данного принципа следует одно из обязательных условий научной деятельности: условие точного соблюдения правил получения, отбора, обработки и публикации данных, действующих в конкретной научной дисциплине.

Новизна научного знания. Наука существует только развиваясь, а развивается она непрерывным приращением и обновлением знания. Каждые 10-20 лет происходит обновление всего объёма научных знаний. То, что сегодня является научным результатом, устаревает и заменяется новыми научными результатами.

Это составляет её специфическое отличие от всех остальных элементов культуры. Необходимость получения новых фактов и создания новых гипотез

обуславливает обязательную информированность исследователя о ранее полученных в этой области науки знаниях.

Свобода научного творчества – идеальный, но не всегда реализуемый принцип научной деятельности. Для науки нет и не должно быть запретных тем, и определение предмета исследований есть выбор самого учёного. В реальных ситуациях действенность этого принципа зачастую ограничена как внутренними факторами, действующими в научной среде, так и внешними – этическими, социальными и материальными.

Всеобщность или открытость научных достижений. Научное знание должно свободно становиться общим достоянием.

На результаты фундаментальных научных исследований (которые не следует путать с изобретениями) не существует права интеллектуальной собственности, поскольку они принадлежат всему человечеству. Ни автор, ни кто-либо другой не может запретить использовать научные результаты или требовать какой-либо компенсации за их использование, кроме ссылки на авторство. Соответственно, любой учёный, получивший новые результаты, должен их опубликовать, поскольку новое знание только тогда становится составным элементом научной картины мира, когда оно проверено и признано научным сообществом.

Организованный скептицизм или исходный критицизм. Принцип, который подразумевает открытость для сомнений по поводу любых результатов научной деятельности, как своих собственных, так и публикуемых другими учёными.

Каждый исследователь несет ответственность за оценку качества того, что сделано его коллегами, он не освобождается от ответственности за использование в своей работе данных, полученных другими исследователями, если он сам не проверил точность этих данных. То есть, в науке необходимо, с одной стороны, уважение к тому, что сделали предшественники; с другой стороны – скептическое отношение к их результатам: «Платон мне друг, но истина дороже» (Аристотель).

Незаинтересованность, бескорыстность. Учёный должен искать истину бескорыстно. Вознаграждение и признание необходимо рассматривать лишь как возможное следствие научных достижений, а не как самоцель. Признание коллег является для учёного высшей наградой, более значимой, чем материальное вознаграждение.

В то же время, существует как научная «конкуренция», заключающаяся в стремлении ученых получить научный результат быстрее других, так и конкуренция отдельных ученых и их коллективов за получение грантов, государственных заказов и т.д.

Этические нормы охватывают также и другие стороны научной деятельности: процессы подготовки и проведения исследований; правила проведения научных дискуссий, когда сталкиваются различные точки зрения; особые этические требования и нормы, связанные с фиксацией научных результатов (проблема авторства и публикаций научных исследований,

необходимость точного цитирования при ссылках на другие работы, проблемы соавторства, рецензирования, плагиата, компиляции и пр.).

Сенат Общества Макса Планка (Германия) 24 ноября 2000 г. принял «Нормы научной этики», где подробно описаны нормы научной этики, выполнение которых обязательно для всех учёных, работающих в институтах Общества, и поступки, квалифицируемые как нарушение научной этики.

Нормами научной этики определены:

- нормы, регулирующие повседневную научную деятельность;
- нормы, регулирующие отношения между коллегами и сотрудничество;
- нормы, регулирующие публикацию результатов.

Поступки, квалифицируемые как нарушение научной этики:

- ложные заявления;
- нарушение авторского права;
- вред, наносимый чужой научной работе;
- совместная ответственность за нарушение научной этики.

Нормы научной этики при подготовке публикаций:

- авторство публикации;
- выбор места публикации;
- полнота освещения существующих фактов и представлений;
- благодарности.

Существуют еще два специфических аспекта внутренней этики: корпоративная этика и профессиональная этика.

Внешние этические нормы

В отличие от внутренней этики *внешняя этика науки реализуется в отношениях науки и общества как социальная ответственность учёных.*

С появлением ракетно-ядерного оружия, развитием генной инженерии, клонированием живых организмов, гигантских экологических катастроф и других явлений, сопровождающих научно-технический прогресс, проблемы социальной ответственности учёных стали особенно актуальны. Сегодня ответственность ученого за последствия своих действий возрастает как никогда. Одно из наиболее разрабатываемых направлений этики взаимоотношения науки и общества – проблемы биомедицинской этики.

В связи с насущными экологическими проблемами, базовыми для современного общества становятся *ценности взаимодействия человека и природы*, и современная наука вступает в эпоху своей экологизации. Перед наукой ставится новая цель: не война с природой («природа не храм, а мастерская»), а обеспечение коэволюционного (т.е. совместного) развития человека и природы.

Несмотря на тесное взаимодействие науки и нравственности в истории культуры немало свидетельств тому, что пафос и величие задач науки могут нередко служить оправданием для вещей антигуманных, бесчеловечных, поэтому неизбежно встает вопрос о *нравственной ответственности ученого*. Исследователь отвечает сегодня не только за доброкачественность своих

результатов, *он должен задумываться и о тех последствиях, к каким могут привести его работы.*

Давно известно, что научные достижения могут быть обращены не только на пользу обществу, но именно сегодня остро встал вопрос о том, что наука может сделать человечество несчастным или даже послужить косвенной причиной прекращения жизни на Земле. Так, в некоторых разделах современной биологии ведутся весьма опасные исследования. Возможным стало создание микроорганизмов – возбудителей болезней, способных преодолевать ранее приобретенный иммунитет, в таком случае даже заранее проведенная вакцинация окажется неэффективной.

Генная инженерия позволяет создавать микробы, устойчивые к антибиотикам, а это означает, что болезнь, вызванная такими возбудителями, не поддастся основным распространенным сегодня методам лечения.

Установлена возможность разработки этнического оружия – на основе обнаружения биохимических различий между этническими группами конструируется специфически токсичное для разных групп соединение и т.д.

Вышеприведённые примеры говорят о том, что цели науки (а также прикладные задачи и результаты) не всегда являются нравственными и далеко не всё, что может сделать наука, морально допустимо. Никогда ранее учёный не имел такой моральной ответственности за последствия своих изысканий, как сегодня.

Не только цели научного исследования сегодня должны соизмеряться с важнейшими нравственными ценностями, *это касается и используемых наукой средств.* Нравственный императив *«цель не оправдывает средства»* должен стать основой деятельности настоящего современного учёного.

Гуманитарные науки несут ответственность за духовное здоровье и развитие общества и личности.

Ещё один аспект научной этики связан с ***противодействием*** распространению ***лженауки*** или научного шарлатанства. Под лженаучной понимается деятельность (и её результаты), которая выдаётся за научную, но осуществляется с сознательным нарушением основных этических принципов науки.

Для общества лженаука более всего опасна по двум причинам:

1) вследствие своего стремления получить доступ к финансированию за счёт государственных средств (отнимая тем самым финансовые ресурсы у действительно актуальных исследований);

2) созданием ложных иллюзий относительно возможности реализации принципиально неосуществимых проектов, таких как «вечный двигатель» или «лекарство от всех болезней».

Кто поддерживает лженауку?

Во-первых, это другие лжеучёные; во-вторых, это далёкие от науки родные и друзья лжеучёного; в-третьих, это недостаточно сведущие, но падкие до сенсаций журналисты; и, наконец, деловые люди, мало знакомые с

наукой, но готовые поверить в чрезвычайную практическую ценность лженаучного открытия.

Таким образом, ученый несёт большую ответственность как за цели и средства, так и за социальные последствия своей деятельности. Можно ставить вопрос и шире – о ценностях и моральных установках науки как общественного института, который нуждается в этически ориентированном контроле со стороны общества

Рано или поздно необходимо разрешить проблему правильного использования достижений науки. В таком случае сразу возникает вопрос об этике ученого, его нравственности. К сожалению, достижение истины не всегда ведёт к добру.

Тема 7. Межкультурные и цифровые компетенции врача в XXI веке

1. Особенности реализации межкультурной компетенции в профессиональной деятельности врача.
2. Понятие цифровой компетенции специалиста в условиях информатизации профессиональной деятельности.
3. Телемедицина как новационная технология формирования цифровых компетенций в профессиональной культуре специалиста-медика.

1. Особенности реализации межкультурной компетенции в профессиональной деятельности врача

Культура играет большую роль в формировании ценностей, связанных со здоровьем, убеждений и поведения. Культуро-обусловленное восприятие болезни влияет на образ жизни пациента, отношение к лечению, взаимоотношение пациента и врача, исход лечения. Врачи всё чаще принимают пациентов из различных социокультурных сред. Когда социокультурные различия между пациентом и врачом не изучены и не доведены до практики, это может привести к недовольству пациента, несоблюдению рекомендаций и плохим последствиям для здоровья.

Исследователь межнационального общения Ричард Льюис считает, что все культуры мира делятся на три типа: моноактивные, полиактивные и реактивные.

Моноактивные – культуры, в которых принято планировать свою жизнь, составлять расписания, организовывать деятельность в определённой последовательности, заниматься только одним делом в данный момент. Типичными представителями являются англосаксы: американцы, англичане, немцы, северные европейцы, методично, последовательно и пунктуально организующие свое время и жизнедеятельность.

Полиактивные – подвижные, общительные народы, привыкшие делать много дел сразу, планирующие очередность дел не по расписанию, а по

степени относительной привлекательности, значимости того или иного мероприятия в данный момент. У них принято делать одновременно несколько дел (нередко, не доводя их до конца). Типичными представителями выступают латиноамериканцы, южные европейцы и арабы.

Реактивные – культуры, придающие наибольшее значение вежливости и уважению, предпочитающие молча и спокойно слушать собеседника, осторожно реагируя на предложения другой стороны. Представители этой категории – китайцы, японцы и финны.

Когда люди, принадлежащие к моноактивной культуре, работают вместе с людьми культуры полиактивной, они испытывают взаимное раздражение. Полиактивные люди уверены, что наиболее продуктивен именно их способ действий. Полиактивных людей не очень заботят расписания и пунктуальность. Они делают вид, что соблюдают их, особенно если на этом настаивают моноактивные партнёры, но считают, что реальность важнее, чем распорядок, устанавливаемый человеком. Полиактивные люди не любят обрывать беседу на полуслове. Для них завершить межличностное взаимодействие – наилучшая форма инвестирования времени. Всё это прямо противоположно представлениям моноактивных людей. До тех пор пока одна сторона не приспособится к другой, будут возникать постоянные недопонимания, вплоть до конфликтов.

Врачи многонациональных стран сталкиваются со множеством различных точек зрения пациентов в отношении здоровья. Многие пациенты могут представить свои симптомы совсем не так, как можно бы было ожидать при их заболевании, они могут иметь разные ожидания или пороговые значения для обращения за медицинской помощью, и их убеждения повлияют на то, будут ли они следовать рекомендациям врача.

Показательным является пример из практики одной из западноевропейских фармацевтических компаний. Она решила поставить партию нового болеутоляющего препарата в арабские страны. Препарат хорошо раскупался на европейском континенте, что позволило компании рассчитывать на успех. Для рекламы в Европе использовались три картинки: на первой была изображена женщина, кричащая от боли, на второй – она же принимала лекарство, на третьей – после приема препарата боль прошла, и женщина изображалась в расслабленном, спокойном состоянии. Рекламу, которая не требовала пояснений, решили оставить. Через некоторое время обнаружили, что препарат вообще не покупается в арабских странах. О том, что там читают справа налево, разумеется, знали, но о том, что это относится и к картинкам, просто не подумали. Без учёта культурной специфики смысл рекламы оказался прямо противоположным: женщина принимает предлагаемое лекарство, после чего кричит от боли.

Россия всегда была многонациональным и многоконфессиональным государством. В российские больницы обращаются пациенты различных национальностей, соответственно врачу приходится общаться с больными, принадлежащими к разным культурам, этносам и религиям. В настоящее

время проблема межкультурного общения врача и пациента является весьма актуальной.

При межкультурном взаимодействии врача и пациента, которые относятся к разным национальностям, необходимо учитывать особенности национального характера, специфику эмоционального склада, национально-специфические особенности мышления, менталитета.

Известно, что лечить надо больного, а не болезнь. При лечении необходимо учитывать как индивидуальные особенности пациента, так и национально-культурные черты его поведения, психологии, мировосприятия, привычную среду обитания, привычные методы и способы лечения и т.п. Великий врач Авиценна (Ибн Сина) тысячу лет тому назад учил, что «если придать индийцу натуру славянина, то индеец заболит или даже погибнет. То же будет со славянином, если ему придать натуру индийца». Очевидно, что под «натурой» подразумеваются национально-этнические особенности, связанные с культурой, национальным характером.

В своей работе врач должен одинаково внимательно относиться к пациенту независимо от его расовой принадлежности, национальности и вероисповедания. В медицинских клятвах и этических кодексах сказано, что врач обязан быть постоянно готовым оказать медицинскую помощь любому человеку, не зависимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение.

Специалист, который не может преодолеть чувства неприязненного отношения к другим расам, национальностям и религиям, не должен браться за постоянное оказание медицинской помощи данной группе населения. В экстренной ситуации, угрожающей жизни больного, врач должен оказать помощь и, если это требуется, даже спасти жизнь независимо от расовой, национальной и религиозной принадлежности, социального положения. При этом он должен быть осторожен в выяснении национальности и религиозной принадлежности, делать это только в тех случаях, когда необходимо учитывать подобные данные на благо человека.

Врач должен выяснить национальность и вероисповедание своего пациента в следующих ситуациях:

- в результате высокой миграционной способности современного человека в том или ином регионе Земли может появиться заболевание, не характерное для данной местности. Таким образом, для постановки диагноза необходимо выяснить национальность больного и сроки прибытия его в страну;
- существуют заболевания, характерные только для людей определённой национальности, отдельного района проживания. Например, серповидно-клеточная анемия характерна для жителей Африки; талассемия – для жителей побережья Средиземного моря и народов Азербайджана;

- существуют особые религиозные обычаи (например, соблюдение поста христианами), которые могут повлечь за собой развитие железодефицитной анемии, гипотрофии (уменьшение массы тела у детей), если пост соблюдали изначально больные люди. Хотя всем известно, что христианская религия, как другие религии, не рекомендует соблюдение постов больным людям и маленьким детям;

- врачу при обучении уходу за ребёнком необходимо учитывать национальные и религиозные традиции: правила пеленания, кормления, использования спальных принадлежностей. Разумеется, если эти особенности не соответствуют современным гигиеническим требованиям, то необходимо тактично возражать родителям;

- при назначении диетического питания врач должен учитывать религиозные убеждения пациента. Следует помнить, что мусульмане и иудеи не едят свинину; индусы – говядину и телятину, так как корова у них является священным животным; монголы, буряты не едят рыбу, так как священной у них является вода и, следовательно, всё, что её населяет.

У каждого народа есть определённые нормы поведения, с которыми специалист должен быть знаком.

Известно немало случаев, когда врач тратит много времени на разговор с пациенткой, пытаясь уговорить её принять решение, касающееся её здоровья, не зная, что традиционно в странах Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки окончательное решение остаётся за мужем. В традиционных мусульманских семьях принято все разговоры и общение с врачом вести главе семьи – мужчине. Женщины не могут самостоятельно обратиться к врачу, не поставив в известность близких людей. На приём к врачу женщина придёт или с мужем, или со старшей, уважаемой в роду женщиной. От врача ожидают, что все разговоры он будет вести как бы через посредника. При этом врач должен вербально и невербально продемонстрировать подчёркнуто вежливое, уважительное отношение к такому «посреднику», не высказывая никаких сомнений по поводу любых его заявлений. Все свои назначения врач также должен согласовывать прежде всего с ним, а не с женщиной, которая находится на приёме.

В традициях европейской и американской медицины огромное внимание уделяется праву пациента знать всё, что касается его лечения, в том числе и неблагоприятный диагноз на самых ранних стадиях заболевания.

Такое отношение к больным присуще не всем культурам, во многих странах оно не практикуется. Традиционно в странах коллективистской культуры: России, восточных странах и странах Латинской Америки – неблагоприятный диагноз или плохой прогноз лечения сообщают сначала членам семьи, которые решают, следует ли информировать об этом больного, когда и как лучше это сделать. В странах с такой медицинской культурой врачи считают, что сообщать больному человеку плохую новость бесчеловечно, это может вызвать дополнительный стресс или привести к преждевременной смерти, если у больного отнять последнюю надежду.

Поэтому прежде, чем сообщить неблагоприятный диагноз, в этих странах пациента тщательно готовят, выбирают момент, дают информацию дозированно.

***Рекомендации при общении врача с пациентами
иной национальности:***

- врачу следует учитывать тип культуры, национальность, вероисповедание; при лечении и общении с пациентом он должен вести себя в соответствии с имеющимися знаниями и компетенциями, ожидаемыми реакциями;
- в своей работе врач должен одинаково внимательно относиться к пациенту независимо от его расовой принадлежности или национальности;
- врач должен быть терпимым, толерантным к проявлениям национально и религиозно ориентированных моделей поведения пациентов;
- врач должен быть осторожен в выяснении национальности и религиозной принадлежности, делать это только в тех случаях, когда необходимо учитывать эти данные на благо человека;
- при лечении необходимо учитывать как индивидуальные особенности пациента, так и национально-культурные черты его поведения, психологии, мировосприятия, привычную среду обитания, привычные методы и способы лечения и т.п.;
- врачу следует быть сдержанным в проявлении эмоций, не рекомендуется сопровождать беседу комментариями оценочного или диагностического характера;
- врач должен быть вежливым, общаться с пациентом только на «Вы», называя пациента по имени или имени-отчеству в зависимости от культурной традиции;
- врач должен быть сдержанным не только в вербальном, но и в невербальном поведении;
- врач должен уметь считывать невербальные сигналы, имеющие культурно-историческую семантику (смысловое значение), которые ему посылает пациент.

Как видим, при формировании межкультурной компетентности медицинского работника важно уделять внимание ключевым практическим вопросам «что можно и нельзя делать» в уходе за пациентом определённой культуры. Межкультурная компетентность врача развивается от предположений о пациентах на основе их национальности до осуществления принципов пациенто-ориентированной помощи, включая изучение, сопереживание, отзывчивость к нуждам, ценностям и предпочтениям пациентов.

**2. Понятие цифровой компетенции специалиста
в условиях информатизации профессиональной деятельности**

Информационные технологии проникли во все сферы жизни без исключения. Будущее за интернетом, блокчейном (*блокчейн* – выстроенная по

определённым правилам непрерывная последовательная цепочка блоков, содержащих информацию) и другими распределёнными сетями, автоматизацией и роботизацией. Информации в целом становится всё больше и больше, и обработка данных может помочь в создании лучших социальных сервисов, внедрению инноваций в промышленности, в управлении. Большая доля общения, как делового, так и личного, происходит в сети, что определяет особенности мышления и поведения поколения. Таким образом, практически в любых сферах деятельности мы сталкиваемся с необходимостью хранить, искать и анализировать большие объёмы информации.

Развитие информационных технологий и расширение технических возможностей, появление новых разработок и их тесное вхождение в нашу повседневную жизнь обязывает формировать, развивать цифровую компетенцию как обязательную составляющую профессиональной культуры современного специалиста-профессионала.

Становление цифровой, информационной социально-культурной среды выступает фактором трансформации профессиональной деятельности современного специалиста, поскольку становится необходимым своевременное использование больших объёмов информации в процессе выполнения профессиональной деятельности, возрастает потребность практически непрерывно получать новые знания посредством информационно-телекоммуникационных технологий. Таким образом, тенденция усиления информатизации профессиональной деятельности, проявившаяся ещё в конце 1980-х годов, благодаря массовому использованию информационно-телекоммуникационных технологий сегодня стала одним из определяющих факторов трансформации профессиональной деятельности.

Информационная деятельность человека – ядро информационной компетентности. Информационная деятельность обеспечивает функционирование и дальнейшее развития информационного потенциала общества. Эта деятельность связана с разнообразными способностями человека, которые проявляются:

- в умениях и навыках по использованию современной компьютерной и телекоммуникационной техники;
- в способности использовать в своей деятельности информационные технологии;
- в умении получать значимую для себя информацию из различных источников, перерабатывать её и т.п.

Информационно-коммуникативная среда предъявляет качественно новые требования к личности специалиста, к уровню его профессиональной культуры.

Одна из основных проблем формирования, становления современного профессионала, и особенно образования типа «e-learning», независимо от сферы деятельности связана с формированием и развитием цифровой компетентности как ведущего компонента цифровой культуры («e-learning» – электронное обучение, сокращённое от Electronic Learning). Вузовские

преподаватели, журналисты и аналитики пока не договорились о терминах – как лучше называть новое явление: электронное обучение, дистанционное обучение, сетевое обучение, виртуальное обучение, обучение при помощи информационных технологий. По определению ЮНЕСКО, «e-learning – это обучение с помощью интернета и мультимедиа».

Электронное обучение или e-learning – общее обозначение, используемое для описания широкого диапазона применяемых электронных технологий (телевидение, радио, смартфон, интернет и т.д.) в образовании с особым акцентом на обучение через интернет. Вот список терминов, которыми так или иначе описывают электронные технологии и трактуют как «электронное обучение»: интернет-образование, дистанционное образование, сетевое образование, компьютерно-опосредованные коммуникации, компьютерное обучение, e-learning, виртуальные классы, информационно-коммуникационные технологии, открытое обучение, телеобучение, распределённое обучение, веб-обучение, виртуальное обучение.

e-learning предоставляет обучающимся возможность учиться в своём собственном темпе на любом этапе жизни и, таким образом, создавать положительное отношение к ценности образования в течение всей жизни.

Для успешного развития e-learning необходимо выполнить триединую задачу: обеспечить доступность, компетенции и мотивации e-learning. Доступность определяется наличием у людей свободного доступа в интернет, компетенция – умением пользоваться информационными ресурсами, расположенными на многочисленных сайтах, а мотивация – желанием и стремлением людей эти ресурсы использовать.)

Цифровая культура – это понимание современных информационных технологий, их функционала, а также возможность грамотно использовать их в работе или быту. И это относится не к смартфонам или умным приборам, а к таким инструментам, как работа с базами данных, машинное обучение, компьютерное моделирование, статистический анализ, работа с графическими редакторами и многое другое.

Цифровая культура подразумевает, что человек соблюдает так называемую цифровую этику. Это значит, что он знает, как строить общение с другими пользователями, как представлять информацию о себе, какие данные являются публичными, а какие – нет, как обеспечить информационную безопасность, какое законодательство существует в его стране в области работы с данными. Иными словами, он осознаёт, как правильно позиционировать себя в информационном пространстве и какие границы нельзя переступать, когда находишься в нём.

Цифровая компетентность – это основанная на непрерывном овладении компетенциями способность индивида уверенно, эффективно, критично и безопасно выбирать и применять инфокоммуникационные технологии в разных сферах жизнедеятельности (работа с контентом, коммуникации, потребление, техносфера), а также его готовность к такой деятельности.

Цифровая компетентность обусловлена сформированностью и развитостью цифровой культуры человека или сообщества определённой система знаний и умений в сфере разработки, применения, совершенствования цифровых устройств и программного обеспечения.

Представления об информационной или цифровой грамотности, цифровой компетентности и даже цифровом гражданстве являются предметом многочисленных исследований интернета как научного объекта. Одна из позиций исследователей такова, что цифровая компетентность является составляющей социальной компетентности, которая включает четыре компонента (знания, умения, мотивация, ответственность и безопасность), реализующихся в четырёх сферах (контент, коммуникация, потребление и техносфера). Соответственно, рассматривается четыре вида цифровой компетентности:

1) информационная и медиакомпетентность – знания, умения, мотивация и ответственность, связанные с поиском, пониманием, организацией, архивированием цифровой информации и её критическим осмыслением, а также с созданием информационных объектов с использованием цифровых ресурсов (текстовых, изобразительных, аудио и видео);

2) коммуникативная компетентность – знания, умения, мотивация и ответственность, необходимые для различных форм коммуникации (электронная почта, чаты, блоги, форумы, социальные сети и др.) и с различными целями;

3) техническая компетентность – знания, умения, мотивация и ответственность, позволяющие эффективно и безопасно использовать технические и программные средства для решения различных задач, в том числе использования компьютерных сетей, облачных сервисов и т. п.;

4) потребительская компетентность – знания, умения, мотивация и ответственность, позволяющие решать с помощью цифровых устройств и интернета различные повседневные задачи, связанные с конкретными жизненными ситуациями, предполагающими удовлетворение различных потребностей.

За последнее десятилетие человечеству открылся новый мир – киберпространство, связанное сетью телекоммуникаций. Киберпространство для многих его обитателей стало не только гигантской библиотекой, сколько деятельной средой, жизненным миром. Не с помощью сети интернет, а в интернет-среде киберпространства осуществляется сегодня деятельность многих людей.

Можно сказать, что киберпространство имеет свою собственную структуру. По мере овладения человеком определённого слоя киберпространства повышается его качественный уровень приобщения к информационной культуре. Киберпространство может характеризоваться такими понятиями, как «информационная плотность», «информационный поток», «информационное поле» и проч.

Кроме того, считается, что с появлением интернета «второго поколения» (Web2.0 по О. Рейли, интерактивного, направленного к массовому пользователю) начался этап «посткиберпространства», а именно:

- активизировалась гибридизация онлайн-ового и оффлайн-ового времени и пространства;

- интернет-сеть стала пространством человеческой повседневной семейной, профессиональной жизни, хобби и развлечений;

- интернет стал дополнительной средой диалога.

Цифровые компетенции представителя современного общества должны не только обеспечить успешную социализацию, в том числе и киберсоциализацию личности, но и гарантировать овладение эффективными методами и средствами сбора, накопления, передачи и переработки информации в течение всей социально активной жизни человека.

Киберсоциализация – это социализация личности в киберпространстве, процесс качественных изменений структуры самосознания, происходящий под влиянием и в результате использования человеком современных информационно-коммуникационных, цифровых и компьютерных технологий, усвоение и воспроизводства им культуры в рамках персональной жизнедеятельности.

Отечественный исследователь феномена киберсоциализации В. А. Плешаков отмечает, что «киберпространство – это некое созданное и постоянно дополняющееся человечеством сетевое информационное воплощение ноосферы».

3. Телемедицина как новационная технология формирования цифровых компетенций в профессиональной культуре специалиста-медика

Мечта «лечиться по телевизору» зародилась более 100 лет назад. Здравоохранение – одна из ведущих сфер социальной жизни, а медицинское обслуживание является важнейшим элементом социального и экономического развития общества. Беспроводная связь открывает совершенно новые возможности и области применения в медицинской сфере.

Телемедицина – это предоставление медицинских услуг медицинскими работниками с использованием информационно-коммуникационных технологий для обмена достоверной информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывной подготовки медицинских работников в интересах содействия поддержки здоровья граждан и их сообществ там, где расстояние является критическим фактором.

История возникновения телемедицины тесно связана с научно-техническим прогрессом в области коммуникаций и средств связи, а также с нуждами и потребностями отраслевой или так называемой производственной медицины. Исторически особенно прогрессивными были разработки в военной и аэрокосмической области.

Можно выделить следующие наиболее значимые моменты в истории телемедицины. 1905 год можно считать годом рождения телемедицины в современном понимании этого термина. В этом году 22 марта Вильем Эйтховен произвел трансляцию нормальной электрокардиограммы из своей домашней лаборатории в университетскую клинику на расстояние 1,5 км с использованием телефонного кабеля.

Документально известен случай, произошедший в Австралии в 1917 году. Для определения диагноза и сопровождения экстренного хирургического лечения пациента с травматическим разрывом мочевого пузыря была использована целая серия дистанционных консультаций по телеграфу. Именно этот эпизод впервые продемонстрировал возможности телекоммуникаций для приближения медицинской помощи в отдалённые, изолированные, труднодоступные районы.

С конца 1940-х гг. в СССР проводились масштабные исследования в рамках космической программы, которые привели к появлению новой научно-практической отрасли – биотелеметрии. Регистрация физиологических функций животного и передача информации с борта космического корабля на Землю впервые была произведена 3 ноября 1957 г. во время полёта второго искусственного спутника Земли с собакой Лайкой. Также в СССР широкую известность получила кардиологическая телеметрическая система «Волна», позволяющая проводить аналоговую передачу электрокардиограммы (серийный выпуск начат с 1974 г.).

На Западе существовала несколько иная практика. Возможности телевидения использовались для приближения врачей и пациентов, а также для дистанционного обучения медицинского персонала. Первая телевизионная трансляция хирургической операции была проведена с использованием установки Zenith П. Голдмарка 31 мая 1949 г. в университете Пенсильвании. В декабре того же года подобное мероприятие провели и в Атлантик Сити, при этом различные хирургические операции (кесарево сечение, костную пластику, аппендектомию) дистанционно наблюдала аудитория из 15000 врачей – членов Американской медицинской ассоциации.

В 1993 году во Франции начался проект EUREKA Master, посвящённый малоинвазивной хирургии посредством роботов и телекоммуникаций. Достижения этого проекта в сфере качества, реалистичности и безопасности передачи данных во время хирургической операции легли в основу телехирургической системы Zeus 1993 г.

1996 год считают годом появления компьютер- или робот-ассистирующей хирургии – вида хирургии, использующего компьютерный интерфейс между врачом и пациентом.

Надо заметить, что внедрение телекоммуникаций в медицинский процесс в той или иной мере происходило почти параллельно по всему земному шару. На сегодняшний день из многочисленных приложений, где медицина с успехом использовала возможности телекоммуникаций, можно выделить следующие её основные виды: телемедицинское консультирование,

биотелеметрия (телемониторинг), домашняя (индивидуальная) телемедицина, телескрининг, телеприсутствие, телеассистирование, дистанционное обучение. Частная телемедицина представлена комплексным использованием вышеперечисленных процедур (в различных модификациях) для достижения клинических и иных целей в рамках определенной медицинской специальности.

В процессе развития и становления телемедицины в медицинских учреждениях всё активнее стали появляться новые структурные подразделения – телемедицинские центры, специализацией которых стало именно оказание телемедицинских услуг. Телемедицинский центр – основное инфраструктурное подразделение телемедицинской сети, обеспечивающее выполнение клинических, организационных, учебно-методических и научных задач.

Развитие телемедицины, особенно в последнее время и с появлением такого направления телемедицины, как домашняя телемедицина, привело к определённой эволюции в развитии медицинской техники, особенно в телеметрических приложениях.

Основные телемедицинские лечебно-диагностические приборы

Специализированная видеочкамера – для визуализации пациента и места болезни.

Цифровой электрограф – компьютеризированный прибор для фиксации, обработки, анализа и трансляции электрограммы (кардио-, энцефало-, мио- и т. д.).

Цифровые измерительные устройства – электронные датчики для фиксации физиологических параметров и передачи соответствующих данных в цифровом виде (цифровые спирометры, глюкометры, термометры и весы). Наиболее часто подобные устройства применяются в системах домашней телемедицины.

Цифровой стетоскоп – электронный стетофонендоскоп с функциями фильтрации, записи, передачи, обработки аускультативной картины (*аускультация* – физический метод медицинской диагностики, заключающийся в выслушивании звуков) в виде компьютерных файлов или потока данных.

Современные мониторы, инфузоматы и аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) снабжаются портами компьютерных интерфейсов, что позволяет проводить дистанционный контроль и коррекцию выполнения лечебных программ (инфузионной терапии, режима ИВЛ, введения обезболивающих средств и т.д.), используя корпоративную (локальную или территориально-распределённую) компьютерную сеть.

Разновидностью средств дистанционного контроля лечебных устройств являются ***роботизированные установки для эндоскопических операций***. Телехирургия применяется в мире с 2000 года, в настоящее время с помощью дистанционно управляемых роботизированных устройств выполняются эндоскопические вмешательства в грудной, брюшной полостях и полости

череп. Достаточно часто роботизированные комплексы применяются в качестве ассистентов – это так называемая робот-ассистирующая хирургия.

Таким образом, телемедицина сегодня – это активно развивающаяся область медицины, причём учитывая современные тенденции, очевидно, что в скором будущем телемедицинские приложения заменят собой ряд традиционных медицинских процедур и способов взаимодействия врача и пациента.

Проблемы развития телемедицины

Решить проблему цифровизации отечественной медицины становится возможным, учитывая достижения медицинских, информационных и коммуникационных технологий. В России действует закон о телемедицинских технологиях «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», принятый в июле 2017 года. В нём определены три разрешённых вида телемедицинской помощи:

- проведение повторных врачебных консультаций в процессе лечения пациента,
- консилиумы с участием нескольких специалистов
- дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента, в том числе с использованием специальных носимых устройств.

Согласно закону, *осуществлять первичные консультации пациентов, ставить диагнозы и назначать лечение с помощью телемедицинских технологий нельзя* (а это как раз наиболее частые запросы к новой услуге от пациентов). Можно только оценивать эффективность ранее назначенной терапии и по мере необходимости корректировать её.

Ситуация в мире также показывает перспективы телемедицинских услуг – этот рынок растёт примерно на 18% в год, и, по оценке BBC Research, к 2021 году его объём достигнет 55 млрд долл. В США медицинские работники всё чаще используют удалённые коммуникации и технологии мониторинга в целях сокращения затрат и повышения качества медицинской помощи.

Причины этого роста различные в разных странах. В Соединенных Штатах и странах Западной Европы они, преимущественно, экономические – с помощью телемедицины страховые компании и сами пациенты стремятся сократить свои затраты, экономя на уменьшении количества обращений в лечебные учреждения. А вот в Австралии, Китае, Канаде и Израиле – это способ быстро «преодолеть расстояние» и «попасть на приём» к врачу в случае экстренно возникшей необходимости.

В России пациенты ждут от телемедицины, прежде всего, повышения качества оказываемой медицинской помощи. Так, 40% посетителей региональных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) жалуются на элементарное отсутствие в них необходимых специалистов. В законе о телемедицинских услугах предусмотрена их реализация только через портал госуслуг. Такой порядок неспецифичен для мировой практики. Например, в западных странах телемедицина успешно развивается через крупные

информационные ресурсы (National Health Service (NHS) в Великобритании, American Well, MDLive и др. в США), которые являются коммерческими проектами. Данный рынок весьма привлекателен для инвесторов.

Ещё одна проблема, тормозящая развитие телемедицины в нашей стране, – сдержанное отношение врачей к удалённой работе. Согласно онлайн-опросу, проведённому порталом ONDOC, только 54% врачей готовы консультировать пациентов дистанционно. И это среди врачей, которые являются активными пользователями сети интернет. При этом интересны аргументы против подобного консультирования, которые выдвигались докторами. Наряду с более-менее логичными – «Трудно осмотреть пациента без очной встречи с ним», «Я и так очень устаю на очных приёмах в своей поликлинике», часто встречались и такие: «Мне ещё в институте внушили, что лечить по телефону – это преступление», «Коллеги не поймут меня» и подобные. Однако по мере прихода в медицину молодого поколения эта ситуация коренным образом должна измениться. «Лечение по телевизору» станет не только мечтой пациентов, но и удобным инструментом врачей, что будет способствовать развитию удалённого оказания медицинских услуг.

В связи с интенсивным внедрением новых медицинских технологий всё большую актуальность приобретают проблемы социальной защищённости медицинских работников, включающие комплекс взаимосвязанных вопросов защиты профессиональных, научных, социальных, политических, экономических, этических, религиозных и правовых интересов врачей и гарантии свободы их деятельности в интересах пациентов.

Тема 8. Медицина в художественном пространстве

1. Медицина в символах и эмблемах.
2. Медицина в живописи.
3. Медицина в монументальном искусстве.
4. Медицина и литература.
5. Медицина и киноискусство.

«Самая возвышенная цель искусства – заставлять биться человеческие сердца, и так как сердце – центр жизни, искусство должно постоянно находиться в теснейшей связи со всей моральной и материальной жизнью человека», – писал французский философ и поэт Жан Мари Гюйо (1854-1888).

Психолог Л. С. Выготский (1896-1934) говорил, что «эмоции искусства суть умные эмоции». Они неразрывно связаны с деятельностью человеческого сознания.

Произведения искусства одновременно затрагивают и сознание, и чувства, воздействуют на обе сферы психической жизни человека. И этим определяется могучая сила искусства: музыки, живописи, скульптуры,

архитектуры, литературы, кинематографа, которую медицина использует в своих целях.

Великий русский хирург Н. И. Пирогов указывал на то, что врач, не имеющий общего образования и не интересующийся произведениями великих писателей и поэтов, не врач, а ремесленник. Выступая перед студентами с лекцией на тему «Быть или казаться», он утверждал, что мировоззрение человека не может быть построено одними естественными науками без других отраслей знания, без обращения к искусству.

Искусство необходимо врачу для понимания человеческой жизни в её индивидуальных проявлениях, для изучения особенностей поведенческих реакций человека в условиях болезни, не связанных исключительно с их патобиофизиологическими проявлениями, а также для обогащения его клинического мышления и литературного языка. Когда же дело касается внутреннего мира человека, его психологии, писатели, как правило, опережают врачей в этом отношении на основании знаний, полученных непосредственно из самой жизни.

В настоящее время существует понятие «медицинский трузантизм». Впервые явление трузантизма (англ. *truant* – прогульщик) было обозначено в 1936 г., когда знаменитый британский хирург лорд Бёркли Мойниган в своей Линакровской лекции, прочитанной в Кембриджском университете, рассказал о 61 враче, прославившемся вне медицины – в политике, литературе, искусстве, философии, спорте и т.п. и назвал их в шутку трузантами, т.е. прогульщиками.

Отечественный исследователь трузантизма с 1949 года профессор А. П. Зильбер даёт следующие определения: «Трузант – это человек, занимающийся другим делом помимо профессии, для которой он был предназначен, и этим делом он занимается высококомпетентно, внося в него огромный вклад, благодаря своей заинтересованности, самообразованию или даже дополнительной фундаментальной подготовке»; «Медицинский трузантизм – это плодотворное устремление врачей к полезной творческой деятельности вне медицины». Автор изучил данные почти о 4.000 врачах-трузантах. Это очень разные люди, прежде всего по своим человеческим качествам, но их объединяет одно: для самовыражения им недостаточно заниматься только одним делом – врачеванием. Самые известные врачи-трузанты: Франсуа Рабле, Артур Конан Дойль, Альберт Швейцер, А. П. Чехов, М. А. Булгаков, Н. М. Амосов, В. П. Филатов, С. В. Руданский, Станислав Лем, Че Гевара, Александр Розенбаум и др. Врачи-трузанты Медицинской академии имени С. И. Георгиевского: В. И. Зяблов, А. И. Милявский, А. И. Блискунов, А. К. Загорулько, К. А. Ефетов и др.

1. Медицина в символах и эмблемах

Раскрытие первоначального смысла древнейших медицинских символов помогает понять суть многих представлений наших далёких предков об окружающей природе, причинах болезней, факторах, обуславливающих

здоровье, и способах его сохранения, способствуя установлению истоков теоретической и практической медицины. Это представляет большой интерес не только для истории медицины, но и для понимания некоторых аспектов развития человеческой культуры.

Символ (от греч. *symbolon* – знак, опознавательная примета) – это особый знак, представляющий собой чувственную или духовную реальность, т.е. любой предмет, явление, идею, объект, словесный или пластический образ, которые имеют какой-то другой, более обобщённый смысл, отличающийся от их собственного, реального содержания.

В символе этим другим значением, смыслом является ценность. Значение символов указывает на значимость, ценность этих явлений как для отдельного человека (индивидуальные символы), так и для различных групп людей, народов, государств и человечества в целом.

Виды символов

Природа символа заключена в его социально-коммуникативной функции. В зависимости от сферы человеческой деятельности можно выделить различные виды символов:

- *исторические символы* – Бородинское поле как символ боевой славы русского оружия, гробница Наполеона как символ величия Франции и др.);
- *религиозные символы* – крест, иконы, мощи святых и др.;
- *мифологические символы* – миф о Прометее как символ самоутверждения человека в борьбе с чуждыми внешними силами и др.;
- *идеологические и пропагандистские символы* – программы, лозунги, воззвания, конституции и др.;
- *нравственные символы* – белый цвет как символ нравственной чистоты и др.;
- *художественные символы* – произведения искусства, в особенности монументального.

Эмблема (от лат. *emblema* – вставка, выпуклое изображение) – условное символическое изображение какого-либо понятия или идеи.

От символа эмблема отличается тем, что она не воплощает содержания понятия, а лишь указывает на него; смысл её иносказания установлен и не подлежит толкованиям.

Эмблемы должны быть ясны и просты, зритель должен видеть в них то, что ему хотели сказать. Напротив, символ можно понимать совершенно по-разному, независимо от замысла художника, т.е. символ воплощает идею, а эмблема – условный знак, иероглиф, её заменяющий (например, серп и молот – эмблема союза рабочих и крестьян; улей – эмблема трудолюбия; якорь – эмблема надежды; лира – эмблема поэзии и музыки и т. п.).

Изучая историю возникновения и развития медицинской символики, приходится обращаться к наукам и искусству многих стран и народов, поскольку медицина (а вместе с ней её символы и эмблемы) развивалась на

протяжении всего своего существования в тесной связи с материальным состоянием и общей культурой всех стран и народов.

Медицинские символы/эмблемы делятся на *общие и частные*.

Общие медицинские эмблемы:

- змея;
- змея, обвивающая посох (посох Асклепия-Эскулапа);
- змея, обвивающая чашу;
- змея, обвивающая треножник Аполлона;
- змея, обвивающая омфалос (Дельфийский пуп);
- змея, обвивающая зеркало;
- две змеи, обвивающие посох (жезл Гермеса-Меркурия) – Кодуцей;
- анк (анкх) Имхотепа;
- яйцо;
- горящий факел или горящая свеча;
- сердце на ладони и др.

Частные медицинские эмблемы:

- ступки, ступки с пестиком, зелёный крест – эмблемы фармации, эмблемы медицинских обществ;
- флорентийский младенец – эмблема педиатрии;
- уринарий – эмблема средневекового врачевания;
- рука, ощупывающая пульс, ландыш – эмблемы терапевтического профиля;
- пентаграммы некоторых хирургических инструментов (скальпеля, ножниц и др.) – эмблемы хирургического профиля;
- капля крови – эмблема донорства;
- военно-медицинские эмблемы и др.

Таким образом, общие медицинские символы/эмблемы символизируют врачевание вообще, а частные являются символами отдельных разделов и направлений врачебной деятельности.

В современном мире наибольшее символическое значение для обозначения медицины получили четыре эмблемы:

- 1) Чаша с обвившейся вокруг неё змеёй;
- 2) Посох Асклепия;
- 3) Шестиконечная «Звезда жизни»;
- 4) Символы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца: красный крест, красный полумесяц и красный кристалл.

Значение символов

Змея

Змея – одно из самых древних изображений, символизирующих медицину. Во время тотемизма и анимизма первобытные люди считали змей символом мудрости, знаний, бессмертия. В мифологии многих народностей змея выступала в качестве символа добрых начал, оберегающих домашний очаг и обеспечивающих здоровье жителям дома. Считалось также, что магическая сила змеи способна исцелить раны и обучить людей таинствам лекарского мастерства.

У некоторых народов существовали легенды о змееедах – людях, поедавших змей и в результате овладевавших глубочайшими познаниями, в частности по лечению и распознаванию болезней. Легенды эти отражены в художественной литературе, а также в поговорках: «Будьте мудры, аки змии».

Первые изображения змей, используемые в качестве символа медицины, были датированы II тысячелетием до нашей эры.

В античности медицинской символикой была вовсе не ядовитая змея, а уж. Именно эти пресмыкающиеся обитали в центрах культа бога врачевания Эскулапа. В записях, сделанных античными авторами, указывалось, что во время «священного» сна ужи могли ползать по дому, при этом они вылизывали раны, за что и почитались римлянами. Также змеи содержались при банях и купальнях.

Изначально в качестве символа врачевания использовалось изображение змеи, лишённое каких-либо атрибутов. Лишь спустя некоторое время змею стали изображать с какими-либо предметами – с треножником Аполлона, с зеркалом (зеркало в странах Европы символизировало чистоту и осторожность – качества, которыми должен обладать каждый врач).

Однако наиболее распространёнными эмблемами медицины, в которых был использован образ змеи, являлись изображения посоха Асклепия, кадуцея и чаши со змеёй.

Посох Асклепия

Посох Асклепия представляет собой суковатую палку, вокруг которой обвивается змея. Истоки этой медицинской эмблемы идут ещё с VI в. до н.э и имеют греческие корни. В мифах Древней Греции повествуется о том, что Асклепий – аналог римского Эскулапа – был обучен кентавром Хироном искусству врачевания, в котором Асклепий весьма преуспел и обладал способностью воскрешать мёртвых.

По преданиям, однажды царь Крита пригласил Асклепия к себе во дворец, чтобы лекарь воскресил его погибшего сына. Когда врач, опираясь на посох, вошёл во дворец, к нему подползла змея. Асклепий убил змею, испугавшись, что она причинит ему вред. Но после этого к его посоху подползла ещё одна змея, во рту которой была какая-то трава. Асклепий решил, что это знак и, собрав траву, которая была принесена змеёй, воскресил умершего юношу.

Однако мастерство Асклепия могло сделать людей бессмертными, чего совершенно не хотел Зевс. Бог Олимпа убил лекаря ударом молнии за нарушение «естественных законов природы и мироздания». Позже Асклепий был оживлён и обожествлён, после чего отказался воскрешать мёртвых.

Легенда дала толчок к тому, что на изображении первой международной эмблемы медицины был нарисован Асклепий, держащий в руке посох с обвившейся на нём змеёй.

Кадуцей

Кадуцей, или жезл Меркурия, – жезл греческого посланника богов Гермеса (в мифах Древнего Рима – Меркурия). Он изображается в виде посоха

с крыльями, обвитого двумя змеями. В Древнем Риме кадуцей также символизировал добродетель и тайну.

Жезл (посох), обвитый двумя змеями, сочетает в себе сразу несколько фундаментальных символических элементов: центральный стержень символизирует Древо Жизни (в значении связи между небесами и землей); двойная спираль, сформированная змеями, – символ космической энергии, двойственности, единства противоположностей; сами змеи – плодотворные силы земного и потустороннего миров, символ взаимодействия и равновесия противоположностей.

Психолог Карл Юнг считал кадуцей эмблемой гомеопатической медицины – змея обозначает одновременно яд и лечебное средство.

Долгое время кадуцей использовали как знак, который защищает коммерческую или политическую переписку. Сейчас он является эмблемой коммерции и медицины.

Треножник Аполлона

В каждом посвящённом Асклепию храме стояли треножники, называемые треножниками Аполлона. Аполлон был покровителем медицинских знаний, и треножник из его святилища стал одним из символов медицины.

Его называют иногда «эмпирический треножник» и связывают с тремя основаниями мастерства врачей-эмпириков Александрийской школы. Соответственно ноги треножника символизируют:

- первая: самостоятельное наблюдение врача за больными с привлечением собственного опыта;
- вторая: использование наблюдения других и применение этого в дополнение к собственному опыту;
- третья: заключение по аналогии, т.е. врач должен анализировать и делать выводы.

Анкх

Анкх (анх, анк, ключ Нила, ключ жизни, узел жизни, бант жизни, крест с петлёй, Египетский крест) – наиболее значимый символ у древних египтян.

Крест с верхним лучом в форме петли – символ вечной жизни, возрождения и жизненной силы. В этом кресте объединяются два символа – крест как символ жизни, и круг как символ вечности, вместе же они обозначают бессмертие. Также этот крест символизирует объединение женского и мужского божеств, Осириса и Исида, т.е. союз земного и небесного. В иероглифическом письме этот знак ставили со значением «жизнь», и он являлся частью слов «благополучие» и «счастье».

По мнению египтологов, изначально анкх был связан с магией, его использовали египетские жрецы как ключ к тайным знаниям и могуществу. Египтяне верили, что анкх открывает врата в потусторонний мир. Долгое время анкх считался привилегией знати и применялся в качестве символа или амулета. Со временем анкх начали использовать все сословия, он обрёл более широкое значение, его надевали больным для быстрого излечения. Египтяне

считали, что изображение анкха продлевает жизнь. С этим амулетом также хоронили, веря в то, что усопших ждёт жизнь в другом мире. По представлениям египтян, именно такую форму имел ключ, которым можно было открыть врата смерти.

Некоторые современные исследователи древней мудрости Египта усмотрели схожесть анкха с расположением артерий основания мозга человека (схематическое обозначение). Якобы анкх как символ вечной жизни египтяне не выдумали, а «списали с головы и артерий». Видимо, они знали структуру тела человека, изучали мозг и скопировали анкх в соответствии со схемой размещения артерий основания мозга человека.

Чаша со змеей (сосуд Гигеи)

Изображение чаши с обвитой вокруг её ножки змеей является одной из наиболее распространённых эмблем медицины. Чаша со змеей приходит из греческой мифологии, а именно из преданий о богине здоровья – Гигее, которую изображали кормящей змею из чаши.

Различные толкования символики этой эмблемы сводятся к следующему. Змея олицетворяет, символизирует мудрость, знания, бессмертие и вообще все добрые начала. Чаша символизирует сосуд, в котором хранился змеиный яд, – одно из самых распространённых веществ, используемых в древней медицине. Также чаша – это сосуд человеческого разума, объёмлющего весь мир, сосуд, где хранятся познания природы, которые из него должен черпать мудрый врач, или же, опираясь на античную мифологию, чаша полна исцеляющей силы природы.

Официально чаша со змеей как отличительный признак военной медицины была введена Петром I, до сих пор она считается эмблемой военно-медицинских войск.

Широко распространена эмблема с чашей и змеей в фармации. Некоторые исследователи полагают, что эмблема означала сосуд для хранения змеиного яда, который широко применялся для изготовления лекарств. Существует мнение, что само соединение изображений змеи и чаши на эмблеме было предложено аптекарями итальянского города Падуя, а уже позже этот частный фармацевтический символ превратился в общепринятый медицинский знак.

Эмблема Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Эмблема ВОЗ представляет собой вертикально расположенный посох, обвитый змеей, на фоне окаймлённого лавровыми ветвями земного шара. Символика этой эмблемы отражает господство медицины над целебными, охраняющими жизнь силами природы. Эмблема была принята на I Всемирной ассамблее здравоохранения в 1948 году.

Символы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца (МККК): ***красный крест, красный полумесяц и красный кристалл.***

Первая эмблема МККК – красный крест на белом фоне – изначально не имела религиозного смысла, представляя собой негативную копию (инверсию) швейцарского флага (вместо белого креста на красном поле – красный цвет на

белом). Четыре части креста символизируют четыре доблести: умеренность, благоразумие, справедливость и мужество.

Однако во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг. Османская империя отказалась использовать эту эмблему, заменив её красным полумесяцем, поскольку красный крест вызывал негативные ассоциации с крестоносцами. Женевская конвенция 1929 года признала красный полумесяц в качестве второй защитной эмблемы. Эту эмблему используют национальные организации во многих мусульманских странах, но не везде, где большинство населения составляют мусульмане.

В декабре 2005 года, после отвергнутого предложения об использовании красной звезды Давида как одного из символов, в результате усилий израильских дипломатов и представителей Американского Красного Креста появился проект третьей эмблемы МККК – красный кристалл. Он является религиозно нейтральным символом Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца.

Эти символы вовсе не означают «всё медицинское», они являются официальными эмблемами Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца.

Красный крест является защитной эмблемой и зарегистрированным знаком Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца, поэтому использование этой символики другими организациями запрещено международным законодательством. Женевская конвенция 1949 года закрепила правовой статус МККК, поэтому знак Красного Креста (и Красного Полумесяца) охраняется во всём мире.

Созданные первоначально для обозначения санитарных служб вооружённых сил и обеспечения защиты больных и раненых, эти эмблемы постепенно превратились в символы беспристрастной гуманитарной помощи, предоставляемой всем, кто страдает.

Эмблема Красного Креста присваивается гуманитарным и медицинским транспортам, зданиям, конвоям и миссиям с целью их защиты от атак со стороны конфликтующих сторон. Только медицинская служба армии государства-участника женевских конвенций вправе её использовать.

Шестиконечная «Звезда жизни»

«Звезда жизни» является внешним символом медицины с конца XX века. Эмблема была создана и запатентована в США в 1967 году. Её разработал шеф отдела экстренной медицинской помощи Национального управления безопасности движения на дорогах (NHTSA) Лео Шварц. Сегодня эту эмблему можно встретить на автомобилях скорой помощи многих стран. Эмблема и её вариации используются также другими службами, оказывающими срочную медицинскую помощь

На изображении – синяя шестиконечная звезда, «снежинка» с белой окантовкой, в центре – белый посох Асклепия. Шесть лучей звезды символизируют отдельную функцию экстренной медицинской службы, шесть основных задач, которые решают спасатели при чрезвычайных ситуациях:

обнаружение, оповещение, ответная реакция, оказание помощи на месте, помощь во время транспортировки, передача в специализированный центр помощи.

Горящий факел (светильник, свеча)

Огонь, по учению Гераклита Эфесского (6-5 вв. до н.э.), рассматривался в медицине как крайнее, всё исцеляющее средство, к которому обращались в случае безрезультатности медикаментозного и хирургического лечения. К концу средневековья античный факел в изображениях сменился свечой в связи с тем, что свеча являлась религиозным атрибутом. Изображение свечи сопровождалось изречением: «Светя другим, сгораю сам», «Служа другим, уничтожаю себя» и др. В настоящее время горящий факел является эмблемой санитарного просвещения.

Ступка с пестиком. Зелёный крест

Эмблемы фармацевтов.

Ступка с пестиком были неизменными атрибутами алхимиков с давних времен. С их помощью фармацевты древности изготавливали лечебные порошки и пасты. В Средние века изображения ступки и пестика устанавливали над входом в аптеки. Так неграмотные горожане и путешественники из других стран могли безошибочно найти лавку с лекарственными средствами. Постепенно эти символы стали помещать на свои гербы университеты, готовящие провизоров, и фармацевты, получившие дворянство. В Новое время аптекари предпочитали более изящные образы – цветка ландыша или весов.

Тем не менее, изображение ступки и пестика является самым распространённым и узнаваемым символом фармации и в наши дни.

После создания в Швейцарии в 1864 году международного общества «Красный крест» яркий алый символ стали размещать над входом в аптеки. Но в 1913 году вышел закон, запрещающий использование креста этого цвета в коммерческих целях. Способ обойти запрет придумали французы: они предложили перекрасить красный крест в зелёный цвет, который ассоциировался с травами, из которых изготавливались лекарственные препараты. В 1984 году зелёный крест был зарегистрирован как официальный символ Ассоциации фармацевтов Франции – его разместили над входом во все аптеки страны. Со временем этот знак получил распространение во всём мире.

В некоторых странах на вывесках аптек, где можно купить лекарства по рецепту, можно увидеть ***символ «Rx»*** (буква R с пересечённой диагональной чертой). Эта аббревиатура означает, что здесь продаются медикаменты, для приобретения которых требуется предписание врача – рецепт.

Белое сердце

В 1999 году, по случаю 100-летия Международного совета медицинских сестёр, эмблема была официально принята как всемирный символ медицинских сестёр.

Вековое дерево

Эмблема геронтологии. Прообразом этой эмблемы считают платан Гиппократов – вековое дерево, растущее на острове Кос, где жил Гиппократ.

Надломленное молодое деревце, подвязанное к столбику

Эмблема ортопедии и травматологии

Флорентийский младенец

Изображение запелёнутого по пояс ребёнка – эмблема педиатрии. Впервые оно было исполнено Андреа Делла Роббиа (15 в.) на фаянсовых медальонах, украшавших здание сиротского дома во Флоренции. Копия этого изображения позже была воспроизведена на фасаде здания Вестминстерского детского госпиталя в Англии. «Флорентийский младенец» встречается на знаках, жетонах, эмблемах различных национальных и международных педиатрических съездов и конгрессов.

Уринарий (сосуд для мочи)

Эмблема средневекового врачевания, т.к. уроскопия (исследование мочи на глаз), являлась одним из древнейших способов диагностики в медицине многих народов.

Ландыш

Эмблема терапевтов, поскольку лекарство из ландыша назначали больным при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Сердце на ладони

Эмблема кардиологии, очень точно отражает её содержание – бережное отношение к сердцу.

Кrab, пронзённый стрелой или шпагой.

Эмблема борьбы с онкологическими заболеваниями.

Пеликан. Капля крови

Эмблемы донорства. Средневековая легенда гласит, что в тяжёлое время, когда птенцам пеликанов грозит голодная смерть, их родители раздирают себе грудь и собственной кровью выкармливают потомство. Поэтому изображение пеликана стало символом службы переливания крови в Голландии, Бельгии.

В России изображение пеликана, кормящего птенцов, служило эмблемой многих приютов и больниц, символизируя бескорыстие и самоотверженность.

Таким образом, символы и эмблемы медицины издревле играли обобщающую и направляющую роль. Выражая смысл того или иного вида врачебной деятельности, они выполняли объединяющую, мобилизующую функции, привлекая единомышленников и одновременно определяя известные нормы поведения. Общеисторическое значение символов и эмблем велико и потому, что они показывают тесную связь медицины с общей историей и культурой народов.

2. Медицина в живописи

Искусство, в том числе и живопись, способствовало историческому и культурологическому освоению медицины на протяжении различных исторических эпох в зависимости от уровня развития медицины, своеобразия художественных средств изображения.

Многие художественные произведения являются важнейшими источниками по истории медицины: картину можно считать историческим документом, отражающим этапы и тенденции развития врачевания и медицины. У живописи есть уникальная возможность – отражать не только душевное состояние человека, но также различные видимые телесные недуги и патологические изменения со стороны многих органов и систем, что представляет особый интерес для медиков. Картина может стать своеобразным наглядным пособием для врачей и студентов, «скорбным листом» (старое название истории болезни) портретируемого или кого-то из персонажей, особенно если художник реалистично изображает имеющиеся видимые телесные дефекты. Прежде всего это касается строения тела, изменений со стороны кожи, шеи, опорно-двигательного аппарата и других поддающихся визуальному анализу частей тела.

Например, в эпоху Возрождения от художников требовали точности, и это превратило портрет в один из достоверных источников, пособием по изучению болезней того времени, которыми страдали изображённые на портретах люди. Специалисты во всех областях медицины искали признаки того или иного заболевания, запечатлённые великими мастерами, которые смогли это передать в колорите и рисунке, отображая объективную действительность в своих произведениях. На некоторых портретах видны опухоли кожи, фурункулы, катаракты, повреждения костей, дерматиты, врождённые болезни и т.д. На многие из диагнозов указывают исторические источники, что только подтверждает эти выводы.

Тема медицины в живописи представлена разнообразными сюжетами и жанрами, разнообразие которых определялось и собственным внутренним миром художника, и его окружением, и состоянием его здоровья.

Существует множество сюжетов с изображением врача в моменты его профессиональной деятельности, психологические портреты врача; персонажей с различными соматическими и психическими расстройствами, как находящихся при смерти, так и в радостные моменты выздоровления. Зафиксированы этапы лечения, представлены различные медицинские процедуры и манипуляции, инструменты и приборы, интерьеры и экстерьеры медицинских учреждений и т.д.

На своих полотнах художники отражали личные чувства и представления о болезнях и здоровье, а также о медицине в целом – от уважительного, прагматичного до иронично-саркастичного. Свидетельством тому является жанровое разнообразие художественных произведений. Это графические зарисовки анатомических экспериментов (своеобразные анатомические атласы), иллюстрации справочников и учебников, портреты, плакаты, карикатуры, жанровые сценки, картины-символы, коллажи и т.п. Моральную часть врачебной работы художники передают также с помощью цвета и света.

Медицинский рисунок всегда был неотъемлемой частью научных исследований. Создание медицинских рисунков требует большого художественного мастерства, а также глубоких познаний и теоретических

представлений о принципах строения и работы человеческого организма. Поскольку человек является самым интересным и самым сложным объектом в изобразительном искусстве, во всех художественных учебных заведениях программой предусмотрено обязательное изучение пластической анатомии.

Произведения изобразительного искусства показывают не только саму медицину, но и её окружение в научном, техническом и человеческом аспектах. Знание истории живописи позволяет понять, как в профессиональной практике врача наука соединяется с гуманностью, как в ней проявляется и интуиция, и мастерство, так же как и в искусстве.

Леонардо да Винчи. Анатомические рисунки

В анатомических рисунках Леонардо достаточно точно и реалистично изображены скелет и позвоночник, где впервые правильно показаны физиологические изгибы; структурно-функциональное устройство мышечной системы, рельеф и движение в суставах; топография внутренних органов и проекция магистральных сосудов человеческого тела; начальные этапы оплодотворения, эмбрионы, а также мужские и женские половые органы; путь зрительного нерва, восприятие зрения и этот процесс в ответственных структурах головного мозга.

Рембрандт. Урок анатомии доктора Тульпа. 1632. Гаага

Центральная фигура картины – доктор Николас Тульп, который показывает собравшимся устройство мускулатуры руки человека. Труп – Адриаан Адриаанс по прозвищу Арис Киндт (Мальш). В своё время он тяжело ранил в Утрехте тюремного охранника, а в Амстердаме избил и ограбил человека. За это 31 января 1632 года он был повешен и передан для публичной аутопсии амстердамской гильдии хирургов. Также на картине присутствуют старшины Адриан Слабран (второй слева), Якоб де Витт (склонился над трупом, вглядываясь в мышцы руки); лекари Якоб Колевелт (первый слева), Маттейс Калкун (рядом с Витом), Франс ван Лунен (наверху), Якоб Блок (перед ним), Харман Харманс (с листком в руке).

Мишель Янсон Ван Майервельт. Анатомический театр доктора Ван дер Меера. 1617 г. Амстердам

При детальном изучении этой картины поражает реалистическое изображение вскрытого трупа, начиная от цвета подкожно-жировой клетчатки, мышц и брюшины и до топографии внутренних органов брюшной полости. На переднем плане изображена свеча – символ служения науке. Для раскрытия образа художник прибегает к своеобразному приёму. Участники вскрытия – респектабельные люди в кружевных жабо и мантиях профессоров – представлены в момент напряжённого научного процесса, от которого их оторвал некто, неожиданно появившийся в театре. Все они повернули головы к этому человеку и смотрят на него, а также на зрителя картины. Этот художественный приём показывает разобщённость действия этих людей, направленного для достижения высокой цели.

Подобные открытые анатомические уроки были обычным явлением не только в Нидерландах, но и по всей Европе. Они проходили только раз в году,

обычно в зимние месяцы, чтобы тело лучше сохранялось, носили торжественный характер и длились как правило несколько дней. Зрителями были коллеги по цеху, студенты, уважаемые граждане и простые горожане.

Квентин Массейс. Гротесковый портрет старухи. 1513. Лондон

Картина «Гротесковый портрет старухи» всегда привлекала внимание, по-разному интерпретировалась, долгое время расценивалась как карикатура, сатира на старость. Старуха в огромном чепце и с дряблой грудью, сжатой шнуровкой корсета, находится за парашютом, на который она положила левую руку, а в правой держит бутон.

Но возможно и другое объяснение появления этого произведения. Как установили медики, на нём изображена женщина, страдающая болезнью Педжета – редким недугом, характеризующимся аномалией строения костей. Если так, то данная работа – не карикатура, а раннее свидетельство заболевания, которое было изучено и описано сэром Джеймсом Педжетом лишь в 1877. Картина в данном случае оказывается одновременно и «монументом» (произведением искусства), и «документом» (историческим свидетельством в той или иной области).

В эпоху Возрождения начали говорить о состоянии меланхолии, что имело отношение к средневековой гуморальной теории: меланхолическая жидкость (чёрная жёлчь) ведёт к депрессиям и размышлению. Позднее, в XIX-XX вв. психиатры заговорят о маниакально-депрессивном психозе, или биполярном душевном расстройстве, которое характеризуется многократными переходами от эйфории к глубочайшей депрессии.

Альбрехт Дюрер. Меланхолия. 1514

Это последняя из серии трёх мастерских гравюр Альбрехта Дюрера. Первые две – это «Рыцарь и смерть» (1513) и «Иероним в келье» (1514). В каждой из трёх гравюр есть своё действующее лицо. Это рыцарь, Иероним и крылатая женщина. Искусствоведы считают, что таким образом мастером описано три различных состояния человеческой души.

Роберт Флери. Доктор Пинель в Сальпетриере в 1795 г. освобождает умопомешанных от оков. 1876

В 1792 году Пинель был назначен врачом парижского заведения для умалишённых Бисетр. В Бисетре он совершил акт гуманности, ставший знаменитым: выхлопотал разрешение снять цепи с душевнобольных. Он также добился введения в практику содержания подобных пациентов больничного режима, врачебных обходов, лечебных процедур и много другого. Пинель предоставил больным свободу передвижений по больничной территории, заменил мрачные темницы солнечными комнатами с хорошей вентиляцией и предложил моральную поддержку и добрые советы как необходимую часть лечения. Нововведение Пинеля увенчалось успехом: опасения, будто умалишённые, не закованные в цепи, окажутся опасными и для себя, и для окружающих, не оправдались. В самочувствии многих людей, находившихся десятилетия взаперти, за короткий срок появились значительные улучшения, и эти пациенты были выпущены на свободу. Вскоре по почину Пинеля были

освобождены от цепей также пациенты других учреждений (в частности, парижской больницы для женщин с психическими нарушениями Сальпетриер), и в Европе получил распространение принцип их гуманного содержания, с предоставлением свободы и жизненных удобств. Это достижение, стойко ассоциировавшееся с именем Филиппа Пинеля, принесло ему признание во всём мире.

Хирургическая операция по удалению «камня глупости» из головы человека, который считается душевнобольным – это тема фламандских картин XV века. Художники и писатели часто высмеивали использование врачами дорогих и малоэффективных средств и методов лечения. Особенно язвительными были безжалостные сатирические сюжеты, карикатуры.

Иероним Босх. Извлечение камня глупости (Операция глупости). 1475–1480. Мадрид

Этот художник пытался описать в критической манере общество своей эпохи, чьё мышление и действия основывались на невежестве. Голландское выражение «иметь камень в голове» означало «быть глупым, безумным, с головой не на месте».

Шарлатан изображён надрезающим голову больного, извлекая из неё тюльпан, символ денег, которые появятся в его кошельке. В Голландии этого времени «головой тюльпана» называли наивного дурака. Надпись, окружающая картину, гласит: «Доктор. Камень вынь сейчас, а зовусь я Люберт Дас». Впоследствии это имя стало нарицательным, олицетворяющим легковёрность и глупость. Вместо шляпы у лекаря воронка, что также означает отсутствие разума. В системе средневековой символики тюльпан, как и воронка, обозначал обман. С другой стороны, на простонародном вульгарном языке слово тюльпан означало также «деньги». Очевидно, Босх, чтобы раскрыть смысл происходящего, использовал этот символ в его двойном значении: шарлатан, обманывая народ, извлекает прибыль из его глупости. Второй тюльпан, лежащий на столе, придает этим действиям характер протяженности во времени. Возле них созерцает сцену женщина со скучающим лицом и с книгой на голове, в сопровождении монаха, который призывает лже-доктора продолжать его ужасные действия. В работах Босха клирики всегда были объектом насмешки, и здесь монах изображён в готовности соборовать пациента, поскольку очень вероятно, что из-за неумелости цирюльника он умрёт. Художник с большим сарказмом и прозорливостью показывает, к чему могут привести такое шарлатанство и обман. На заднем плане нарисованы символы смерти – виселица, колесо и костёр.

Франсиско Гойя. «От какой болезни он умрёт?». 1797

Эта карикатурная работа испанского художника и гравёра из цикла «Капричос» (исп. *Los Caprichos* – причуды) является сатирой на порядки того времени. В него вошли карикатуры на испанскую инквизицию и продажных политиков, крестьян и представителей других социальных слоёв. На карикатуре Гойи медик-шарлатан, который считает пульс умирающего

пациента, изображён в образе осла, являющегося общепринятым символом глупости. Изобразив осла в роли врача, Гойя указал на то, насколько некомпетентными он считает некоторых представителей этой профессии.

Томас Роулэндсон. Аптекарь. Из коллекции карикатур, иллюстрирующих поэму Уильяма Комба «Английский танец смерти». 1816

Сценка в аптеке. Аптекари часто были объектом насмешек, в данном случае за прилавком может быть аптекарь, а может быть шарлатан, один из тех, которые повсеместно торговали различными снадобьями, которые не гарантировали исцеления. Пациенты стоят в очереди в ожидании своего лекарства, а за занавесом аптекарю помогает скелет, смешивающий медленно действующий яд (англ. slow poison), который затем будет продан посетителям.

Пабло Пикассо. Знание и милосердие. 1897

Полотно было написано пятнадцатилетним Пабло по просьбе отца художника Хосе Руиса Бласко, учителя рисования, профессора. Дон Хосе послужил моделью врача, ребёнка за плату давала местная попрошайка, а монашеское одеяние брали в одном из монастырей Малаги. Молодой Пабло Пикассо (фамилия матери художника) сумел отобразить горе матери, прощающейся с ребенком. Символично присутствие у постели умирающей врача и монахини, то есть определённый дуализм.

Густав Климт. Смерть и жизнь. 1908-1915. Вена

Эта картина глубоко символичная и полная аллегорий. Она повествует нам о вечном противостоянии между жизнью во всех её проявлениях и смертью, ждущей своего часа поодаль. Вся композиция состоит из трёх условных частей: на левой стороне художник поместил фигуру Смерти, на правой – группу людей, символизирующих собой Жизнь. Тёмное пространство между левой и правой частью картины отделяет их друг от друга, словно удерживая мрачного жреца и не давая ему раньше времени приблизиться к живым.

Для противопоставления своих персонажей Климт использует как цвет, так и форму: Жизнь и Смерть на его картине узнаваемы с первого взгляда. Правый угол полотна сияет всеми цветами радуги, оттенёнными золотом. В этом своеобразном лоскутном коконе, символизирующем Жизнь, зритель видит лица безмятежно спящих детей и матерей, умиротворенно прижимающих их к себе, фигуры мужчины и женщины, слившихся в объятии, а также старуху, погружившуюся в свои мысли. Преемственность поколений – то, что делает Жизнь победителем в этой извечной схватке.

Смерть на картине представлена одинокой, чуть сгорбленной фигурой, наблюдающей за праздником Жизни со стороны. Её скелет скрыт под бесформенным одеянием, украшенным черными крестами, кругами и прямоугольниками тёмно-зелёного и фиолетового цвета – зрителю виден лишь череп, который слегка подался вперёд, будто Смерть смотрит на происходящее с интересом и не прочь принять в этом участие. Ей известно, что однажды настанет её час и она постепенно заберёт всех – и молодых, и

старых. Но пока она может лишь выжидать, угрожающе занеся свой смертоносный жезл.

Живопись Климта, несмотря на достаточно мрачный, практически библейский сюжет, жизнеутверждающая и оптимистичная. Даже в этом полотне Жизнь заполняет большую часть картины, оттесняя Смерть в сторону и отвлекая от неё внимания своими сочными нарядными красками и великолепно изображёнными обнажёнными телами.

Репин Илья Ефимович. Хирург Е. В. Павлов в операционном зале. 1888. Москва

Художник реалистично изображает операционную во время проходящей в ней операции. На картине представлено большое сосредоточение людей – медицинского персонала – вокруг операционного стола. Ни у кого не видно резиновых перчаток, зато почти у всех рукава закатаны по локоть. Некоторые действующие лица находятся в операционной без колпаков. Даже хирург производит требующую особой стерильности ортопедическую операцию без перчаток и маски, что невольно демонстрирует многочисленные нарушения современных требований асептики и антисептики. Скорее всего, тогда это не требовалось. Ведь значимые профилактические методы асептики и антисептики в хирургии начали внедряться только к середине XIX века Н. И. Пироговым и И. Ф. Земмельвейсом.

Что касается изображения события, то описываемая картина И. Е. Репина создаёт ощущение динамичности и, в общем-то, суетливости происходящего в операционной. Хирург бьёт специальным деревянным молотком по вставленному в бедро правой ноги металлическому долоту. Ноги придерживают санитар без колпака и, судя по одежде, врач или фельдшер в подходящем положении для действий врача.

Лицо хирурга чрезвычайно напряжено и выглядит несколько покрасневшим от физического напряжения. Удары его должны быть предельно точными, чтобы не допустить того, что, соскочив, долото повредит сосуды и нервы, находящиеся рядом с местом операции. По-видимому, операцию проводят под масочным наркозом, а медсестра держит под неотрывным наблюдением дыхание пациента и состояние его зрачков. Другой персонал, изображенный на картине, следит за переливанием крови.

Балкин Лев Владимирович. Портрет профессора А. И. Блискунова. 1997. Симферополь.

Портрет кисти известного крымского художника и педагога посвящён памяти его друга – учёного с мировым именем, известного ортопедо-травматолога, талантливого хирурга, заслуженного изобретателя, обладателя Большой Золотой медали Всемирной организации интеллектуальной собственности ООН, профессора Крымского государственного медицинского университета Александра Ивановича Блискунова (1938-1996). Он автор свыше 60 изобретений, вершиной его изобретательского таланта является создание и внедрение в практику уникальных имплантируемых конструкций для удлинения конечностей. Стоит отметить, что наряду с многочисленными

талантами, которыми одарила его природа, А. И. Блискунов был ещё и профессиональным художником. Он три года обучался в Крымском художественном училище им. Н. С. Самокиша; оформил свыше десятка книг в издательстве «Таврида»; был иллюстратором всех своих изобретений; делал юмористические зарисовки из серии «врач и больной», «будни медика»; создал галерею шаржей на своих коллег, друзей и на самого себя.

На поясном портрете А. И. Блискунов изображён в медицинском халате, белой шапочке и медицинской маске, поэтому основное внимание автор уделил уставшим после многочасовой операции глазам хирурга. Портрет находится в кабинете заведующего кафедрой ортопедии и травматологии Медицинской академии им. С. И. Георгиевского (бывший КГМУ), на которой А. И. Блискунов трудился и «жил» почти 30 лет, с 1969 года.

3. Медицина в монументальном искусстве

К монументальному искусству относятся произведения больших форм, выступающие в синтезе с архитектурой, рассчитанные на массовое восприятие. Это настенная живопись, мозаика, витраж, барельеф, памятники, мемориальные сооружения, парковая скульптура. Разновидности монументального искусства определяются либо местом произведения в архитектурном ансамбле (панно, скульптура портала, плафон), либо техникой исполнения (мозаика, витраж, фреска).

Медицинская тематика занимала значительное место в монументальном искусстве, прежде всего, это барельефные изображения и скульптура.

Изображение фигуры врача появляется в наскальной живописи эпохи палеолита, что указывает на важность его функции в племени: спасти от эпидемий и предотвращать болезни, которые происходили, по тогдашним верованиям, от какого-либо проклятия или дурных поступков больного. Наскальные рисунки изображали также сцены военных сражений, охоты первобытных людей, получавших травмы и ранения от стрел и других орудий. Здесь же показаны приёмы медицинской помощи – извлечение стрелы и пр.

Наиболее архаичным элементом медицины является использование амулетов. Древнейшие из них – это миниатюрные скульптурки животных.

Заботу об общине, племени, в том числе и оказание медицинской помощи, чаще брали на себя женщины. В местах первых поселений людей найдены каменные изваяния – грубые фигуры женщин, хранительниц рода, племени.

Древнеегипетские скульпторы и каменотёсы в своих произведениях искусства донесли до нас свидетельства медицинской деятельности той эпохи: инструментарий, хирургические манипуляции, изготовление и применение лекарств, а также облики врачей, жрецов и богов – покровителей медицины. Сохранились высеченные изображения набора хирургических инструментов на одной из стен храма Кома Омбоса (ок. XI в. до н.э., Египет), бронзовая скульптура, показывающая процесс приготовления лекарств (ок. XV в. до н.э.). Древнеегипетские скульпторы создали рельефный портрет врача Хеси-

Ра, облик которого сохранился на деревянной панели из гробницы близ Саккары (XVIII в. до н.э.). Одним из известных врачей Древнего Египта был Имхотеп, который благодаря своему уму и искусству врачевания стал верховным жрецом и визирем фараона III династии Джосера (ок. 2780-2760 гг. до н.э.). После своей смерти он был обожествлён и почитался наравне с Асклепием. Облик Имхотепа сохранился в виде многочисленных скульптур, которые изображали его сидящим в одеянии бога. В левой руке он держал символ учёного и врача – анкх, или крестообразную петлю, олицетворявшую в Древнем Египте символ здоровья.

Сохранились многочисленные древнегреческие и древнеримские рельефы и барельефы: терракотовый барельеф, который является своеобразным благодарственным приношением богам, изображающий лёгкие и трахею; барельеф, на изображении которого врач Язон исследует больного; рельеф «Раненые римские солдаты сидят в ожидании врача» на Колонне Траяна. В Музее индийской культуры в г. Калькутта находится каменный барельеф с изображением гиганта, которому удаляют зуб. Учёные датируют барельеф I в. до н.э.

События Троянской войны запечатлены почти всеми видами искусства – на фресках, росписи по керамике, в литературе и мифологии, в живописи, позже в кино. Так, фреска «Япиг лечит Энея» была обнаружена на стене зала в так называемом «Доме Сирика» в Помпеях. На фреске изображён момент, когда Эней, охваченный болью, попадает в руки врача Япига. Эней, раненый в бедро, хромяя и опираясь на своё копьё, просит Япига, чтобы тот вылечил его. Япиг обрабатывает рану мазью и пытается вынуть клещами наконечник стрелы, застрявшей в бедре: «Рану влагой омыл ни о чём не ведавший Япиг – / Боль немедля ушла и покинула тело Энея, / Кровь перестала течь, осушилась глубокая рана, / Тотчас, покорно руке, без усилия вышло из тела / Жало стрелы, и к царю вернулись прежние силы» (Вергилий, «Энеида»).

В Средние века страшные последствия в истории человечества имела Чёрная смерть, или чума. Высокая смертность в середине XIV века вдохновила художников на произведения, в которых болезнь принимает образ смерти, окружённой полчищами скелетов, которые, вооружённые мечами и серпами, безжалостно срезают человеческие жизни, встречающиеся на их пути. Получил распространение сюжет, где образ чумы представлен в виде стрел, поражающих людей. Так, на фреске Беноццо Гоццоли в Сан-Джиминьяно (1464) изображён Бог-отец, который, несмотря на просьбы Христа и Марии, мечет отравленную стрелу на город. На фреске в римской церкви Сан-Пьетро-ин-Винколи скелет крылатого демона пускает стрелу в жителей города.

Витражное искусство берёт своё начало в далёком прошлом. Витраж – это особый вид монументально-декоративного искусства. Интересный сам по себе, он приобретает огромную выразительность в сочетании с другими видами изобразительных искусств, особенно с архитектурой. Витражами называются прозрачные картины, рисунки, узоры, выполняемые из стекла или

на стекле. Они обычно устанавливаются в световых проёмах окнах, дверях, фонарях и т.п. Витражи, представлявшие ранее набор цветных стёкол, нередко служили украшением помещения; с течением времени совершенствовалась их композиция, рисунок, художественная обработка стекла и техника исполнения. Витражи становились подлинными произведениями искусства, неотъемлемой частью строго продуманного монументально-декоративного убранства зданий. Витражи, применявшиеся главным образом в декоре церквей и монастырей, постепенно проникают в жилые и общественные здания. Религиозную тематику витражей вытесняет светская, отражая современное течение в искусстве, следуя эстетическим требованиям и духу эпохи.

Известные витражные композиции на медицинскую тематику: *Женщина, принимающая ванну. Фрагмент витража в Брандисон-Холле, Норфолк, Англия, XV век* (гигиенические процедуры); *Пеликан, кормящий ребёнка собственной кровью. Витраж в римско-католическом соборе Крайстчерч. Новая Зеландия* (как известно, пеликан символ донорства и символ жертвенной родительской любви); серия тематических витражей в Санкт-Петербургской академии последипломного медицинского образования (художник А. Гордин). Большое количество витражей, изображающих известные медицинские символы (змея, крест, кадуцей и др.), украшают различные современные лечебно-профилактические учреждения.

Современное монументальное искусство представляет медицинскую тематику также в виде многочисленных памятников и скульптурных композиций как конкретному историческому лицу, так и собирательному образу, литературному персонажу – врачам, исследователям, студентам-медикам, медицинским сёстрам, санинструкторам, больным, Доктору Айболиту и его животным. Большое количество памятников поставлено подопытным животным (собаке, лягушке, крысе); медицинским атрибутам (скорой помощи, клизме и т.п.).

Так, установлены памятники Луи Пастеру, Ивану Павлову, Фёдору Гаазу, Ивану Сеченову, Николаю Пирогову, Николаю Бидлоо, хирургу Александру Вишневскому, святителю Луке (Войно-Ясенецкому) и другим.

Памятник фронтовой медсестре

Установлен на территории третьего Центрального военно-клинического госпиталя Минобороны России имени Вишневского в Красногорском районе Подмосковья.

Памятник представляет собой бронзовую фигуру фронтовой медсестры, на гранях постамента изображены три барельефа с историческими событиями, в которых наиболее полно выразилась роль сестры милосердия на поле боя, – Крымская, Первая мировая и Великая Отечественная войны. Творческий коллектив скульпторов из Санкт-Петербурга создал образ молодой девушки, который выражает спокойствие и одновременно полную боевую готовность. В её взгляде – материнская забота и тихая печаль, надежда на то, что все фронтовые невзгоды скоро окажутся позади.

Памятник Николаю Пирогову. Скульптор Владимир Шервуд. 1897

Памятник представляет собой бронзовую скульптуру. Н. И. Пирогов сидит в кресле, в левой руке хирург держит человеческий череп как символ анатомии, правая свободна. Лицо врача обращено вверх. Высота памятника составляет семь метров. С каждой из четырёх сторон пьедестала находятся бронзовые венки. Внутри них на медных досках золотыми буквами выгравированы выдержки из различных сочинений Пирогова. Изначально по углам пьедестала были установлены бронзовые чаши с обвитыми вокруг них змеями, а в правой руке врач держал хирургический зонд. Однако в 1980 года их сняли, поскольку выпускники медицинских вузов «изымали на память» одну из чаш постамента, а хирургический зонд неоднократно обламывался.

Открытие памятника состоялось в 1897 году в Москве. В 2007 г. памятнику присвоен статус объекта культурного наследия федерального значения.

Скульптурный бюст Ивана Михайловича Сеченова. Скульптор Лев Кербель. 1958

Профессор, одетый в докторский халат, изображён за кафедрой в момент чтения лекции. Голова повернута влево, взгляд обращён к слушателям. Правая рука слегка опущена на трибуну, в левой он держит конспект. Открытие бюста состоялось 2 апреля 1958 года перед зданием Московского медицинского института имени Ивана Сеченова.

Памятник святителю Луке (Войно-Ясенецкому). Скульптор Ю. Г. Пустовит. Открыт 3 июня 2011 г.

Памятник святителю Луке (Войно-Ясенецкому) установлен в сквере его имени в г. Симферополе. Святой изображён в полный рост в архиерейском облачении. Правая рука владыки поднята для благословения, левая сжимает епископский посох. На постаменте – табличка, на которой указаны имя священнослужителя, его церковный сан и даты жизни.

4. Медицина и литература

Врачей и писателей объединяет общий интерес к жизни людей: первые наблюдают за пациентом, а вторые – за человеком в окружающем его мире. Художественная литература осмысливает реальность с помощью художественных образов. Связь медицины с литературой следует рассматривать как необходимое условие медицинского образования и практической медицины. С другой стороны, эта связь необходима и литератору.

Всем известны имена выдающихся писателей и практикующих врачей А. П. Чехова, М. А. Булгакова. Так, А. П. Чехов в письме к своему университетскому товарищу, а впоследствии известному неврологу профессору Г. И. Россолимо писал: «Не сомневаюсь, занятия медицинскими науками имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность; они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня, как для писателя, может понять только тот,

кто сам врач; они имели также и направляющее влияние, и, вероятно, благодаря близости к медицине, мне удалось избежать многих ошибок».

Гомер. Древнегреческий поэт-сказитель.

Первым свидетельством высокого уровня античной медицины были эпические поэмы Гомера «Илиада» и «Одиссея». В поэмах можно встретить упоминания о медицинской практике этого времени, прежде всего о том, что касается ухода за телом, помощи раненым и важности магии в лечебном процессе. Лечили сочетанием лекарств, заклинаний и защитных талисманов. Согласно Гомеру, в греческом войске времён Троянской войны трудились искусные медики, успешно пользовавшиеся раны и хорошо знавшие свойства целебных растений: «Стоит многих людей один врачеватель искусный: Вырежет он и стрелу, и рану присыплет лекарством». Лечением и перевязыванием ран в древнегреческом войске занимались не только врачи, но и сами воины.

В «Илиаде» Патрокл перевязывал раненого врача Махона, а раны самого Патрокла – Ахилл. Искусству врачевания Ахилла посвящено немало художественных свидетельств из истории Троянских войн. Ахиллес стал любимым героем не только греческих художников и поэтов. Миф о нём стал одним из излюбленных сюжетов позднейших произведений литературы, оперного искусства, живописи (Ван Дейк, Рубенс, Тьеполло, Пуссен, Николай Ге).

С другой стороны, люди верили, что болезни могут быть следствием божественной кары. Так, в первой песне «Илиады» повествуется о том, как Аполлон своими стрелами насылает эпидемию чумы на лагерь ахейцев. Сын Аполлона Асклепий получил от своего отца способность исцелять. Он также описан в «Илиаде» как замечательный военный врач, который усовершенствовал свои медицинские знания, обучаясь у кентавра Хирона.

Франсуа Рабле (~1494-1553). Французский писатель, редактор, врач.

Один из величайших французских сатириков эпохи Возрождения. Он совмещал врачебную практику с редактированием латинских трудов, свободное время посвящал написанию и публикации юмористических памфлетов, критиковавших устоявшиеся порядки и выразивших его понимание свободы личности.

Роман «Гаргантюа и Пантагрюэль» – сатирический роман в пяти книгах о двух добрых великанах-обжорах, отце и сыне. Роман высмеивает многие человеческие пороки, не щадит современные автору государство и церковь. В романе Рабле красочно показывает все пороки католического духовенства, высмеивает, с одной стороны, многочисленные притязания церкви, а с другой – невежество и лень монахов. Автор афоризма «аппетит приходит во время еды».

Значение творчества Ф. Рабле для развития медицины недостаточно оценено, поскольку Ф. Рабле-писатель затмил Ф. Рабле-естествоиспытателя и врача. Между тем его медицинская деятельность заслуживает пристального внимания. Выпускник Парижского университета, преподаватель медицины в

Монпелье, где в 1537 г. получил степень доктора медицины. Рабле много и успешно занимался медицинской практикой: работал врачом в Лионской больнице, был личным врачом кардинала Дюбелле, практиковал на юге Франции. Врачебная деятельность была для Рабле не только источником существования, но и одной из причин покровительства со стороны власть имущих, благодаря которому он, несмотря на ненависть католиков и кальвинистов, смог избежать костра.

Рабле принадлежат классические переводы Гиппократов и Галена (например, перевод «Афоризмов» Гиппократов, 1532). Он умело использовал форму сатирического романа не только для критики, но и для популяризации естественнонаучных знаний.

Владимир Иванович Даль (1801-1872). Русский писатель, этнограф, собиратель фольклора, лексикограф, военный врач.

В. И. Даль работал в Петербургском военно-сухопутном госпитале. Он стал известным хирургом, сделал более 40 операций по снятию катаракты. В 1837 году Даль вместе с несколькими другими докторами пытался лечить умирающего Александра Сергеевича Пушкина, он же констатировал его смерть. Последние дни жизни поэта и результаты вскрытия доктор описал в статье «Смерть А. С. Пушкина». Наибольшую славу В. И. Далю принёс «Толковый словарь живого великорусского языка», на составление которого ушло 53 года.

Викентий Викентьевич Вересаев (1867-1945). Русский и советский писатель, переводчик, литературовед. Лауреат последней Пушкинской премии (1919), Сталинской премии первой степени (1943).

В 1884 г. поступил на историко-филологический факультет Санкт-Петербургского университета, который окончил в 1888 году. В 1894 году окончил медицинский факультет Дерптского университета (сейчас Тартуский университет в Эстонии). Медицинскую деятельность начал в Туле. Скоро переехал в Петербург где в 1896-1901 годах работал ординатором и заведующим библиотекой в Городской барачной в память С. П. Боткина больнице, в 1903 году поселился в Москве.

В 1904 г. во время русско-японской войны его призывают на военную службу в качестве военврача, и он отправляется на поля далёкой Манчжурии. В Первую мировую войну служил в качестве военного врача. Послереволюционное время провёл в Крыму.

Викентий Вересаев увлёкся литературой и начал писать ещё в гимназические годы. «Моею мечтою было стать писателем, а для этого представлялось необходимым знание биологической стороны человека, его физиологии и патологии; кроме того, специальность врача давала возможность близко сходитья с людьми самых разнообразных слоёв и укладов», – писал Вересаев.

Всероссийская известность к В. Вересаеву пришла после издания в 1901 году в журнале «Мир Божий» произведения, в котором были подняты острые моральные проблемы медицинской практики, – «Записки врача». Это

биографическая повесть об экспериментах на людях и о столкновении с их чудовищной реальностью молодого врача. Автор отмечает, что специфика профессии неизбежно сталкивает врача с ситуацией сложного морального выбора. «Врач – если он врач, а не чиновник врачебного дела – должен прежде всего бороться за устранение тех условий, которые делают его деятельность бессмысленной и бесплодной, он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова», – отмечает писатель. В работе, осуждавшей медицинские эксперименты на людях, проявилась также моральная позиция писателя, выступавшего против любых экспериментов на людях, в том числе и против социальных, кто бы их ни проводил – бюрократы или революционеры. Вересаев очень резко выступал против того, что чаще всего беззащитными оказываются люди, занимающие низкое социальное или экономическое положение. Резонанс был настолько силён, что сам император велел принять меры и прекратить медицинские эксперименты на людях. Не случайно Сталинскую премию писатель получил за эту работу в 1943 году, в разгар борьбы с чудовищными экспериментами нацистов.

Но всемирную известность эта работа получила только в 1972 году. С годами актуальность позиции Вересаева возрастает – если иметь в виду те научные исследования и те новые технологии, которые так или иначе воздействуют на здоровье, благополучие, достоинство, безопасность человека. Такие исследования в наше время проводятся далеко за рамками собственно медицинской и биомедицинской науки. В полемике с противниками Вересаев показал убожество сторонников права сильного на эксперименты якобы «в интересах общественного блага» над «бесполезными членами общества», «старухами-процентщицами», «идиотами» и «отсталыми и социально чуждыми элементами».

Для художественной прозы В. Вересаева характерно описание исканий и метаний интеллигенции на переходе от XIX к XX вв. Кроме того, Вересаев создал философские и документальные работы о целом ряде знаменитых русских писателей (Ф. М. Достоевском, Л. Н. Толстом, А. С. Пушкине и Н. В. Гоголе).

Искусство слова способно вызвать целый ряд душевных переворотов в человеке, способно оказать благотворное воздействие на настроение и мысли человека. В самом деле, какие удивительные тайны психологии человека мы находим в художественных творениях литераторов. Эти особенности воздействия хороших литературных произведений на психику человека с успехом используют в медицине. Лечение с помощью книг получило название библиотерапии.

Художественные произведения писателей-медиков и писателей, чьи произведения посвящены медицинской тематике, оставляют свой след не только в сокровищнице мировой литературы, но и в медицине. В становлении и успешном развитии медицинской деонтологии как науки об основных принципах должного поведения врача у постели больного литература сыграла большую и ещё не в полной мере осознанную и оценённую роль.

5. Медицина и киноискусство

В истории отечественного и мирового кинематографа создано немало фильмов и сериалов, посвящённых медицинской тематике: «Дни хирурга Мишкина» (СССР, 1976), «Знахарь» (Польша, 1982), «Лекарь: ученик Авиценны» (Германия, 2013); детские киноленты «Айболит-66» (СССР, 1967), «Ученик лекаря» (СССР, 1986); сериалы «Склифосовский» (Россия, 2012), «Доктор Хаус» (США, 2004), «Доктор Рихтер» (Россия, 2017) – официальная адаптация сериала «Доктор Хаус» и др. Представлены многие жанры – мелодрамы, комедии, сказки, исторические драмы, мультипликационные фильмы и т.д.

Главные герои фильмов – медработники: врачи, медсёстры и медбратья, санитары, интерны, а в основе сюжетов – их повседневная жизнь. Показаны и сильные личности-профессионалы, приносящие себя в жертву, и люди, случайно попавшие в эту профессию. Продемонстрированы элементы эмоционального выгорания (чувства безразличия, дегуманизации, негативное восприятие своей профессии), особенности взаимоотношений с пациентами, их родственниками, между собой.

Пролетая над гнездом кукушки (США, 1975, комедийная драма), реж. Милош Форман, в ролях: Джек Николсон, Луиза Флетчер.

Один из самых известных фильмов о психиатрических лечебницах. В центре внимания – противостояние пациента (Джек Николсон) и главной медсестры больницы (Луиза Флетчер). Он пытается развлечь, развеселить и социализировать других больных, а она выступает за традиционные методы лечения, считая самого героя Николсона опасным для психического здоровья других пациентов. Это история о борьбе жажды свободы и системы.

Последний король Шотландии (Великобритания, 2006, драма/история), реж. Кевин МакДональд, в ролях: Форест Уитакер, Джеймс МакЭвой

Молодой доктор уезжает из Великобритании, чтобы помогать больным в Африке. Однажды его замечает генерал, совершивший вооружённый переворот в Уганде и делает своим личным врачом и советником. Необычная дружба и сильные культурные различия, на которых строится весь фильм, не раз становятся причинами конфликтов между врачом-европейцем и тираном-африканцем. Форест Уитакер получил за эту роль премию «Оскар».

Морфий (Россия, 2008, драма), реж. Алексей Балабанов, в ролях: Леонид Бичевин, Ингеборга Дапкунайте

Фильм поставлен по произведению Михаила Булгакова. Молодой врач, терапевт и хирург, после завершения университета получает практику в русской глубинке. Эта картина будет особенно интересна медицинской аудитории, поскольку в ней довольно хорошо продемонстрированы сложные хирургические операции, будни земского доктора и сестринская работа. Однако без нужных лекарств и приспособлений, а также из-за отсутствия опыта, врач не очень хорошо поначалу справляется с обязанностями. Зима и пустошь гнетут его, потому он начинает принимать морфий, чтобы избавиться

от чувства депрессии. Доктор врачует и облегчает боль других людей, но не может вылечить себя. Он старается оправдаться перед собой и другими, что не наркоман, но Морфий все глубже проникает в его сознание, разрушает и подчиняет себе. Главный герой постепенно превращается в монстра, готового на всё ради новой дозы наркотика.

Красная борода (Япония, 1965, драма/артхаус), реж. Акира Куросава, в ролях: Тосиро Мифунэ, Юзо Каяма.

Не широко известный фильм с неподражаемым Тосиро Мифунэ в главной роли. Красная Борода – это прозвище врача больницы для бедных, в которую после университета попадает молодой и честолюбивый доктор Ясумото. Он не принимает порядков, царящих в больнице, строгости и порой, грубости доктора. Только со временем Ясумото понимает, что за жесткостью и суровостью Красной Бороды скрывается безграничная доброта, высокая нравственность и подлинное милосердие. Он постигает истинное предназначение врача и признает его своим учителем. Награды: Кубок Вольпи за лучшую мужскую роль, кинопремия «Майнити» в номинации «Лучший японский фильм».

Чёртова служба в госпитале МЭШ (США, 1972, чёрный юмор/драма), реж. Чарльз С. Дубин, Алан Алда, Берт Меткалф.

Оригинальное название M*A*S*H – «Военно-полевой госпиталь» (англ. MASH; от английской аббревиатуры *Mobile Army Surgical Hospital* – Передвижной армейский хирургический госпиталь). Комедийный телесериал по мотивам романа Ричарда Хукера «МЭШ: Роман о трёх армейских докторях» рассказывает о жизни группы врачей-хирургов, работающих в передвижном военном госпитале во время корейской войны в начале 50-х гг. Персонажи МЭШ стараются отвлечься от тяжёлой повседневной работы. Это выливается в непредсказуемое и неадекватное поведение, что помогает им сохранять здравость рассудка в нездоровом окружении. Герои сериала – люди серьёзные, которые обращаются к юмору с целью разрядки после гнетущей атмосферы операционных комнат, где они оказывают первую помощь пострадавшим на поле боя. Их юмор – своеобразная защита от страданий. Оперируя под звуки орудий и рёв самолетов, персонажи сериала являются героями и восставшими из ада, бюрократами и бездельниками, демонами и ангелами. Всё им сходит с рук, благодаря их изобретательности и мастерству хирургов.

Больница Никербокер (США, 2014, драматический телесериал), реж. Стивен Содерберг, в ролях: Клайв Оуэн, Эрик Джонсон и др.

В основу сериала положена история развития медицины и медицинских технологий. События разворачиваются в начале XX века в больнице Никербокер, расположенной в Нью-Йорке. Доктор Джон Тэккери, работающий на должности главного хирурга больницы, старающийся идти в ногу со временем, ставит эксперименты, проводит рискованные операции. По его мнению, если медики не начнут двигать медицину вперёд, люди так и будут умирать от пустяковых заболеваний.

Айболит-66 (СССР, 1967, музыкальный фильм), реж. Ролан Быков, в ролях: Ролан Быков, Олег Ефремов, Фрунзик Мкртчян, Алексей Смирнов, Лидия Князева.

Эксцентрическая музыкальная комедия, снятая по мотивам известной сказки Корнея Ивановича Чуковского «Доктор Айболит». Этот яркий остроумный фильм адресован не только детям, но и взрослым. Он весело и ненавязчиво рассказывает о добре и зле, о справедливости и настоящей дружбе. Положенная в основу сюжета всем известная добрая сказка о добром докторе Айболите приобретает форму весёлого балагана, в котором смешались и театр, и кино, и цирк, и эстрада.

Фильм «Айболит-66» – это первый авторский фильм на советском экране. «Первая картина театральной киноэстетики», – так отозвался о собственном фильме его режиссёр и исполнитель одной из главных ролей Ролан Быков. Этот фильм уникален: он снят по системе «вариоэкрэн», которая позволяла менять размер, формат и расположение изображения в зависимости от сюжета в кадре, и персонажи то находились внутри картинки, то выбирались «наружу», захватывая и удерживая внимание зрителей.

Таким образом, общение с искусством, его использование в лечебно-профилактической работе медиков, их непосредственное художественное творчество играли и играют важную роль в духовном развитии личности врача. Искусство формирует целостную личность в единстве ее чувственно-эмоциональной и интеллектуально-мыслительной сфер, ценностных ориентаций. Искусство совершенствует творческие способности врача, побуждая его к эстетической деятельности, к профессиональному искусству.

Заключение

Профессионализм представлен через социально-культурный тип профессионала, который является носителем и выразителем определённой системы взглядов, идей и мировоззрения, связанной с профессиональной деятельностью. Профессионал должным образом осуществляет влияние в определённой деятельности, которая основана на регулярном систематическом мышлении, исследовании, эксперименте. В этом случае, аккумулируя свой опыт, профессионалы исполняют специализированную работу, для которой проходят долгое и соответствующее обучение. Поэтому идеологию профессионализма следует считать неотъемлемой частью профессиональной культуры.

Эволюция профессии врача, с одной стороны, напрямую связана с углублением и расширением профессионального знания и отработкой профессиональных навыков, что делает передачу технического содержания профессиональной культуры врача длительным и требующим особой организации процессом. С другой стороны, обучение профессии никогда не сводится к передаче только лишь функционально необходимого знания,

навыков и умений. Оно включает также передачу определённых ролей, особого профессионального прошлого, специфического профессионального фольклора и т.д. Часто это бывает вне осознания и без специального намерения, а в качестве опосредованной, скрытой функции обучения, обычно «из рук в руки». Как правило, таким образом передаётся неявное знание (например, непроговариваемые общие представления о чём-то; что-то своё само собой разумеющееся, непонятное для непосвящённых; наглядные тонкости и детали), но именно оно подчас является наиболее ценным.

Профессиональное обучение – это не только подготовка людей, технически оснащённых для выполнения особых трудовых операций, но и формирование социально и культурно «своих».

Структура профессиональной культуры врача многоаспектна и многоуровневая. Она представляет собой ценностно-символическую систему, которая состоит из профессиональных знаний, общекультурных ценностей, совокупности духовных компонентов, символов, отдельных специфических элементов, присущих врачебной профессии, а также социальных институтов, которые обеспечивают устойчивость и трансляцию этой культуры. Профессиональная культура врача выражает социально-психологические характеристики его личности и ряд профессионально важных качеств, которые, проявляясь в профессиональной деятельности, в наибольшей степени способствуют эффективности его деятельности.

Литература

1. Андерсон Д., Барнс Э., Шеклтон Э. Медицина в искусстве / предисл. Гормли Э., пер. с англ. – М.: Арт-родник, 2011. – 255 с.: ил.
2. Аникина А. А. Профессиональная культура общения врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. – Т.6. – №1. – С.240
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25861995>
3. Анохина А. В. Вопросы профессиональной этики деонтологии в деятельности врача стоматолога-ортодонта // Практическая медицина, 2010. - №2(41). – с.89-95.
4. Асеева И. А., Никитин В. Е. Биомедицинская этика. Учебное пособие для медицинских университетов. – Курск: КГМУ, 2002. – 96 с.
5. Барков С. А. Организационное поведение. 2015
https://studme.org/1584072022054/menedzhment/organizatsionnoe_povedenie
6. Бердяева И. А., Войт Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. – №2. – С. 117-120
7. Берестовская Д. С. Культурология. Учебное пособие. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2003. – 392 с.: ил.
8. Биомедицинская этика: Практикум / Под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич – Минск: БГМУ, 2011.– 255 с.
9. Бороздина Г. В. Психология делового общения. Учебник. М.: ИНФРА-М, 2005.
10. Виге Х., Рикеттс М. Медицина в искусстве: от античности до наших дней / Хорхе Виге, Мелисса Рикеттс; пер. с исп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 224 с.: ил.
11. Викентий Вересаев – биография, информация, личная жизнь.
<https://stuki-druki.com/authors/Veresaev.php>

12. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. СПб, 2005. – 336 с.
13. Ворожцов И. Ю., Максимов И. Л. Российский врач: этические аспекты профессиональной деятельности // Эл.сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке», 2007. – Т.9. – №5. – с.165.
14. Воронин А. Н., Николаев Е. Л. Личностные факторы профессиональной деятельности врача: аналитический обзор // Вестник психотерапии, 2014. – №52(57). – с.23-36
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22738702>
15. Гарески И. В. Профессиональная культура как нравственная основа деятельности врача // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие, 2016. – №2(13). – с.26-31
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26233923>
16. Грибанов Э. Д. Медицина в символах и эмблемах. М., Медицина, 1990. – 208 с.
17. Грушевицкая Т. Г., Попков В. Д., Садохин А. П. Основы межкультурной коммуникации. М., 2002.
18. Гуревич П. С. Культурология. Учебник для вузов. М.: Проект, 2003. – с. 336
19. Гуренко-Вайцман М. Н., Сугрובה Ю. Ю., Юриста А. В. Типологические характеристики конфликтов в медицинской субкультуре // Таврический медико-биологический вестник. – Симферополь, 2017. – Том 20. - № 3. – с.139-145.
20. Дедов И. И., Тюльпаков А. Н., Чехонин В. П., Баклаушев В. П., Арчаков А. И., Мошковский С. А. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы // Вестник РАМН, 2012. – № 12. <https://vestnikramn.sprjournal.ru/jour/article/viewFile/229/168.pdf>
21. Дружилов С. А. Психология профессионализма: инженерно-психологический подход. Монография. Харьков, 2011. – 296 с. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21824479>
22. Ерышев О. Ф. Личность и болезнь в творчестве гениев. СПб.: Науч.-исслед. психоневрологич. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2010. – 299 с.
23. Задора И. С., Совецкая А. И. Внешний вид врача как условие его профессиональной деятельности // Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета – медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь. Сб.научных трудов студентов и молодых учёных. Под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. Минск, 2017. – с.284-287.
24. Зильбер А. П. Врачи-гиганты: Очерки о врачах, прославившихся вне медицины. – Санкт-Петербург: арка, 2013. – 460 с.
25. Карманный словарь иностранных слов, вошедших в состав русского языка, издаваемый Н. Кириловым. – С. Петербург: Типография Губернского правления, 1845. – 324, XVII, [4] с.; 14 см. – Издание не завершено; запрещено цензурой. Издание включает выпуски 1 и 2. <https://www.prlib.ru/item/335952>
26. Кобаяси Н. Введение в нанотехнологию / Н. Кобаяси – пер. с японск. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 134с.: ил.
27. Кодекс врачебной этики Российской Федерации (1997)
<http://www.jurist-center.ru/kodeks-vrachebnoy-etiki.html>
28. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (2012)
<https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=11268>
29. Кодекс этики врачей Рунета
<https://forumnov.com/archive/index.php/t231208.html>
30. Козловская С. Н., Савкина В. В. Психология профессионализма. Хрестоматия. Магнитогорск, 2004. – 220 с. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24759198>
31. Кочергин В. Я. Профессиональная культура и социальные технологии. Минск: Белорус. гос. экон. ун-т, 2007. – 178 с.
32. Кочергин В. Я, Пацеева А. Г. Профессиональная культура врача: внутренняя дифференциация и перспективы развития. <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-kultura-vracha-vnutrennyaya-differentsiatsiya-i-perspektivy-razvitiya>

33. Кравченко А. И. Культурология. Учебное пособие для вузов – 4-е изд – М.: Академический Проект, Трикста, 2003 – 496 с. – (серия «Gaudeamus»).
34. Кузин Ф. А. Культура делового общения. Практическое пособие. М.: Ось-89, 2003.
35. Кузнецов Д. П., Пыжова О. В. Биомедицинская этика в теории и на практике: этические отношения «врач – пациент». Учебно-методическое пособие по компоненту «Биоэтика» Итоговой государственной аттестации выпускников медицинских университетов. Курск, изд-во КГМУ, 2015. – 99 с.
36. Лисицын Ю. П. История медицины. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.: ил.
37. Литвинов А. В., Литвинова И. А. Медицина в литературно-художественном пространстве. 2-изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 272 с.: ил.
38. Лотман Ю. М. Статьи по семиотике и топологии культуры. Таллин: «Александра». 1992 <http://yanko.lib.ru/books/cultur/lotman-selection.htm>
39. Льюис Ричард Д. Деловые культуры в международном бизнесе от столкновения к взаимопониманию: Пер с англ. М.: Дело, 2001.
40. Магомедова С. И. Информационные технологии в профессиональной деятельности врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. – Т.7. – №6. – С.931-932. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29981262>
41. Маркова А. К. Психология профессионализма. Монография. М., 1996. – 312 с. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32500684>
42. Медицина и искусство / А. Ф. Яковцова, И. В. Сорокина, И. И. Яковцова и др. – Харьков: Изд. дом «Райдер», 2008. – 216 с. : ил.
43. Наномедицина. <http://transhumanism-russia.ru/content/view/320/110/>
44. Новиков А. М., Новиков Д. А. Методология научного исследования. М.: Либроком, 2010. – 280 с.
45. Огурцов А. Н., Близинок О. Н. Научные исследования и научная информация. Учебное пособие. – Харьков: НТУ «ХПИ», 2011. – 400 с.
46. Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие / Кубанский государственный медицинский университет. Кафедра судебной медицины. Краснодар, 2014. – Ч.1. – 143 с.
47. Плешаков В. А. Киберсоциализация как инновационный социально-педагогический феномен // Преподаватель XXI век. 2009. – с.32-39. <https://cyberleninka.ru/article/n/kibersotsializatsiya-kak-innovatsionnyy-sotsialno-pedagogicheskiy-fenomen>
48. Понятие межкультурной компетенции: сущность и специфика. https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=2648
49. Профессиональная культура: опыт социологической рефлексии / под ред. Е. Ярской-Смирновой. (Б-ка Журнала исслед. соц. политики). М.: ООО «Вариант», 2014. –148с.
50. Профилактика синдрома профессионального выгорания <http://dszn.sev.gov.ru/profilaktika-sindroma-professionalnogo-vygoraniya/>
51. Рогов Е. И. Психология становления профессионализма (в социономических профессиях): монография. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального университета, 2016. – 340 с.
52. Рудненко А. А., Оганнисян Д. Н. Религиозный аспект профессиональной деятельности врача // научно-методический электронный журнал «Концепт», 2017. – Т.39. – с.2731-2735. <https://e-koncept.ru/2017/970873.htm>
53. Рыбина О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса. Автореф. к дис. на соиск. научн. ст. канд. психологических наук. СПб., 2005.
54. Сабитов Р. А. Основы научных исследований. Учебное пособие. Челябинск: Челябинский гос.ун-т, 2002. – 138 с.
55. Самсонова М. В. Наномедицина: перспективы развития <https://cyberleninka.ru/article/n/nanomeditsina-perspektivy-razvitiya>
56. Седова Н. Н. Биоэтика. 2018. <https://bstudy.net/678339/meditsina/bioetika>

57. Силкина А. А., Саншюкова М. К., Сергеева Е. С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом <https://medconfer.com/node/4331>
58. Соколов Д. Ю. Современные патентные технологии // Инновации, 2012. – №9 (167). – с.97. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-patentnye-tehnologii>
59. Сорокин П. Влияние профессии на поведение людей и рефлексология профессиональных групп // Питирим Сорокин. Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет. М.: Наука, 1994. – с.334-354.
60. Сорокина Т. С. История медицины: учебник. 4-е изд. М.
61. Тарасонов В. М. Символы медицины как отражение врачевания древних народов. – М.: Медицина, 1985. – 120 с. http://www.doctoribolit.ru/?go=Istoria/Istoria_001_1
62. Телемедицина. <https://www.rbc.ru/trends/innovation/5d8e297f9a79478c40cd4369>
63. Торосян В. Г. История и философия науки: учебник для вузов. 2012 <https://texts.news/nauki-filosofiya/istoriya-filosofiya-nauki-ucheb-dlya.html>
64. Федеральный закон Российской Федерации № 127-ФЗ от 23 августа 1996 г. «О науке и государственной научно-технической политике». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_11507/.
65. Хофстеде Г. Культурные ограничения в теориях управления // Академия управления исполнительной власти, 1993. – №7. – с. 81-94. <http://dx.doi.org/10.5465/ame.1993.9409142061>
66. Хьюз Э. Ч. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем // Журнал исследований социальной политики. 2009а. – №7 (3). – с.313-326. <http://ecsocman.hse.ru/text/23509076/>
http://ecsocman.hse.ru/data/2011/05/06/1268031609/Huse_Izgotovleniye_vracha.pdf
67. Шевченко Ю. Л. Философия медицины / Ю.Л.Шевченко и др. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 480 с. <https://texts.news/nauki-filosofiya/filosofiya-meditsinyi.html>
68. Шкляр М. Ф. Основы научных исследований. Учебное пособие для бакалавров. – 4-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2012. – 244 с.
69. Эко У. Как написать дипломную работу. Гуманитарные науки: Учебно-методическое пособие / Пер. с итал. Е. Костюкович. – М.: Книжный дом «Университет», 2003. – 2-е изд. – 240 с.
70. Этический кодекс российского врача (1994) <https://medinfo.live/meditsinskoy-etiki-osnovyi/eticheskiy-kodeks-rossiyskogo-48730.html>
71. Ясько Б. А. Психология медицинского труда (курс лекций). Учебное пособие. Краснодар: Ин-т междунар.права, экономики, гуманитар.наук и упр. Им. К. В. Россинского, 2003. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20077087>