

ной медицинской помощи, полученные в результате социологических опросов (рис. 9).

В целях дальнейшего реформирования системы здравоохранения необходимо информировать врачей о ходе и целях преобразований, а также о правах застрахованных/пациентов. Это возможно посредством проведения систематических мероприятий, не выходящих за рамки медицинской организации. Самой продуктивной формой информирования профессионального медицинского сообщества являются официальные документы, нормативно-правовые и законодательные акты, циркулирующие внутри медицинской организации, доводимые до сведения персонала посредством внутренних совещаниях. Вполне возможно, что в рамках медицинской организации достаточно будет разработать внутренний документ, своего рода этический кодекс, содержащий полный перечень прав застрахованного в

системе ОМС пациента при получении медицинской помощи, прав, о которых врач должен знать и неукоснительно соблюдать их.

В наибольшей степени медицинское профессиональное сообщество готово поддержать изменения в системе здравоохранения, направленные на привлечение молодых специалистов в медицинские организации, повышение заработной платы медицинских работников, увеличение объемов финансовых средств, поступающих в учреждения здравоохранения, улучшение лекарственного обеспечения и обеспеченности современным медицинским оборудованием, внедрение современных информационных технологий. Внедрение современных информационных систем в медицинских учреждениях необходимо сопровождать организацией специальных курсов и тренингов по обучению персонала.

Поступила (received) 12.08.2015

© ДИМОВ А.С., 2015  
УДК 614.25:316.66

*Димов А.С.*

## СОЦИОЛОГИЯ ВРАЧА: МЕЖДУ ИДЕАЛЬНЫМ И РЕАЛЬНЫМ — ОПЫТ XX ВЕКА. ЧАСТЬ I. О МЕТОДОЛОГИИ И МЕТОДИКАХ ПОЗНАНИЯ СТАТУСА ВРАЧА ДО СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", г. Ижевск, Россия

Для корреспонденции: Димов Анатолий Сергеевич, dimov1940@yandex.ru

В изучении проблемы социологии врача накоплен значительный объем информации. Предпринята попытка его обобщения и систематизации. Рассмотрены основные методологические дефекты в оценке врача и его деятельности. Показана донаучность прежних знаний о враче до становления социологии медицины. Приведены данные о дефектах использованных методик исследования роли и статуса врача. Изложен анализ различных толкований основных черт врача. Дана критическая оценка понимания профессиональных свойств врача как сугубо специфических.

**Ключевые слова:** социология; врач; статус врача; методология; методика исследования качества врача.

**Для цитирования:** Социология медицины. 2015; 14 (2): 9—15.

*Dimov A.S.*

## THE SOCIOLOGY OF PHYSICIAN: IN-BETWEEN IDEAL AND REAL — XX CENTURY EXPERIENCE. PART I. ON METHODOLOGY AND METHODS OF COGNITION OF STATUS OF PHYSICIAN BEFORE BECOMING OF SOCIOLOGY OF MEDICINE (LITERATURE REVIEW)

The Ijevsk state medical academy, Ijevsk, Russia

For correspondence: Dimov A.S. dimov1940@yandex.ru

The study of problem of sociology of physician accumulated significant volume of information. The attempt was made to summarize and systematize it. The main methodological defects in evaluation of physician and one's activity are considered. The pre-scientific nature of previous knowledge about physician prior to becoming of sociology of medicine is demonstrated. The data about defects of applied research methods concerning role and status of physician is presented. The analysis of different interpretations of main characteristics of physician are presented. The critical evaluation of comprehension of professional characteristics as strictly specific are given.

**Keywords:** sociology; physician; status of physician; methodology; methods of study; qualities of physician

**For citation:** Sociologia meditsini. 2015; 14 (2): 9—15.

Одной из задач социологии медицины является оценка ориентации врача как социальной фигуры в социуме, что сформулировано как статус врача и его социальная роль [1,2]. В этой проблеме сложился ряд про-

тиворечий, которые в целом можно охарактеризовать как диссоциацию ее методологических и прикладных аспектов. С одной стороны, в социологии медицины "ощущается нехватка теоретических концепций" [3], с

другой — в здравоохранении накоплен значительный объем социологической информации, не получившей достаточного научного осмысления [4], и потому не имеющей выхода на практике. Это создает объективную необходимость максимально обобщить и систематизировать опыт минувшего столетия вне зависимости от того, признавался он в свое время или отвергался.

**1. Некоторые методологические дефекты в оценке врача и его деятельности.** Общество, том числе медицинское, как и государство, воспринимает врача как центральную фигуру в медицине, призванную (и обязанную!) защищать и сохранять здоровье населения. При этом давно отмеченная и очевидная тенденция возрастания ценности здоровья в обществе [5, 6] не привела к аналогичному возрастанию ценности медицинских работников, интеллектуальные и психологические затраты которых не сравнимы с другими профессиями [7, 8]. Это видно по недостаточной оценке их труда государством [9]. Если нет понимания значимости второго, следовательно, не будет и первого.

В медицинской науке, напротив, центральное место отведено больному (и его страданиям). Изучение социально-психологических аспектов личности больных в той или иной мере проводится, в этом плане имеются практические и теоретические достижения. Однако изучению статуса врача и его роли как диалектического и социального (!) антипода пациента как в советский период (что показал специальный обзор [10]), так и в настоящее время не уделяется должного внимания. До официального признания в нашей стране социологии медицины [3] различные исследователи чаще косвенно (вынуждено, под воздействием фактов) касались тех или иных моментов в рассмотрении врача как социальной единицы. Однако системного и структурного представления о нем, по-видимому, до сих пор не сложилось.

В этом направлении чаще упоминались системы отношений: врач и больной, врач и общество, врач и коллеги [1, 11] и др. В частности, была предложена классификация по критерию профессиональных контактов врача:

- ◆ Врач и больной (моральные вопросы взаимоотношения и взаимодействия).
- ◆ Врач и общество, государство, право, закон.
- ◆ Врач и другие врачи, врач и медицинский коллектив.
- ◆ Врач и микросоциальная среда больного, его окружение (родственники, сотрудники, соседи и др.).
- ◆ Врач и его отношение к самому себе [11].

По нашему мнению, значение последнего раздела недооценивается, в то время как отношение врача к самому себе как личности, профессионалу, к своей работе в значительной мере определяет его поведенческую линию [5]. Подобное исследование ("интроспекционного" характера) нами было проведено еще в советский период [12], а в настоящее время это стало модным и распространенным типом наблюдения, понимаемым как изучение качества жизни объекта, чаще больного, но иногда и врача.

В современных публикациях структуризация статуса врача производится неоднозначно. Так, его составляющими применительно к системе ОМС обозначаются экономические, профессионально-должностные, социально-психологические и престижность [2]. По иным граням она представлена как профессиональная культура, профессиональные качества, мыслительная деятельность, общая культура и общечеловеческие ка-

чества [13]. Заметим, что частный взгляд не позволяет дать целостное и унифицированное представление о структуре статуса врача.

**2. О донаучности прежних (досоциологических) знаний о враче.** Знания о враче, его роли и задачах в обществе во многом отражались в литературе по деонтологии. С середины XIX века по 1983 г. опубликовано 1800 работ такого рода [7]. По свидетельству Н.В. Эльштейна [14], по проблеме "врач и больной" на русском языке опубликовано более 2000 работ, а в Национальной библиотеке США только за 1996—1999 гг. появились 8488 источников, посвященных этому вопросу [15]. Деонтология, которую иногда считают мифологией [16], безусловно, есть область знания, но является ли она научной?

Во-первых, наука отличается от иной области знаний (искусства, этики, религии и т. д.) тем, что имеет не только свой объект исследования, но и свои методы, свои практические итоги (воспроизводимые) и теоретические достижения [17]. Хорошо известно, что наука — это определенная деятельность людей, направленная на получение (производство) и/или приращение знаний [17—19]. К сожалению, при увеличении числа проблем в деонтологии, обнаруживается отсутствие развития знаний (научной новизны) в этой области, что привело к ее стагнации и поиску выхода, выразившегося, в частности, в появлении биоэтики [20]. По содержанию деонтология представляет собой мушкетирование и "пережевывание" общеизвестных и ставших тривиальными истин, суть которых сводится почти к библейской догме: люби больного, как своего ближнего и т. д., и она нередко является компиляцией с различными авторскими вариациями далеко не конструктивного характера либо просто повторемостью (если не копируемостью) их содержания. В подавляющем большинстве изученных нами работ [21], в том числе крупных (Петровского Б.В., 1988; Лещинского Л.А., 1989; Аكوпова В.И., 1994; Шамова И.А., 2001 и др.), лейтмотивом, а зачастую рефреном каждого тезиса, являлось начало "врач не имеет права.., врач должен.., врач обязан.., врачу необходимо.., от врача требуется..". При этом стиль изложения был нередко декларативным, назидательным, с преобладанием сентенций, а иногда и патетическим [21].

Во-вторых, наука есть система достоверных знаний, которые в отличие от ненаучных знаний могут быть доказаны и перепроверены. Для науки нужны не просто иллюстративный набор несистематизированных фактов, но и убедительные доказательства их взаимосвязи. Наука результативна там, где развита количественная сторона дела. Однако статистических исследований в работах по деонтологии не существует. При всем значении роли деонтологии ее научный потенциал ограничивался субъективной оценкой авторов конкретных, чаще сугубо профессиональных и реже социальных сторон жизни врача, где все характеристики врача акцентуируются и "монополизируются" как специальные и специфические.

Можно констатировать, что целью и способом функционирования деонтологии является просветительство, в котором преобладают две крайности — декларативный абстракционизм и феноменологический эмпиризм [21].

**3. Об основах систематизации прежних знаний, характеризующих профессиональную сторону личности врача, о частных ("специфических") пара-**

метрах статуса врача. Сущность врача как профессионала представляет собой структуру исключительно социального содержания. Если социология наука, то в ней должна присутствовать системность, должно иметь место классифицирование, градация проблем и явлений, в частности социальных качеств врача, как идеальных (соответствующих его статусу), так и реальных. До сих пор такого ряда элементов этого явления приводилось и приводится чрезвычайно много, но их понимание и интерпретация произвольны. Порой они привносятся в образ врача эпический, метафорический, фольклорный акцент, приводя его к одностороннему и идеализированному представлению. Безусловно, все его характеристики (моральные, этические, культурологические, правовые и т. д.), как бы они ни назывались, несут несомненный социологический смысл. Поэтому все эти элементы, установленные на прежних этапах познания, не следует недооценивать и отбрасывать, а по закону "отрицания", они подлежат "снятию", т. е. усвоению.

По свидетельству многих авторов, характер врача и его психоэмоциональное состояние играют не меньшую роль, чем все остальные моменты в его врачебной деятельности, нередко являясь источником ее дефектов [22—26].

По нашему анализу ряда монографий и специальных публикаций последнего столетия ведущих специалистов в области познания личности врача, при обобщении их данных [27] обнаружилось, что практически во всех работах, в том числе Громова А.П., 1976; Изуткина А.М. и соавт., 1978, 1983; Билибина А.Ф., 1981; Комарова Ф.И. и соавт., 1988; Петровского Б.В., 1988; Лещинского Л.А., 1989; Петленко В.П. и соавт., 1989; Эльштейна Н.В., 2000; Шамова И.А., 2005; Решетникова А.В., 2006; Аюпова В.И. и соавт., 2006; Arneith I., 1971 и др., в основном (и чаще всего) указывается на необходимость врачу иметь следующие качества: *психологическую совместимость с пациентом, доброту, внимательность, порядочность, гуманизм (человеколюбие), великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, профессионально углубленное чувство долга, потребность к самосовершенствованию, доброжелательность, отзывчивость, сострадание, правдивость, спокойствие, уверенность, целомудрие, воображение, вдохновение, импровизацию, интуицию, чуткость, терпимость, сочувствие, милосердие, самоотверженность, стойкость, терпение, трудолюбие, мягкость, наблюдательность, ответственность, выносливость, смелость, оптимизм, предупредительность, бескорыстие, обаятельность, добродушие, решительность, настойчивость, заботливость. Врач должен быть образцом самообладания и профессионального долга, твердости в своих суждениях, смелости, решительности, быстроты и аккуратности в действиях, быть мыслящим, организатором, воспитателем, творческим, дипломатом, независимым в своем мнении, владеть словом, обладать рациональным оптимизмом и умеренным юмором, психологической и психотерапевтической культурой, долгом (обязательностью), уважительностью и заинтересованностью к больному, профессионально растущим и т. д. [27], а также быть личностью, извиняющейся и поднимающей настроение больному [28]. Е.И. Чазов полагает, что во врачевании "немалую роль играют характерологические особенности: *быстрота реакции, взвешенность, способность к обобщению, сопоставле-**

*нию*" [29]. Цитируется и заповедь Гиппократу врачам: *"...презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами..."* [30]. Последнее хотелось бы отметить особенно.

Это были оценки позитивные и, возможно, реальные. Но вероятны и противоположные характеристики (чаще патологами и судебными медиками) выявлялись: *бедность интуиции* [31, 32], *отсутствие вдохновения* [33], *мышление без ассоциаций или недисциплинированное* [34, 35], *невнимательность* [36—38], *поспешность* [39], *медлительность, утомляемость, забывчивость* [40], *невежество* [41, 42], *незнание* [26, 43, 44], *отсутствие опыта* [45, 46], *небрежность* [47, 48], *склонность к оптимизму или пессимизму* [40], *себялюбие, тщеславие* [26], *нерешительность, неуверенность в себе, страх за свою судьбу и авторитет, самоуверенность, заносчивость, вера в свою непогрешимость* [26, 45, 49, 50].

Применительно к вопросу о систематизации качеств врача нам больше импонирует классификация личности А.В. Петровского [51]. Им эти свойства делились на *эндopsихические* (бедность интуиции, мышление без ассоциаций, медлительное, недисциплинированное, внушаемость, неуравновешенность, рассеянность и т. д.) и *экзopsихические*, которые можно условно подразделить на специфические или условно профессиональные (невежество, незнание, узкий подход врача-специалиста и т. д.) и неспецифические или условно непрофессиональные (халатность, недобросовестность, небрежность, безответственность, нерешительность, самоуверенность, перестраховка и т. д.). Однако это не отражает весь спектр качеств врача.

#### **4. О методологических проблемах и дефектах методики познания, отражающих личностные элементы (качества) статуса врача**

**4.1. О методологических проблемах.** Анализ спектра врачебных качеств, приведенных выше, вероятно, неполный, так как основан на изучении лишь части литературы по данному вопросу. Но существует ряд недостатков имеющегося опыта в отношении понимания статуса врача.

Все это многообразие качеств врача отражает преимущественно идеализированные элементы, а эта идеализация, поскольку она абсолютизируется, граничит с утопичностью. В реальной практике (по закону диалектической логики) встречаются и противоположные по содержанию качества врача, что чаще выявляется лишь при летальных исходах и не замечается в повседневной практике здравоохранения.

Попытки большого числа известных специалистов (каждого в своей области), к сожалению, не привели к определению единого спектра особенностей врача. Поскольку приводились черты в целом присущие человеческой личности, а не только врачу, мы находим, что точный и окончательный перечень их вообще невозможен, поскольку с философской точки зрения он бесконечен, как бесконечна в своем многообразии личность как социальное существо [17].

Совершенно очевидно, что многие понятия, использованные для характеристики врача, являются частью других (например, доброта, внимательность, сострадание как часть милосердия), в ряде случаев они просто

неопределенны (целомудрие, воображение) либо их объемы частично пересекаются между собой (самоотверженность, стойкость, терпение, выносливость). Это еще раз подчеркивает необходимость их классифицирования, не достигнутого пока даже в специальной науке, занимающейся взаимоотношениями людей, психологии.

Проведенный индуктивным методом обзор показал не только многогранность требований к врачу, но и многообразие их корреляций и взаимосвязей, что, безусловно, еще раз подчеркивает возможность безграничного числа комбинаций параметров и, следовательно, статусной позиции врача. Возможно, это и препятствует классифицированию и построению иерархии параметров в этом конгломерате характеристик врача. В свою очередь это, вероятно, позволило ВОЗ считать, что нет точных критериев оценки пригодности к врачебной деятельности [52].

**4.2. О логических и методических ошибках.** Подчеркнем, что трактовка и понимание характеристик врача, как и способ их выявления, ни в одной работе не приводились, не говоря уже об унифицированности методик, что давно является слабым местом всех социологических исследований [4]. Отсутствие определенных критериев оценки каждого из параметров, однозначного понимания каждого из приведенных понятий является грубым нарушением формальной логики в виде *отождествления понятий* или их двусмысленности. Этого вполне достаточно для сомнения в достоверности и научности важной и нужной аналитической работы, проделанной в предшествующие годы.

Сложность трактовки каждой из характеристик врача можно видеть по следующим наиболее значимым и частым оценкам врачебной деятельности. Так, крупнейший патолог прошлого века И.В. Давыдовский [21] одной из причин врачебных ошибок находил невежество, т. е. незнание элементарных основ анатомии, физиологии, клиники и т. д. Здесь достаточно ясная квалификация. Другой причиной он называл добросовестное заблуждение. Его определения не существует. Если исходить из того, что добросовестность — честное выполнение своих обязательств (по С.И. Ожегову, 1975), а добросовестный человек (по В.И. Далю, 2007) — правдивый, честный, то получается, что добросовестное заблуждение — это честное неведение.

Подавляющим большинством авторов при анализе причин врачебных диагностических ошибок [44, 53, 54] часто использовались такие понятия, как неграмотность, небрежность, невнимательность и др., но толкование их не приводилось. В специальных работах судебных медиков [48, 52, 55] приводились толковые словари с числом 100—300 определений терминов и понятий, но среди них лишь единичные касались социальных сторон врачевания.

Например, небрежность — одна из форм неосторожности, когда врач не предвидел возможности наступления вредных последствий, но он должен был и мог их предвидеть, и неосторожность — одна из форм вины, которая по УК РФ состоит из двух форм: небрежности и самонадеянности [48]. А что есть самонадеянность? Это остается неизвестным. Непременно упоминается халатность — ненадлежащее исполнение обязанностей, которое расшифровывается по-разному. Например, оно означает действие (бездействие) медицинских работников, не отвечающее общепризнанным положениям медицинской науки и практики [48], но

чаще как не оказание медицинской помощи: несвоевременное, недостаточное, неправильное.

Наиболее часто употребляемым термином был гуманизм, т. е. мировоззрение, рассматривающее человека как высшую ценность. По В.Г. Белинскому, это "человеколюбие... развитое сознанием и образованием" [7]. Обратная сторона — отсутствие гуманности врача — может именоваться человеконенавистничеством. По-видимому, неосознанное (стихийное) и ненаучное (без профессиональных знаний врача) человеколюбие в социальном отношении достаточно бесполезно и сродни абстрактному сочувствию. Милосердие, по словарю С.И. Ожегова, — "готовность помочь кому-нибудь или простить кого-нибудь из сострадания, человеколюбия", по словарю В.И. Даля — "сердоболие... любовь на деле, готовность делать добро всякому..." и его следует отличать от избирательной благотворительности [56]. Достоинство — стремление личности не вступать в разлад с самим собой [7]. Аристотель трактует порядочность, как способность поступать сознательно и справедливо там, где не предусмотрено действие закона, либо делать добрые дела не напоказ [56]. Совесть — способность личности контролировать свое поведение... в ответ на высокие требования общества [7].

В психологической энциклопедии [57] приводятся два свойства (термина), часто приписываемых врачу. *Эмпатия* — сопереживание, способ понимания эмоционального состояния других людей, и альтруизм, который по автору (Огюст Конт) понимается как самоотверженная забота о благе других, но не обязательно сопровождается ущербом для альтруиста.

Приведем еще некоторые трактовки свойств врача: *грубость* — противоположность вежливости и форма проявления неуважения, *ответственность* — мера выполнения своего долга, *скромность* — непризнание за собой исключительных прав и достоинств, *сочувствие* — форма проявления гуманизма, основанного на признании законности потребностей и интересов всякого человека и содействие в их реализации [58].

Еще раз заметим, что если положительные черты статуса врача преподносятся идеализированными (возможно даже ирреальными), которые крайне трудно идентифицировать в научном (социологическом) исследовании, то отрицательные, к сожалению, оказываются вполне реальными и основанными на печальном опыте врачевания.

**5. Об основах личности врача как социальной единицы.** К самым естественным, фундаментальным и предельно широким, т. е. имеющим философское значение, качествам человека следует отнести его отношение к себе подобным, т. е. к социальным существам. Поэтому и по философской, и по христианской заповеди [56] самым существенным и базовым принципом является взаимопонимание и терпимость к иной личности. В социальном аспекте (а иного не может и быть) отношение к себе подобным зиждется на единственном (фундаментальном) стержне — уважении (самоуважении, взаимоуважении). Мы полагаем, что исходя из этих общих социально-нравственных принципов и во имя интересов дела врач, имея дело с пациентом, должен этим стержнем — уважением к больному — обладать. При этом требуется и уважения со стороны больного к врачу, что чаще автоматически имеет место в силу зависимости последнего от врача. Неуважение выражается еще и в бездушном отношении к живому

объекту (человеку) как биологической особи [59] или как к бездушному объекту (предмету). Такое одинаковое ценностное отношение к антиподам — предмету и личности — в принципе невозможно у лиц, имеющих этот генеральный стержень.

Все остальные элементы личности, в том числе и сострадание, — это лишь подварианты общего явления — уважения. Безграничное число человеческих качеств, вменяемых врачу, мы полагаем, в принципе нужно и любому другому специалисту, функционирующему в социуме. Напомним, что сострадание — норма общечеловеческая, а не только врачебная [21, 57, 60].

### Заключение

Изложенное выше обосновывает нашу позицию, которая повторяет давно известное. Крупный немецкий специалист в области человековедения Альберт Молль в своем труде пришел к заключению, что врачебные качества — итог общечеловеческих [61]. Иначе говоря, истина оказывается проста и давно известна. Она имеет непреходящее значение и заключается в тезисе тысячелетней давности, что хороший врач должен быть прежде всего хорошим человеком (личностью).

### ЛИТЕРАТУРА

- Решетников А.В. *Социология медицины: Учебник*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
- Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования (Часть III). *Социология медицины*. 2013; 2: 3—10.
- Решетников А.В. Эволюция социологии медицины. *Социология медицины*. 2012; 2: 4—10.
- Татарников М.И. Зачем нужна стандартизированная методика социологического опроса в здравоохранении. *Социология медицины*. 2013; 2: 11—9.
- Писарев Д.И. *Этика и мышление советского врача*. М.: Медгиз; 1963.
- Изуткин А.М., Матюшин И.Ф., Вогралик В.Г., Лавренко В.П. *Проблемы деонтологии в медицине*. Горький: Горьковский медицинский институт им. С.М. Кирова; 1978.
- Иванюшкин А.Я. *Профессиональная этика в медицине (философские очерки)*. М.: Медицина; 1990.
- Повзун С.А. *Медицинские конфликты*. СПб.: ЭРА; 2006.
- Витер В.И., Рамишвили А.Д., Неволин Н.И. Формирование мотивационной сферы в профессиональной деятельности врача. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2003; 2: 23—6.
- Куценко Г.И., Сошников Е.И., Эривастави В.Г. Социально-психологические аспекты труда медицинских работников. *Гигиена и санитария*. 1983; 6: 63—6.
- Лещинский Л.А. *Деонтология в практике терапевта*. М.: Медицина; 1989.
- Димов А.С., Топчилов С.А., Витер Н.В. Самооценка деонтологических параметров врачом. Рукопись депонирована в ВНИИМИ МЗ СССР, № 15062-88. *Медицинский реферативный журнал*. I. 1988; 7: 90, № 2478.
- Сокол А.Ф. Современный врач? Особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств. *Социология медицины*. 2014; 1: 7—14.
- Эльштейн Н.В. *Медицина и время*. Таллинн: Валгус; 1990.
- Эльштейн Н.В. Медицинская этика и современность. *Клиническая медицина*. 2000; 11: 14—8.
- Zechmeister K. *Arzt und Weltanschauung. Philosophisches in der Medicine der BRO*. Berlin; 1972.
- Наука. *Энциклопедический словарь по культурологии*. М.: Центр; 1979.
- Наука. *Философский энциклопедический словарь*. М.: Советская энциклопедия; 1983: 403—6.
- Степин В.С., Горохов В.Г., Розов М.А. *Философия науки и техники: Учебное пособие*. М.: Контакт-альфа; 1995.
- Введение в биоэтику: Учебное пособие* / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Прогресс-Традиция; 1998.
- Димов А.С. Кризис деонтологии: методологические проблемы. *Клиническая медицина*. 2008; 12: 4—7.
- Брусиловский Н.Е., Левин А.М. К психологии медицинских ошибок. *Психология*. 1930; 3 (2): 207—40.
- Бенедиктов И.И. *Происхождение диагностических ошибок*. Свердловск: Средне-Уральское книжное издательство; 1977.
- Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки. *Терапевтический архив*. 2005; 8: 66—92.
- Изуткин А.М., Козыревская Л.П., Соболев К.Н. Соотношение рационального и эмоционального и психологические проблемы медицинской деонтологии. В кн.: *Медицинская этика и деонтология* / Под ред. Г.В. Морозова, Г.И. Царегородцева. М.: Медицина; 1983: 123—37.
- Hegglin R. *Differentialdiagnose innerer*. Stuttgart: Krankheiten; 1961.
- Димов А.С. Современные проблемы деонтологии. *Клиническая медицина*. 2010; 4: 30—4.
- Матвеев В.Ф. *Основы медицинской психологии, этики и деонтологии: Учебное пособие*. 2-е изд. М.: Медицина; 1989.
- Чазов Е.И. Врачевание в прошлом и настоящем. Что мы приобрели и что теряем? *Терапевтический архив*. 2009; 5: 9—14.
- Бошняков Д.М. Взаимоотношения врача и пациента в условиях роста уровня общей и гигиенической культуры населения. В кн.: *Медицинская этика и деонтология* / Под ред. Г.В. Морозова, Г.И. Царегородцева. М.: Медицина; 1983: 100—12.
- Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. В кн.: *Б.М.Э. М.*; 1928; т. 5: 697—700.
- Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. *О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк)*. М.: Медицина; 1973.
- Дробнер Л.И. О врачебных ошибках. *Советский врачебный журнал*. 1938; 12: 931—8.
- Мастбаум М.И. О распознавании внутренних болезней в амбулатории. *Советская медицина*. 1940; 20: 3—8.
- Зальмунин Ю.С. *Врачебные ошибки и ответственность врачей: Дисс. ... канд. мед. наук*. Ленинград; 1950.
- Пытель А.Я., Голигорский С.Д. Некоторые аспекты деонтологии в урологической практике. *Советская медицина*. 1972; 2: 60—75.
- Коморовский Ю.Т. Методологические основы изучения ошибок в хирургии. *Клиническая хирургия*. 1979; 9: 54—62.
- Забусов Ю.Г. О причинах и характере расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами. *Казанский медицинский журнал*. 1973; 2: 63—5.
- Рейнберг Г.А. *Методика диагноза*. М.: Медгиз; 1951.
- Franke H. Über internistische Fehl Diagnosen. *Chir. Praxis*. 1971; 4 (15): 535—41.
- Шварц М.С. Прения по докладу А.Д. Гусева "Врачебные ошибки и врачебные преступления". *Казанский медицинский журнал*. 1935; 7: 817—26.
- Эдель Ю.П. *Врачебные ошибки и ответственность врача: Дисс. ... канд. мед. наук*. Харьков; 1957.
- Эпштейн Т.Д. Источники врачебных ошибок и пути их устранения. *Казанский медицинский журнал*. 1935; 7: 807—21.
- Эльштейн Н.В. Современный врач и диагностические ошибки. *Клиническая медицина*. 1975; 9: 131—6.
- Громов А.П. *Права, обязанности и ответственность медицинских работников*. М.: Медицина; 1976.
- Probst J., Chefarst Dr. Fehlbeurteilung von Röntgenbildern. *Hefte zur Unfallheilkunde*. 1969; 33 (12): 207—14.
- Каган М.И., Шпиганович А.В. *Врачебные ошибки*. Рига; 1964.
- Акопов В.И. *Медицинское право: книга для врачей, пациентов и юристов*. М.: ИКЦ "МарТ"; 2004.
- Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. *Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения*. М.: Медгиз; 1959.
- Рокицкий П.Ф. *Биологическая статистика*. 3-е изд. Минск: Вышэйша школа; 1973.
- Петровский А.В. *О психологии личности*. М.: Знание; 1971.
- Акопов В.И., Маслов Е.Н. *Страдания Гиппократа (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников)*. Ростов-на-Дону: Издательство "Приазовский край"; 2006.
- Лурья Р.А., Дайховский Я.И. Опыт анализа диагностических ошибок в клинике внутренних болезней. *Клиническая медицина*. 1940; 12: 38—48.
- Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. *Советская медицина*. 1941; 3: 3—9.

55. Пашина Г.А., Завальнюк А.Х. *Словарь судебно-медицинских терминов*. Москва-Ижевск: Экспертиза; 1996.
56. Лаврентюк Г.П. *О нравственности, совести, пороках и достоинствах, профессиональной этике и рецептах успеха на работе: Учебно-методическое пособие*. СПб.: ГОУ ВПО "СПб им. И.И. Мечникова"; 2009.
57. *Психологическая энциклопедия*. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Аурбаха. СПб.: Питер; 2003.
58. *Словарь по этике* / Под ред. А.А. Гусейнова, И.С. Кон. М.: Политиздат; 1989.
59. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. *Медицинская этика: Учебное пособие*: Пер. с англ. под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2004.
60. Решетников А.В. Институциональные изменения в социокультурном паттерне врача. *Социология медицины*. 2006; 2: 3—7.

Поступила 24.05.2015

#### REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Textbook*. [Sotsiologiya meditsiny: Uchebnik]. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (in Russian)
2. Reshetnikov A.V. Sociology of obligatory medical insurance. (Part III). *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 2: 3—10. (in Russian)
3. Reshetnikov A.V. Evolution of sociology of medicine. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012, 2: 4—10. (in Russian)
4. Tarnikov M.I. Why the standardized technique of sociological poll in health care is necessary. *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 2: 11—9. (in Russian)
5. Pisarev D.I. *Etik and Thinking of the Soviet Doctor*. [Etika i myshlenie sovetskogo vracha]. Moscow: Medgiz; 1963. (in Russian)
6. Izutkin A.M., Matyushin I.F., Vogralik V.G., Lavrenko V.P. *Medical Ethics Problems in Medicine*. [Problemy deontologii v meditsine]. Gor'kiy: Gor'kovskiy meditsinskiy institut im. S.M. Kirova; 1978. (in Russian)
7. Ivanyushkin A.Ya. *Professional Ethics in Medicine (philosophical sketches)*. [Professional'naya etika v meditsine (filosofskie ocherki)]. M.: Meditsina; 1990. (in Russian)
8. Povzun S.A. *Medical Conflicts*. [Meditsinskie konflikty]. St. Petersburg: ERA; 2006. (in Russian)
9. Viter V.I., Ramishvili A.D., Nevolin N.I. Formation of the motivational sphere in professional activity of the doctor. *Problemy ekspertizy v meditsine*. 2003; 2: 23—6. (in Russian)
10. Kutsenko G.I., Soshnikov E.I., Eristavi V.G. Social and psychological aspects of work of health workers. *Gigiena i sanitariya*. 1983; 6: 63—6. (in Russian)
11. Leshchinskiy L.A. *Deontologiya in Practice of the Therapist*. [Deontologiya v praktike terapevta]. Moscow: Meditsina; 1989. (in Russian)
12. Dimov A.S., Topchilov S.A., Viter N.V. Wind deontologicheskikh of parameters doctor. *Meditsinskiy referativnyy zhurnal*. I. 1988; 7: 90, № 2478. (in Russian)
13. Sokol A.F. Modern doctor? Features, ways of optimization of professional and personal qualities. *Sotsiologiya meditsiny*. 2014; 1: 7—14. (in Russian)
14. El'shteyn N.V. *Medicine and time*. [Meditsina i vremya]. Tallinn: Valgus; 1990. (in Russian)
15. El'shteyn N.V. Medical ethics and present. *Klinicheskaya meditsina*. 2000; 11: 14—8. (in Russian)
16. Zechemeister K. *Arzt und Weltanschauung. Philosophisches in der Medicine der BRO*. Berlin; 1972.
17. *Science. The Encyclopedic Dictionary on Culturologists*. [Entsiklopedicheskiy slovar' po kul'turologii]. Moscow: Tsentr; 1979. (in Russian)
18. *Science. Philosophical Encyclopedic Dictionary*. [Filosofskiy entsiklopedicheskiy slovar']. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya; 1983: 403—6. (in Russian)
19. Stepin V.S., Gorokhov V.G., Rozov M.A. *Philosophy of science and technicians: Manual*. [Filosofiya nauki i tekhniki: Uchebnoe posobie]. Moscow: Kontakt-al'fa; 1995. (in Russian)
20. *Introduction to Bioethics: Manual*. [Vvedenie v bioetiku: Uchebnoe posobie]. / Ed. B.G. Yudin. Moscow: Progress-Traditsiya; 1998. (in Russian)
21. Dimov A.S. Crisis of medical ethics: methodological problems. *Klinicheskaya meditsina*. 2008; 12: 4—7. (in Russian)
22. Brusilovskiy N.E., Levin A.M. To psychology of medical mistakes. *Psikhologiya*. 1930; 3 (2): 207—40. (in Russian)
23. Benediktov I.I. *Origin of Diagnostic Mistakes*. [Proiskhozhdenie diagnosticheskikh oshibok]. Sverdlovsk: Sredne-Ural'skoe knizhnoe izdatel'stvo; 1977. (in Russian)
24. El'shteyn N.V. A modern view on medical errors. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2005; 8: 66—92. (in Russian)
25. Izutkin A.M., Kozyrevskaya L.P., Sobol' K.N. Rational and emotional and psychological problems of medical medical ethics. In: *Medical Ethics and Medical Ethics*. [Meditsinskaya etika i deontologiya] / Eds G.V. Morozov, G.I. Tsaregorodtsev. Moscow: Meditsina; 1983: 123—37. (in Russian)
26. Hegglin R. *Differentialdiagnose innerer*. Stuttgart: Krankheiten; 1961.
27. Dimov A.S. Modern problems of medical ethics. *Klinicheskaya meditsina*. 2010; 4: 30—4. (in Russian)
28. Matveev V.F. *Fundamentals of Medical Psychology, Ethics and Medical Ethics: Manual*. [Osnovy meditsinskoj psikhologii, etiki i deontologii: Uchebnoe posobie]. 2-e izd. Moscow: Meditsina; 1989. (in Russian)
29. Chazov E.I. Doctoring in the past and the present. What did we get and what we lose? *Terapevticheskiy arkhiv*. 2009; 5: 9—14. (in Russian)
30. Boshnyakov D.M. Relationship of the doctor and the patient in the conditions of growth of level of the general and hygienic culture of the population. In: *Medical Ethics and Medical Deontology*. [Meditsinskaya etika i deontologiya] / Eds G.V. Morozov, G.I. Tsaregorodtsev. Moscow: Meditsina; 1983: 100—12. (in Russian)
31. Davydovskiy I.V. Medical errors. In: *B.M.E.* Moscow; 1928; 5: 697—700. (in Russian)
32. Bilibin A.F., Tsaregorodtsev G.I. *About Clinical Thinking (Philosophical-deontology Sketch)*. [O klinicheskom myshlenii (filosofsko-deontologicheskoy ocherk)]. Moscow: Meditsina; 1973. (in Russian)
33. Drobner L.I. About medical errors. *Sovetskiy vrachebnyy zhurnal*. 1938; 12: 931—8. (in Russian)
34. Mastbaum M.I. About recognition of internal diseases in outpatient clinic. *Sovetskaya meditsina*. 1940; 20: 3—8. (in Russian)
35. Zal'munin Yu.S. *Medical Errors and Responsibility of Doctors: Diss.* Leningrad; 1950. (in Russian)
36. Pytel' A.Ya., Goligorskiy S.D. Some aspects of medical ethics in urological practice. *Sovetskaya meditsina*. 1972; 2: 60—75. (in Russian)
37. Komorovskiy Yu.T. Methodological bases of studying of mistakes in surgery. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1979; 9: 54—62. (in Russian)
38. Zabusov Yu.G. About the reasons and character of divergences between clinical and pathoanatomical diagnoses. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1973; 2: 63—5. (in Russian)
39. Reynberg G.A. *Metodik of the Diagnosis*. [Metodika diagnoza]. Moscow: Medgiz; 1951. (in Russian)
40. Franke H. Über internistische Fehldiagnosen. *Chir. Praxis*. 1971; 4 (15): 535—41.
41. Shvarts M.S. Debate on A.D. Gusev's report "Medical errors and medical crimes". *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1935; 7: 817—26.
42. Edel' Yu.P. *Medical Errors and Responsibility of the Doctor: Diss.* Khar'kov; 1957. (in Russian)
43. Epshteyn T.D. Sources of medical errors and way of their elimination. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1935; 7: 807—21. (in Russian)
44. El'shteyn N.V. Modern doctor and diagnostic mistakes. *Klinicheskaya meditsina*. 1975; 9: 131—6. (in Russian)
45. Gromov A.P. *Rights, Duties and Responsibility of Health Workers*. [Prava, obyazannosti i otvetstvennost' meditsinskikh rabotnikov]. Moscow: Meditsina; 1976. (in Russian)
46. Probst J., Chefarst Dr. Fehlbeurteilung von Röntgenbildern. *Hefte zur Unfallheilkunde*. 1969; 33 (12): 207—14.
47. Kagan M.I., Shpiganovich A.V. *Medical Errors*. [Vrachebnye oshibki]. Riga; 1964. (in Russian)
48. Akopov V.I. *Medical Right: The Book for Doctors, Patients and Lawyers*. [Meditsinskoe pravo: kniga dlya vrachev, patientsov i yuristov]. Moscow: IKTs "MarT"; 2004. (in Russian)
49. Krakovskiy N.I., Gritsman Yu.Ya. *Mistakes in Surgical Practice and a Way of their Prevention*. [Oshibki v khirurgicheskoy prak-

- tike i puti ikh preduprezhdeniya]. Moscow: Medgiz; 1959. (in Russian)
50. Rokitskiy P.F. *Biological Statistics*. [Biologicheskaya statistika]. 3-rd Ed. Minsk: Vysheysha shkola; 1973. (in Russian)
51. Petrovskiy A.V. *About Psychology of the Personality*. [O psikhologii lichnosti]. Moscow: Znanie; 1971. (in Russian)
52. Akopov V.I., Maslov E.N. *Hippocrates's Sufferings (Legal and Ethical Problems of Modern Medicine and Responsibility of Health Workers)*. [Stradaniya Gippokrata (Pravovye i eticheskie problemy sovremennoy meditsiny i otvetstvennost' meditsinskikh rabotnikov)]. Rostov-na-Donu: Izdatel'stvo "Priazovskiy kray"; 2006. (in Russian)
53. Luriya R.A., Daykhovskiy Ya.I. Experience of the analysis of diagnostic mistakes in clinic of internal diseases. *Klinicheskaya meditsina*. 1940; 12: 38—48. (in Russian)
54. Davydovskiy I.V. Medical errors. *Sovetskaya meditsina*. 1941; 3: 3—9. (in Russian)
55. Pashinyan G.A., Zaval'nyuk A.Kh. *Dictionary of Medicolegal Terms*. [Slovar' sudebno-meditsinskikh terminov]. Moscow-Izhevsk: Ekspertiza; 1996. (in Russian)
56. Lavrentyuk G.P. *About Moral, Conscience, Defects and Advantages, Professional Ethics and Recipes of Success at Work: Educational and Methodical Grant*. [O nravstvennosti, sovesti, porokakh i dostoinstvakh, professional'noy etike i retseptakh uspekha na rabote: Uchebno-metodicheskoe posobie]. St. Petersburg: GOU VPO "SPb im. I.I. Mechnikova"; 2009. (in Russian)
57. *Psychological Encyclopedia*. [Psikhologicheskaya entsiklopediya]. 2-nd Ed. / Eds R. Korsini, A. Aurbakh. St. Petersburg: Piter; 2003. (in Russian)
58. *The Dictionary on Ethics*. [Slovar' po etike] / Eds A.A. Guseynov, I.S. Kon. Moscow: Politizdat; 1989. (in Russian)
59. Kempbell A., Dzhillett G., Dzhons G. *Medical Ethics: Studies*. [Meditsinskaya etika: Uchebnoe posobie]: Transl. from engl., eds Yu.M. Lopukhin, B.G. Yudin. Moscow: GEOTAR-MED; 2004. (in Russian)
60. Reshetnikov A.V. Institutional changes in a sociocultural pattern of the doctor. *Sotsiologiya meditsiny*. 2006; 2: 3—7. (in Russian)

Received 24.05.2015