

СОЦИОЛОГИЯ ВРАЧА

© ДИМОВ А.С., 2016
УДК 614.253.83

Димов А.С.

СОЦИОЛОГИЯ ВРАЧА: МЕЖДУ ИДЕАЛЬНЫМ И РЕАЛЬНЫМ — ОПЫТ XX ВЕКА.
ЧАСТЬ II. К ОСНОВАМ ТЕОРИИ СОЦИОЛОГИИ ВРАЧА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", 426034, Ижевск

На основе опыта истекшего столетия представлены некоторые философские и социологические основы социологии врача. Раскрыты основные методологические дефекты понимания системы врач—больной. Изложены некоторые методологические аспекты статусной позиции врача в социальном пространстве. Предложена оригинальная структура статуса врача как единства его социальной (личности) и биологической (индивида) сторон. Описаны абсолютные и относительные отличия статуса врача от иных социальных единиц.

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

Для цитирования: Димов А.С. Социология врача: между идеальным и реальным — опыт XX века. Часть II. К основам теории социологии врача (обзор литературы). *Социология медицины*. 2016; 15 (2): 98—105. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-15-2-98-105>

Для корреспонденции: Димов Анатолий Сергеевич, д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии Ижевской государственной медицинской академии, dimov1940@yandex.ru

Dimov A.S.

THE SOCIOLOGY OF PHYSICIAN: BETWEEN IDEAL AND REAL — EXPERIENCE OF XX CENTURY.
PART II. TO THE FOUNDATION OF THEORY OF SOCIOLOGY OF PHYSICIAN (A REVIEW)

The Ijevskaja state medical academy, 426034 Ijevsk, Russia

The experience of expired century was used as a basis of presenting certain philosophical and sociological foundations of sociology of physician. The main methodological defects of comprehension of the system “physician-patient” are revealed. The particular methodological aspects of status position of physician in social space are exposed. The original structure of status of physician is proposed as oneness of one’s social (personality) and biological (individual) aspects. The absolute and relative differences of status of physician from other social units are described.

Key words: sociology; physician; status of physician; methodology; technique of studying of qualities of physician; classification of characteristics of physician

For citation: Dimov A.S. The sociology of physician: between ideal and real — experience of XX century. Part II. To the foundation of theory of sociology of physician (a review). *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (2): 98—105. (In Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.1016/1728-2810-2016-15-2-98-105>

For correspondence: Dimov A.S., doctor of medical sciences, professor of the chair of hospital therapy. e-mail: dimov1940@yandex.ru

Received 08.12.15
Accepted 01.04.16

В части I статьи ("Социология медицины", 2015; 14(2): 9—16) обобщен опыт истекшего столетия в оценке деятельности врача. С учетом отрицательных и положительных моментов этого опыта в настоящем сообщении будут представлены некоторые философские и социологические основы социологии врача.

1. О методологических дефектах понимания системы врач—больной

В психологической энциклопедии рассматривается поведение человека (инженера) в системе человек—машина [1], но в ней нет сведений о системе врач—больной, которая является центральной конструкцией в медицине. Она состоит в неразрывном (диалекти-

ческом) единстве двух противоположных социальных сторон врачевания: страждущего и дающего здоровье. Они обречены быть вместе, ибо отсутствие одних приводит к исчезновению других, и совершенно естественна их содружественность (тандем) в целях. При философском подходе объект врачевания рассматривается как сосубъект. При этом изучение больного (по объему информации), несомненно, превалирует над абсолютно недостаточным изучением социологического статуса врача и его роли в обществе.

Ранее деятельность врача представлялась, в частности, в виде односторонней абсолютизации его нравственной и социальной ответственности, т.е. в доминировании авторитарности врача и его функций. Опреде-

ляющим считалось эмпатийное отношение к пациенту, требующее ответственности, активности, сопереживания [2—4]. В СССР целые поколения населения были приучены к иждивенческому отношению к своему здоровью [2—6]. Это приводило к конфликтам: если нет положительного успеха в конкретном случае, то винуют врач. Иными словами, существовал разрыв в представлениях между тем, что могут медики, и тем, чего от них ждут [5—10].

Таким образом, в диалектике отношений врача и больного преобладала противоречивость над единством, где главным виновником этой диссоциации признавался врач, его неумелое общение с пациентом [2, 3, 11, 13]. По материалам опроса в США более 3 тыс. пациентов установлено, что просвещенность больного прямо (квалифицированно пользуется медицинской помощью) или опосредованно (избегает факторов риска) положительно влияет на его здоровье [13], т. е. экономически эффективнее иметь согласие (комплаенс) в партнерстве с больным.

В настоящее время происходит критическое осмысление формулы "больной всегда прав" [11, 14—17]. Утверждается, что обязанности врача нельзя отрывать от обязанностей больного [15, 18], поскольку это приводит к тому, что медики становятся жертвами медицинских конфликтов [8, 17]. Ряд авторов находят, что врач оказывается с одними обязанностями, лишенный достоинства [19, 20] в связи с минимальными положениями, законодательно защищающими его права при работе с больным [8, 11, 17, 21—24]. Патернализм — *односторонность* взаимоотношений и объективно противоречит естественному ходу врачевания. Если это тандем, то потеря синхронности (основанной на согласии) приводит к снижению синергизма во взаимодействии, не говоря уже о противных действиях субъекта (курение и т. д.), что, безусловно, абсурдно для обеих сторон.

В Германии и США, анализируя типы взаимоотношений врачей и больных (экономические, правовые и др.), пришли к выводу, что, по сути, они либо патерналистские, либо автономные, т. е. основанные на невмешательстве в лечение больного [25, 26]. Американский философ Р. Витч выделял 4 модели этих взаимоотношений: инженерную ("холодную" и безличную), пасторскую, коллегиальную и контрактную [27]. Отечественные психологи-педагоги предлагают менее утилитарные, но более экзотические и оторванные от практики типы деятельности врача: редукционизм, стоицизм, схоластизм, эволюционизм и др. [28].

2. О некоторых методологических аспектах одной из сторон системы врач—больной: место статусной позиции врача в социальном пространстве

Жизнь (деятельность) всякого человека (и человечества в целом) определяется двумя предельно широкими и диалектически взаимообусловленными явлениями: познанием действительности и ее преобразованием. Из этого следует, что профессиональная деятельность врача (как частный случай общечеловеческой) в познавательном (гносеологическом) плане представляется как единство противоположностей, т. е. усвоения общечеловеческого итога (на определенный исторический

момент) всей медицинской науки (свода и абстрагирования опыта всех врачующих ранее) и одновременно непосредственной каждодневной эмпирической ее части, которая называется распознаванием болезней (или диагностикой). Диалектически противоположным этой части (распознаванию) будет преобразование болезней (лечебно-профилактическая работа), что в известной мере является фактической базой преобразования (развития) самой медицинской сферы в целом.

Жизнь врача — это деятельность, представляющая собой единство профессиональной и непрофессиональной сторон. С методологических позиций любая преобразовательная деятельность человека (профессиональная и непрофессиональная) также состоит из двух предельно широких и диалектически взаимосвязанных ее видов — материальной и духовной.

При обсуждении деятельности врача допускают три методологических дефекта.

Как сами врачи [29—31], так и философы [27, 32, 33] рассматривают деятельность врача чаще односторонне (метафизически), только с производственной (профессиональной) стороны [34]. Подразумевается независимость профессиональной и непрофессиональной сторон личности врача, где последняя состоит из спектра неспецифических (общечеловеческих) компонентов, в том числе социально-экономического статуса, его потребностей и установок в виде духовных, семейных, психологических и прочих ценностных сторон (от развлекательных до научных) жизни, что представляет собой равноправный объект социологических исследований.

Вторая ошибка заключается в отказе от признания диалектического единства идеального и материального. Материализм философских исследований бесследно испаряется и превращается в утопический идеализм, по которому врач должен быть идеальным исполнителем своих обязанностей вне зависимости от материального обеспечения. На практике это приводит к тому, что непосредственно увязывать качество медицинской помощи и доходы медицинских работников не принято, и два этих показателя в статистических отчетах рассматриваются изолированно друг от друга [36]. Это прикрывается нормами античной Греции, среди которых наиболее декларируемая — бескорыстие, т. е. несвязывание труда с получением вознаграждения. В итоге сердцевина медицины, представляемая непосредственной деятельностью врача, состоящей в реализации его интеллектуальных, физических и психологических ресурсов, считается чем-то естественным и самопроизвольным (данным природой), и потому использование этих ресурсов в расчет не принимается [20, 35].

Поскольку в нашей стране врач по своему социально-нравственному и материальному статусу является государственным служащим [27], государство отчуждает (отбирает) у врача продукт его труда вне зависимости от его качества и количества, что на практике резко ограничивает реализацию врачами их социально-нравственных принципов [27]. Такая политика работодателя (на уровне крепостного права) унижает, лишает врача возможности совершенствовать свои знания, испытывать удовлетворение от своего труда,

что является источником комплекса неполноценности [20, 36] и закономерно инициирует соответствующую "услужливую" мораль.

Государством сформированы и социальные противоречия. С одной стороны, врачевание рассматривается лишь как долг врача перед обществом (при наличии мифического долга общества перед врачом), нарушение которого чревато не только общественным осуждением, но и преследованием по закону [8, 35]. С другой — медицинские работники эти обязательства должны исполнять на фоне заведомо неисполнимых (в достаточном объеме) обязательств перед своими близкими (семьей, включая иждивенцев), связанные с их обеспечением (в том числе и здоровья), а также необходимостью удовлетворения своих собственных потребностей и восстановления ресурсов. В итоге цена вопроса — качество врачевания.

В целом деятельность человека (и врача) существует для удовлетворения его материальных и/или духовных потребностей. Сущность социальных потребностей человека (врача) исходит из фундаментальных биологических законов жизни — ее сохранения (инстинкт самосохранения) и развития (инстинкт продолжения рода), которые имеют также и социальную закономерность (измерение) в виде утверждения своей личности (имиджа), т.е. своего самосохранения в обществе, что в свою очередь влияет на потребности этой личности. Это выражается, например, в развитии этой личности для подготовки социальной стартовой площадки для продолжения рода, что чаще выливается в профессиональном (династическом) направлении.

Итак, жизнь (существование) любой живой организации как частного элемента среды (ноосферы) состоит в приспособлении к ней. Если не останавливаться на механизмах и способах приспособления на биологическом уровне, то на социальном уровне этим инструментом является культура человека в широком смысле слова, представляющая собой адаптивную систему [37]. Неосознанно (в биологической среде) или преимущественно осознанно (в социальной среде) весь смысл существования любого органического существа (и человека) состоит в самоутверждении.

Существуют два предельно широких варианта удовлетворения всего (!) спектра потребностей: только *своих* — эгоизм (с его реально существующими подвариантами с элементами гедонизма, садизма и др.), или только чужих — альтруизм. Очевидно, диалектически правильным было бы единство этих двух противоположных явлений, т.е., удовлетворяя свои интересы и потребности (например, в науке или врачебной практике), определенное лицо (врач) приносит удовлетворение и другому лицу (больному) и/или обществу и науке в целом. Но это в идеале. Еще Г.Ф. Ланг писал, что огромное большинство врачей "не одарено гениальностью". Ф.П. Гааз, который "спешил делать добро" [38], — эталон профессиональной гениальности и в этом плане экстремальная личность [34]

Б. Шоу в отношении врачей считал: "Исходя из того, что врачи обыкновенные люди, а не чародеи... на одном конце шкалы помещается небольшой процент высокоодаренных личностей, а на другом — небольшой

процент убийственно безнадежных тупиц. Между этими крайностями находится основной массив докторов (тоже, разумеется, сильнее и послабее с концов)..." [39]. По законам диалектики и статистики любое общество имеет свои маргинальные части, которые в целом формируют характер врачебного сообщества. Структура врачебной когорты мониторируется лишь по ее профессиональному составу, но не по качеству. В этом плане имеются лишь единичные работы [40].

Регулятором указанной диспозиции (больше эгоизма или альтруизма) могут служить добровольные (нравственные) установки, как частично врожденные (не убий, вскорми детей своего рода), так и частично приобретенные (в результате воспитания семьей/обществом и/или самовоспитания) нормы поведения. Но развитие общества привело к созданию регулятора поведения людей (и врачей) и противоположного рода, а именно принудительного, т.е. в виде юридических, правовых норм.

С философских (материалистических) позиций сущность личности раскрывается в поступках и формируется поступками же [41], а потому по действиям врача в каждой конкретной ситуации можно судить о его врачебном потенциале. В этом отношении уместно привести позицию классиков диалектического материализма о том, что личность характеризуется не только тем, что она делает, но и тем, как она это делает [42], и что судить о реальных "помыслах и чувствах" можно лишь по одному признаку — действию этих личностей [43].

Следует полагать, что личностное, в частности культурологическое и медико-социологическое несовершенство врача, проявляется не вообще (абстрактно), а в его диагностической и лечебно-профилактической работе. Третьего не дано. Многочисленные иные факторы в медицине: организационные, методические, информационные, материально-технические [24] и другие, выделяемые как самостоятельные, в итоге являются составными моментами и все равно реализуются в ходе этих двух видов врачебной деятельности. При этом личностный потенциал врача выполняет функцию генерального регулятора от знака "плюс" до знака "минус". В первом случае это будет значить, что хочу и/или могу познать и/или преобразовать иную и специфическую (больную, страдающую) личность. В идеальных случаях этих процессов можно предполагать и идеальное отношение к делу конкретного врача.

Таковы, на наш взгляд, некоторые основные стороны социологии человека и, конечно, врача, которые формируют его статус в социальном пространстве.

О структуре (классифицировании) статуса врача

В статусе врача общество видит в основном лишь одну (действительно важнейшую) сторону — эффективность его деятельности. Каким образом это достигается, общество (как потребителя) уже не интересуется. В научном плане такая оценка представляется односторонней, т.е. метафизической. Очевидно, что в любой системе никакая отдельно взятая грань самостоятельно существовать не может, и более того, ее значимость (в

нашем случае эффективность врачевания), несомненно, определяется и остальными "невидимыми" (недостаточно изученными) элементами врачевания с позиции социологии.

В связи с этим возникает необходимость представить структуру этой социальной единицы общества, обозначенной как статус врача, а также взаимосвязь его субструктур, что будет иметь не только теоретический интерес, но и, предположительно, практический исход. В статусе врача следует видеть динамику в соотношении (баланс) объективно существующих (основных) начал, необходимых для существования врача, следующего содержания.

Структура статуса (блок А и В) человека (врача) и его роли (блок С) в социальном пространстве как единство его биологической (индивида) и социальной (личности) сторон

А — блок социальный (условно и преимущественно, ввиду взаимосвязи, соучастия и биологических начал), отражающий потенциал личности, возможностей *Я* в *приспособляемости личности* к социуму на базе (и как выражение) инстинктов самосохранения и продолжения рода.

В — блок биологический (условно и преимущественно, ввиду взаимосвязи, соучастия и социальных начал), отражающий потенциал индивида в приспособляемости организма к среде (ноосфере) на базе (и как выражение) инстинктов самосохранения и продолжения рода.

С — блок, отражающий баланс способов и эффективность реализации потенциалов приспособления (выживания), проявляющийся в самоутверждения (самореализации *Я*) в среде: микро — внутри своего *Я*, мезо — в непосредственном социуме (и биосреде) и макро — в опосредованном социуме (и ноосфере), что проявляется в жизни определенной деятельностью или поступками как отражение установок (взглядов, мотивов), т. е. потребностей человека (в том числе престижности) на базе (и как выражение) инстинктов самосохранения и продолжения рода.

А-блок: преимущественно социальный и рациональный потенциал личности.

1. Познавательная деятельность.

1.1. Опыта человечества (общеобразовательный уровень).

1.1.1. Непрофессиональный сегмент.

1.1.2. Профессиональный сегмент.

1.2. Опыта личного, получения знаний и умений

1.2.1. На основе врожденных свойств мозга (психики): различного рода одаренности и способности в том числе к творчеству, восприятию вербальной информации, ассоциативности мышления и т. д.

1.2.2. На основе приобретенных свойств мозга как итога обучения и воспитания, т. е. тренировки мышления, навыков, умений, привычек.

2. Преобразовательная деятельность (поведенческая).

2.1. Материального мира (пространства), в том числе социального, морально-правового, научного и др.

2.1.1. Преимущественно внешнего: в уважительном партнерстве с членами общества (например, с пациен-

тами), т. е. взаимосохранности социального здоровья.

2.1.2. Преимущественно внутреннего: в достойном социальном обеспечении и сохранности собственного социального и биологического здоровья.

2.2. Духовного мира: окружающего, в том числе своего *Я*, т. е. внутреннего мироустройства, в частности интеллекта, культурологических ориентиров и т. д. в виде:

2.2.1. Самовоспитания (условно внешне направленного) в плане формирования установок, моральных черт личности, коррекции баланса эгоистических и альтруистических отношений с членами общества, например самокритичности, порядочности и т. д.

2.2.2. Самовоспитания (условно внутренне направленного) в плане коррекции баланса рациональных (мышления и творчества) и иррациональных (эмоциональных) и других условно биологических начал (инстинктов).

В-блок: биологический (условно) и преимущественно иррациональный потенциал индивида.

1. Соматическая адаптация (биологический, физиологический уровень).

1.1. Вегетативная (растительная), имеющая преимущественно внутреннее направление для сохранности и/или адаптивности внутренней среды (гомеостаза) организма.

1.1.1. Адаптивность в реализации физиологических процессов (отправлений): голода, жажды, сна, других хронобиологических ритмов и т. д.

1.1.2. Оптимальность морфологических систем, врожденного и приобретенного (в связи с тренировкой, характером экологии и т. д.) геноза.

1.2. Анимальная (животная) адаптация — преимущественно внешнее направление — связь и сохранение единства со средой обитания.

1.2.1. Реактивность и восприятие (отражение) среды различными системами преимущественно подкоркового характера.

1.2.2. Эффективность двигательных реакций организма преимущественно подкоркового характера.

2. Нервно-психическая адаптация: формы отражения с индивидуальной особенностью отдельных психических процессов.

2.1. Состояние преимущественно подкорковых структур и функций.

2.1.1. В связи с биологическими и генетическими данными: полом, возрастом, в том числе эмоциональной сферой, темпераментом и т. д.

2.1.2. В связи с психофизиологическими возможностями, т. е. генетически обусловленной индивидуальной психофизиологической программой, определяющей склонность реагировать определенным образом в процессе адаптации к окружающей среде (по Р. Калимо) [44], в виде качества (эффективности, скорости) мышления, памяти, внимания, восприятия и др.

2.2. Состояние преимущественно корковой структуры и функции — типы высшей нервной деятельности, проявляющееся типологическими (индивидуальными) свойствами личности по различным критериям.

2.2.1. Психофизиологическим критериям, например по И.П. Павлову: холерик, сангвиник и т. д.; по

К.Г. Юнгу: мыслительный, чувствительный, сенсорный, интуитивный; по другим критериям.

2.2.2. Характерологическим критериям, например экстраинтравертированность; либо по 10 типам К. Леонгардта [45], включающим такие элементы, как коммуникативность, инициативность, настойчивость, целеустремленность, ответственность, работоспособность и т. д.; либо по иным критериям.

С-блок: удовлетворенность личности реализацией своих потребностей, установок биологического и социального (например, престижности) плана.

1. Профессиональных.

1.1. Материальных.

1.1.1. Непосредственных, в том числе комфортностью условий и организацией труда.

1.1.2. Опосредованных, в том числе глобальной ситуацией в обществе, государстве и мире.

1.2. Духовных (интеллектуальных).

1.2.1. Полнотой информированности (образованности) по линии научного и ненаучного (практического) личного опыта.

1.2.2. Эффективностью применения своих знаний (умений), мышления и навыков.

1.2. Непрофессиональных.

2. Материальных.

2.1.1. Степенью обеспеченности для биологического существования.

2.1.2. Степенью обеспеченности для духовного существования.

2.2. Духовных (интеллектуальных).

2.2.1. Теоретическим пониманием идеализированного общечеловеческого уровня культуры, образованности, установок и т. д.

2.2.2. Практически реализуемым (индивидуальным) уровнем культуры, образованности, установок и т. д.

Данная классификация требует пояснений.

Она не претендует на всеобщность и законченность, но может служить отправной базой для совершенствования, что требует труда многих специалистов.

Число черт и граней личности столь велико, что оно в принципе не может быть в полном объеме представлено в данной системе, но при необходимости "элементарные" 8 позиций в каждом блоке могут быть детализированы.

Содержание рубрик классификации не следует абсолютизировать, их самостоятельность надо считать весьма условной и относительной, т. е. понимать их диалектическую (неразрывную) взаимосвязь и взаимовлияние.

Каждый пункт классификации облигатен для любого варианта личности (за исключением асоциального), но с тем отличием, что все эти пункты могут быть различной качественной интенсивности: от позитивного до негативного характера.

Особенностью данной классификации является возможность одновременно учесть статус врача в трех ракурсах по аналогии с предложенной J.P. Guilford [46] трехмерной структурой интеллекта. Если представить себе такое объемное образование, как куб с тремя гранями, обозначенными как А, В и С (соответственно блокам в классификации), то возникает реальная картина взаимных пересечений (сочетаний) каждого из

8 элементов одной из граней со всеми остальными. И таких сочетаний (характеристик) при трехступенчатой "глубине" дихотомической рубрификации будет одновременно 512 (у J.P. Guilford было 120).

Авторская трактовка отличительных моментов статуса врача

Наиболее заметное и четкое представление об особенностях личности врача нами найдено у Ф.И. Комарова [47], который указал на 9 свойств врача, прообраз которых имелся в тибетской медицине. Врач должен быть профессионально сильным, милосердным ("вспомоществование..." по М.Я. Мудрову), воспитывающим в себе стоицизм, смелым в принятии решений, оптимистичным, пропагандистом медицинских знаний, общественником, научным работником, располагающим внешне. По нашему мнению, всеми этими качествами, включая милосердие во имя достижения высокого профессионализма в своей области, должен обладать любой специалист (преподаватель, воспитатель, инженер, юрист, менеджер и т. д.). Но по законам диалектики врачебная профессия все же должна иметь специфические черты, не противоречащие общечеловеческим, но не имеющим места в других профессиях.

Рядом авторов указывается целый спектр объективных и субъективных отличительных моментов: этико-правовая навязанность решений (долг), дефицит и неоднозначность информации об объекте (больном), нестабильность состояния объекта, неустранимость факторов риска на момент принятия решения, бесповоротность реализованных решений, биологические и социальные особенности этих решений в связи с типом личности больного и характером окружающей среды [48, 49], а также неопределенность конкретных ситуаций, когда велика роль нравственного чувства и моральной интуиции [50].

Методологически верно считать, что специфичность деятельности проистекает из характера объекта деятельности. Врачами не рождаются, их формирует специфика объекта — больной (пациент). По нашему мнению, к отличиям статуса врача от статуса иных социальных единиц можно отнести два абсолютных и два относительных.

Абсолютное

Все лица, имеющие межличностные отношения, например судьи, работники полиции, преподаватели, воспитатели, чиновники, артисты, продавцы и прочие работники сферы обслуживания, в особенности руководители коллективов любого ранга, решая любые вопросы социального (и специального) характера, несут ответственность за свои социальные контакты, условно имея дело со здоровыми людьми, как относительно паритетными социальными партнерами. Единственное лицо — врач (профессионал) имеет дело с уязвимой личностью и индивидом со всеми вытекающими его социальными и биологическими характеристиками.

В среде партнеров по социальному пространству допускается, а при профессиональном уклоне — вменяется в обязанность производить оценку моральных качеств, что, в частности, является прерогативой пси-

хологов, педагогов, юристов, судей и других специалистов. Единственно врач лишен такой возможности и права, несмотря на вероятность посягательства на его здоровье и жизнь.

Относительное

Специфика врачебной деятельности проистекает из ответственности врача за явление, находящееся на вершине иерархии ценностей человечества, — жизнь и здоровье. Степень этой ответственности сопоставима с таковой руководителей коллективов, находящихся в экстремальных условиях, грозящих жизни их подчиненным (в ходе военных действий, природных или техногенных катастроф или т. д.), а также в мирное время у летчиков, подводников, спасателей и др. Но если у последних это имеет место чаще эпизодически, то у врачей это происходит систематически, особенно в отдельных специальностях.

Эффективность любой социальной деятельности, в том числе врача, зависит от возможности самосовершенствования и реализации личности. Так, реализация деятельности врача (как, наверное, и любого профессионала) имеет особенности в виде относительного дефицита по 4 направлениям:

- ♦ относительной неполноты собственных знаний и опыта даже при длительном стаже;
- ♦ постоянного (относительного) дефицита знаний о конкретном больном даже при длительном наблюдении за ним в связи с прогрессированием (развитием) патологии либо, что особенно ощутимо, при острых (или терминальных) ситуациях;
- ♦ дефицита времени для исполнения врачом его профессиональных обязанностей, особенно социальных (личностных) контактов, как правило, объективного происхождения, что особенно заметно на догоспитальном этапе ведения больного;
- ♦ ограниченной возможностью помочь больному по дефицитам общемедицинского, технологического, научного характера и по текущим, чаще организационно-медицинским либо социально-экономическим издержкам здравоохранения.

Мы допускаем, что подобные направления имеют место, например, в деятельности конструкторов самолетов, ракет и в других, конкурентно значимых специальностях, т. е. исключительно врачебным характер такой работы считать невозможно.

Заключение

Мы полагаем, что все социальные (а возможно, и биологические) свойства человека (например, порядочность, трудолюбие, ответственность и т. д.) есть частные элементы двух глобальных (преимущественно социальных) сфер человеческой жизни — альтруизма и эгоизма, что в социальном плане реализуется через отношение к себе подобным, а в философском (мировоззренческом) — к мирозданию.

Общезвестно представление, что существуют музыкальные, художественные, математические, драматические, клоунские, сценические, поэтические, хореографические и т. д. задатки. А существуют ли задатки врачевания? Если понимать указанные выше наклонности как преимущественно биологические

(психофизиологические), т. е. иррациональные, то врачу пристало иметь преимущественно рациональную и социальную форму деятельности. Следует понимать, что все свойства человека становятся условно специфическими лишь применительно к объекту его деятельности, что в полной мере относится и к врачебной. Возможно, поэтому справедливо известное выражение, что врач, знающий только свою профессию, на самом деле не владеет и ею. Об этом есть известное выражение великого композитора Ф. Листа: "Если ты хочешь стать значительным музыкантом, ты должен стать значительным человеком" [51]. Это позволяет поставить задачу введения широкого культурологического и социологического образования (преподавания) в медицинских вузах, где более 90% информации носит сугубо биологический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Психологическая энциклопедия* / Под ред. Р. Корсини, А. Аурбаха. 2-е изд. СПб.: Питер; 2003.
2. Кожевников А.Д. Искусство общения с больным. *Клин. мед.* 2002; (4): 65—8.
3. Егоров К.Н., Дуброва В.П. Психологические факторы в деятельности врача общей практики. *Клин. мед.* 2003; (2): 62—6.
4. Решетников А.В. Институциональные изменения в социокультурном паттерне здоровья и болезни. *Социология мед.* 2005; (2): 3—25.
5. Эльштейн Н.В. Лечение терапевтического больного: противоречия и ошибки. *Тер. арх.* 1992; (12): 104—8.
6. Эльштейн Н.В. Медицинская этика и современность. *Клин. мед.* 2000; (11): 14—8.
7. Гогин Е.Е. Многоэтапный процесс верифицирования диагноза. *Тер. арх.* 2005; (5): 5—7.
8. Повзун С.А. *Медицинские конфликты*. СПб.: ЭРА; 2006.
9. Porterfield J.D. To the defense of the system. *Hospitals.* 1974; 48(5): 47—9.
10. Curran W.J. Public health and the law. A National Commission on Medical Malpractice. *Am. J. Publ. Hlth.* 1971; 61(11): 2313—4.
11. Петленко В.П., Шамов И.А. *Мудрость взаимности*. Л.: Лениздат; 1989.
12. Ригельман Р. *Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей*. Пер. с англ. М.: Практика; 1994.
13. Leigh J.P. Direct and indirect effects of education on health. *Soc. Sci. Med.* 1983; 17(4): 227—34.
14. Иванюшкин А.Я. *Профессиональная этика в медицине (философские очерки)*. М.: Медицина; 1990.
15. Эльштейн Н.В. *Медицина и время*. Калинин: Валгус; 1990.
16. Акопов В.И. *Врач и больной: мораль, право, проблемы*. Ростов н/Дону: Институт массовых коммуникаций; 1994.
17. Акопов В.И., Маслов Е.Н. *Страдания Гипократа. (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников)*. Ростов н/Дону: Приазовский край; 2006.
18. Чикин С.Я. *Современные проблемы биомедицинской этики*. М.: УМО; 1995.
19. Терновский Л.Н., Терновская В.А., Уралов А.В. Социальное и биологическое в деонтологии. *Здравоохран. Рос. Федерации.* 1998; (6): 50—2.
20. Витер В.И., Рамишвили А.Д., Неволин Н.И. Формирование мотивационной сферы в профессиональной деятельности врача. *Проблемы экспертизы в медицине.* 2003; (2): 23—6.
21. Царегородцев Г.И. Медицина и общество. *Тер. арх.* 1989; (1): 110—6.
22. Шамов И.А. *Биомедицинская этика*. М.: Медицина; 2005.
23. Виноградова Т.В. Результаты социологического исследования среди врачей и руководителей лечебно-профилактических учреждений о деятельности учреждений здравоохранения в условиях нестабильности. В кн.: *Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением*: Труды Российского научно-практической конференции. Ижевск; 2006: 100—2.

24. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки. *Тер. арх.* 2005; (8): 66—92.
25. Müller A. *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung direkten Verhaltens bei Ärzten.* Hamburg: 1971.
26. Thomasma D.C. Beyond medical paternalism and autonomy: A model of physician conscience for physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.* 1983; 98(20): 243—8.
27. *Введение в биоэтику: Учебное пособие* / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Прогресс-Традиция; 1998.
28. Перес Лелле Р., Кудрявая Н.В. *Психологические основы деятельности врача. (Избранные лекции и статьи).* М.: ВУНМЦ; 1999.
29. Кассирский А.И. *О врачевании (проблемы и раздумья).* М.: Медицина; 1970.
30. Чазов Е.И. *Наука, врач, диагноз. Боткинские чтения. 25.12.1974.* М.; 1974.
31. Билибин А.Ф. Деонтология и врачевание. *Тер. арх.* 1980; (11): 145—8.
32. Попов А.С., Кондратьев В.Г. *Очерки методологии клинического мышления.* Л.: Медицина; 1972.
33. Хрусталева Ю.М. *Философия.* М.: ГЭОТАР-МЕД; 2004.
34. Димов А.С. Кризис деонтологии: методологические аспекты. *Клин. мед.* 2008; (12): 4—7.
35. Рамишвили А.Д., Витер В.И., Неволин Н.И. Современные проблемы этики и права в здравоохранении. *Проблемы экспертизы в медицине.* 2003; (3): 34—6.
36. Решетников А.В., Астафьев М.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи. *Социология мед.* 2005; (1): 32—8.
37. *Психология: Учебник* / Под ред. А.А. Крылова. М.: Проспект; 2000.
38. Сточик А.М., Яровинский М.Я. Ф.П. Гааз и проблемы медицинской этики. *Клин. мед.* 2004; (7): 72—4.
39. Чазов Е.И. Врачевание в прошлом и настоящем. Что мы приобрели и что теряем? *Тер. арх.* 2009; (5): 9—14.
40. Головской Б.В., Бабушкина Г.Д. К методике оценки клинического мышления врача-терапевта. *Клин. мед.* 1989; (11): 136—7.
41. Кон И.С. *Открытие "я".* М.; 1978.
42. Платонов К.К. *Методологические проблемы медицинской психологии.* М.; 1977.
43. Матюшин И.Ф., Изуткин А.М. *Становление личности врача.* Горький: Горьковский медицинский институт им. С.М. Кирова; 1983.
44. *Психосоциальные факторы на работе и охрана здоровья* / Под ред. Р. Калимо, М.А. Эль-Батави, К.Л. Купера. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1989.
45. Леонгард К. *Акцентуированные личности.* Ростов н/Дону: Феникс; 2000.
46. Guilford J.P. Three faces of intellect. *Am. Psychologist.* 1959; (6): 469—79.
47. Комаров Ф.И., Сучков А.И. Размышления о врачебном долге. *Тер. арх.* 1981; (5): 18—20.
48. Шапошников А.В. Принятие решений в практике врача-терапевта. *Клин. мед.* 2006; (2): 68—71.
49. Elstein A.Sh. *Medical Problem Solving: an Analysis of Clinical Reasoning.* Cambridge, London: Harvard Univ. Press; 1973.
50. 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.
51. Билибин А.Ф. О врачевании. *Тер. арх.* 1981; (5): 8—10.
52. *tern of health and illness. Sotsiologiya med.* 2005; (2): 3—25. (in Russian)
53. El'shteyn N.V. Treatment of the therapeutic patient: contradictions and mistakes. *Тер. арх.* 1992; (12): 104—8. (in Russian)
54. El'shteyn N.V. Meditsinskaya ethics and present. *Klin. med.* 2000; (11): 14—8. (in Russian)
55. Gogin E.E. Multi-stage process of a verifitsirovaniye of the diagnosis. *Тер. арх.* 2005; (5): 5—7. (in Russian)
56. Povzun S.A. *Medical Conflicts. [Meditsinskie konflikty].* St. Petersburg: ERA; 2006. (in Russian)
57. Porterfield J.D. To the Defense of the system. *Hospitals.* 1974; 48(5): 47—9.
58. Curran W.J. Public health and the law. A National Commission on Medical Malpractice. *Am. J. Publ. Hlth.* 1971; 61(11): 2313—4.
59. Petlenko V.P., Shamov I.A. *Wisdom of reciprocity. [Mudrost' vzaimnosti].* Leningrad: Lenizdat; 1989. (in Russian)
60. Rigel'man Richard. *How to Avoid Medical Rrrors. The Book of the Practicing Doctors. [Kak izbehat' vrachebnykh oshibok. Kniga praktikuyushchikh vrachey]: The Transl. with Engl.* Moscow: Praktika; 1994. (in Russian)
61. Leigh J.P. Direct and indirect effects of education on health. *Soc. Sci. Med.* 1983; 17(4): 227—34.
62. Ivanyushkin A.Ya. *Professional Ethics in Medicine (Philosophical Sketches). [Professional'naya etika v meditsine (filosofskie ocherki)].* Moscow: Meditsina; 1990. (in Russian)
63. El'shteyn N.V. *Meditsina and Time. [Meditsina i vremya].* Tallinn: Valgus; 1990. (in Russian)
64. Akopov V.I. *Doctor and Patient: Morals, Right, Problems. [Vrach i bol'noy: moral', pravo, problemy].* Rostov n/Donu: Institut massovykh kommunikatsiy; 1994. (in Russian)
65. 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 n/Donu: Priazovskiy kray; 2006. (in Russian)
66. Chikin S.Ya. *Modern Problems of Biomedical Ethics. [Sovremennyye problemy biomeditsinskoy etiki].* Moscow: UMO; 1995. (in Russian)
67. Ternovskiy L.N., Ternovskaya V.A., Uralov A.V. Sotsial and biological in medical ethics. *Zdravookhranenie Ros. Federatsii.* 1998; (6): 50—2. (in Russian)
68. 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)
69. Tsaregorodtsev G.I. Medicine and society. *Тер. арх.* 1989; (1): 110—6. (in Russian)
70. Shamov I.A. *Biomedical Ethics. [Biomeditsinskaya etika].* Moscow: Medicina, 2005. (in Russian)
71. Vinogradova T.V. Results of sociological research among doctors and heads of treatment-and-prophylactic establishments about activity of healthcare institutions in the conditions of instability. In: *Development of Information Technologies and Problem of Management in Health Care. [Razvitie informatsionnykh tekhnologiy i problemy upravleniya zdorov'em i zdravookhraneniem: Trudy Rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii.* Izhevsk; 2006: 100—2. (in Russian)
72. El'shteyn N.V. A modern view on medical errors. *Тер. арх.* 2005; 8: 66—92. (in Russian)
73. Müller A. *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung direkten Verhaltens bei Ärzten.* Hamburg; 1971.
74. Thomasma D.C. Beyond medical paternalism and autonomy: A model of physician conscience for physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.* 1983; 98(20): 243—8.
75. *Introduction to bioethics. Manual. [Vvedenie v bioetiku. Uchebnoe posobie]* / Ed. B.G. Yudin. Moscow: Progress-Traditsiya; 1998. (in Russian)
76. Peres Lelle R., Kudrtavata N.V. *Psychological Bases of Activity of the Doctor (Chosen Lectures and Articles). [Psikhologicheskie osnovy deyatel'nosti vracha. (Izbrannye lektzii i stat'i)].* Moscow: VUNMTs; 1999. (in Russian)
77. Kassariskiy A.I. *About Doctoring (Problems and Thoughts). [O vrachevanii (problemy i razdum'ya)].* Moscow: Meditsina; 1970. (in Russian)
78. Chazov E.I. *Nauk, Doctor, Diagnosis. Botkin Readings. 25.12.1974.* Moscow: 1974. (in Russian)

Поступила 24.05.2015

Принята в печать 01.04.2016

REFERENCES

1. *Psychological encyclopedia [Psikhologicheskaya entsiklopediya]. 2nd Ed.* / Eds. R. Korsini, A. Aurbaha. St. Petersburg: Piter; 2003. (in Russian)
2. Kozhevnikov A.D. Art of communication with the patient. *Klin. med.* 2002; (4): 65—8. (in Russian)
3. Egorov K.N., Dubrova V.P. Psychological factors in activity of the general practitioner. *Klin. med.* 2003; (2): 62—6. (in Russian)
4. Reshetnikov A.V. Institutional changes in a sociocultural pat-

31. Bilibin A.F. Deontologiya and doctoring. *Ter. arkh.* 1980; (11): 145—8. (in Russian)
32. Popov A.S., Kondrat'ev V.G. *Sketches of Methodology of Clinical Thinking. [Ocherki metodologii klinicheskogo myshleniya]*. Leningrad: Meditsina; 1972. (in Russian)
33. Khrustalev Yu.M. *Pilosophy. [Filosofiya]*. Moscow: GEOTAR-MED; 2004. (in Russian)
34. Dimov A.S. Crisis of medical ethics: methodological aspects. *Klin. med.* 2008; (12): 4—7. (in Russian)
35. Ramishvili A.D., Viter V.I., Nevolin N.I. Modern problems of ethics and the right in health care. *Problemy ekspertizy v meditsine* 2003; (3): 34—6. (in Russian)
36. Reshetnikov A.V., Astaf'ev M.M. Medico-sociological approach to research of quality of medical care. *Sotsiologiya meditsiny.* 2005; (1): 32—8. (in Russian)
37. *Psychology. Textbook. [Psikhologiya. Uchebnik]* / Ed. A.A. Krylov. Moscow: Prospekt; 2000. (in Russian)
38. Stochik A.M., Yarovinskiy M.Ya. F.P. Gaaz and problems of medical ethics. *Klin. med.* 2004; (7): 72—4. (in Russian)
39. Chazov E.I. Doctoring in the past and the present. What did we get and what we lose? *Ter. arkh.* 2009; (5): 9—14. (in Russian)
40. Golovskoy B.V., Babushkina G.D. To a technique of an assessment of clinical thinking of the therapist. *Klin. med.* 1989; (11): 136—7. (in Russian)
41. Kon I.S. *Opening "I" Am. [Otkrytie "Ya"]*. Moscow; 1978. (in Russian)
42. Platonov K.K. *Methodological Problems of Medical Psychology. [Metodologicheskie problemy meditsinskoy psikhologii]*. Moscow: 1977. (in Russian)
43. Matyushin I.F., Izutkin A.M. *Formation of the Identity of the Doctor. [Stanovlenie lichnosti vracha]*. Gor'kiy: Gor'kovskiy meditsinskiy institut im. S.M. Kirova; 1983. (in Russian)
44. *Psychosocial Factors at Work and a Health Protection. [Psikhosotsial'nye faktory na rabote i okhrana zdorov'ya]*. / Eds. R. Kalimo, M.A. El'-Batavi, K.L. Kuper. Geneva: World Health Organization, 1989. (in Russian)
45. Leongard K. *Aktsentirovannye of the Personality. [Aktsentirovannye lichnosti]*. Rostov n/Donu: Feniks; 2000. (in Russian)
46. Guilford J.P. Three faces of intellect. *Am. Psychologist* 1959; (6): 469—79.
47. Komarov F.I., Suchkov A.I. Reflections about a medical debt. *Ter. arkh.* 1981; (5): 18—20. (in Russian)
48. Shaposhnikov A.V. Decision-making in practice of the therapist. *Klin. med.* 2006; (2): 68—71. (in Russian)
49. Elstein A.Sh. *Medical Problem Solving: an Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, London: Harward Univ. Press; 1973.
50. Izutkin A.M., Kozyrevskaya L.P., Sobol' K.N. Ratio rational and emotional and psychological problems of medical ethics. In: *Medical Ethics and Deontologiya. [Meditsinskaya etika i deontologiya]* / Eds. G.V. Morozov, G.I. Tsaregorodtsev. Moscow: Meditsina; 1983: 123—37. (in Russian)
51. Bilibin A.F. About doctoring. *Ter. arkh.* 1981; (5): 8—10. (in Russian)