3. Глушечков В. А. Святитель Лука. Взгляд в будущее. Ростовская-на-Дону епархия. – Ростов-на-Дону, 2007. – 430 с.
4. Лисичкин В. А. Земский путь Святителя Луки: подлинные документы из архивов КГБ. – М.: Псалтирь, 2005. – 272 с.
5. Лисичкин В. А. Крестный путь Святителя Луки: подлинные документы из архивов КГБ. – М.: Троицкое слово, 2001. – 448 с.
6. Лисичкин В. А. Лука – врач возлюбленный. Жизнеописание святителя и хирурга Луки (Войно-Ясенецкого). – М.: Издательство Московской Патриархии, 2009. – 456 с.
7. Малягин В. Святитель Лука Симферопольский (Войно-Ясенецкий). – М.: ООО «Даниловский благовестник». М.: ЗАО ИД «Комсомольская правда». – 176 с.
8. Марущак Василий, протодиакон Святитель-Хирург: житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). – М.: Даниловский благовестник, 1997. – 416 с.
9. О присвоении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки за 1943 – 1944 гг. Постановление Совета народных комиссаров Союза ССР // Правда. – 1946. – 27 января. – С. 1.
10. Павлова О. А. Красноярская и Енисейская епархия // Историческая энциклопедия Сибири. – Т. 2. – Новосибирск: Издательский дом «Историческое наследие Сибири», 2009. – С. 172.
11. Павлова О. А. Лука (Войно-Ясенецкий Валентин Феликсович) // Историческая энциклопедия Сибири. – Т. 2. – Новосибирск: Издательский дом «Историческое наследие Сибири», 2009. – С. 294.
12. Поповский М. А. Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. – Paris: YMCA-Press, 1979. – 492 с.
13. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. № 2(8). С.28-29.
14. Серова С. П., Лапина А. И., Бажан А. И. Лука (Войно-Ясенецкий) на ниве социального служения в Красноярском крае // Духовность. Нравственность. Правопорядок: сборник статей / Сибирский юридический институт МВД России. – Красноярск, 2003. – С. 150 – 159.
15. Шевченко Ю. Л. Приветствует вас Святитель Лука, врач возлюбленный. – С. Петербург: Наука, 2007. – 623 с.
16. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99.

References

1. Avtobiografiya // Luka (Voyno-Yasenetskiy), svt. Ya polyubil stradanie, tak udivitelno ochischayashee dushu: sbornik / Sost. L. A. Chutkova. – М.: Sibirskaya Blagovonnitsa, 2016. – С. 9 – 106.
2. Gaylis (Ditkovskaya) I. E. Filosofskie problemy modernizatsii obrazovaniya i voprosy metodologii razvitiya innovatsionnykh sotsialnykh sistem: monografiya. – Krasnoyarsk: Sibirskiy federalnyy universitet, 2011. – 100 s.
3. Gluschenkov V. A. Svyatitel Luka. Vzglyad v budushee. Rostovskaya-na-Donu eparhiya. – Rostov-na-Donu, 2007. – 430 s.
4. Lisichkin V. A. Zemskiy put Svyatitelya Luki: podlinnyye dokumenty iz arhivov KGB. – М.: Psaltir, 2005. – 272 s.
5. Lisichkin V. A. Krestnyiy put Svyatitelya Luki: podlinnyye dokumenty iz arhivov KGB. – М.: Troitskoe slovo, 2001. – 448 s.
6. Lisichkin V. A. Luka – vrach vozlyublennyiy. Zhizneopisanie svyatitelya i hirurga Luki (Voyno-Yasenetskogo). – М.: Izdatelstvo Moskovskoy Patriarii, 2009. – 456 s.
7. Malyagin V. Svyatitel Luka Simferopolskiy (Voyno-Yasenetskiy). – М.: ООО «Danilovskiy blagovestnik». М.: ЗАО ИД «Komsomolskaya pravda». – 176 s.
8. Marusyak Vasilii, protodiakon Svyatitel-Hirurg: zhitie arhiepiskopa Luki (Voyno-Yasenetskogo). – М.: Danilovskiy blagovestnik, 1997. – 416 s.
9. O prisvoenii Stalinskih premiy za vyidayushiesya raboty v oblasti nauki za 1943 – 1944 gg. Postanovlenie Soveta narodnykh komissarov Soyuzs SSR // Pravda. – 1946. – 27 yanvara. – S. 1.

10. Pavlova O. A. Krasnoyarskaya i Eniseyskaya eparhiya // Istoricheskaya entsiklopediya Sibiri. – Т. 2. – Novosibirsk: Izdatelskiy dom «Istoricheskoe nasledie Sibiri», 2009. – S. 172.
11. Pavlova O. A. Luka (Voyno-Yasenetskiy Valentin Feliksovich) // Istoricheskaya entsiklopediya Sibiri. – Т. 2. – Novosibirsk: Izdatelskiy dom «Istoricheskoe nasledie Sibiri», 2009. – S. 294.
12. Popovskiy M. A. Zhizn i zhitie Voyno-Yasenetskogo, arhiepiskopa i hirurga. – Paris: YMCA-Press, 1979. – 492 s.
13. Petrov V.I., Sedova N.N. O chem zabyli skazat' v novom zakone // Bioetika. – 2011. № 2(8). S.26-25
14. Serova S. P., Lapina A. I., Bazhan A. I. Luka (Voyno-Yasenetskiy) na nive sotsialnogo sluzheniya v Krasnoyarskom krae // Duhovnost. Nravstvennost. Pravoporyadok: sbornik statey / Sibirskiy yuridicheskiy institut MVD Rossii. – Krasnoyarsk, 2003. – S. 150 – 159.
15. Shevchenko Yu. L. Privetstvuet vas Svyatitel Luka, vrach vozlyublennyiy. – S. Peterburg: Nauka, 2007. – 623 s.
16. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99.

УДК 614.253

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ УСТАНОВКИ В КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ- ПАЦИЕНТ

И.К. Черемушников

Доктор философских наук, профессор кафедры истории и культурологии Волгоградского государственного медицинского университета, inhabitus@mail.ru

А.В.Петров

Доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета, banavr17@gmail.com

И.В. Чернышева

доцент кафедры истории и культурологии Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, пл. Павших борцов, 1, iravale@yandex.ru

Ключевыми задачами биоэтики является не только решение проблем, связанных с развитием биомедицинских технологий и изучением практических аспектов общения врача и пациента, но и поиск теоретических этического-культурных оснований этих отношений. Эти поиски в значительной мере актуализированы современной ситуацией в медицине и здравоохранении, которое находится в состоянии поиска эффективных, социально справедливых и этически оправданных моделей взаимодействия врача и пациента. Авторы исходят из методологического принципа, согласно которому медицина – это неотъемлемая часть культуры, включающая в себя не только содержание медицинских знаний, приёмы врачевания, но также мировоззренческие модели, «картины мира», которые определяют взаимоотношения врача и пациента. Действиями врачей, даже если они этого не осознают, управляют «культурные коды», которые, в свою очередь, формируют профессионально важные установки. Очевидно, что вечные вопросы медицины о том, что лежит в основе врачевания – наука или искусство; что должно быть в фокусе процесса лечения – болезнь или пациент; является ли безусловным благом развитие технологий; могут ли быть союзниками клинический опыт и доказательная медицина; нужны ли современному врачу такие «устаревшие» клинические навыки, как умение общаться с пациентом и др., не могут быть решены вне историко-культурного контекста.

Ключевые слова: медицинская культура, культурный контекст здоровья, коммуникация врач-пациент, профессионально-этические установки.

PROFESSIONALLY IMPORTANT NOTIONS IN THE DOCTOR- PATIENT COMMUNICATION

Irina K. Cheremushnikova

PhD (philosophy), Professor of the Department of History and Culture Studies, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, inhabitus@mail.ru

A.V. Petrov

D.Sc. (philosophy), Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, banavr17@gmail.com

Irina V. Chernysheva

PhD (philosophy), Associate professor of the Department of History and Culture Studies, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, 400131, Volgograd, sq. Pavshikh Bortsov, 1, iravale@yandex.ru

Bioethics does not only aim to solve the practical problems, related to the development of biomedical technologies and the study of the ethical aspects of the doctor-patient communication, but also to search for the cultural grounds of these relations. The contemporary situation in medicine and Public Health, which both try to develop the most effective, socially just and ethically acceptable models of doctor-patient interaction make this research urgent and relevant. The authors rest on the methodological principle, according to which medicine is the integral part of culture, and includes not only medical knowledge and methods of care, but also the descriptive models of doctor-patient relationship. The behavior of doctors, even if they do not realize this, is determined by ideological models, which, in their turn, form professionally important thinking patterns. Apparently, perpetual questions of medicine such as: what should treatment focus on – a disease or a patient; is the development of medical technologies an absolute good; can clinical experience and evidence-based medicine be partners; are the skills of effective communication with patients still important or out-dated, etc. cannot be solved beyond historical and cultural context.

Key words: medical culture, the cultural context of health, doctor-patient communication, professional and ethical principles.

В медицинской практике на линии врач – пациент существует огромное количество этических проблем, которые не могут быть разрешены в рамках однозначных представлений о добре и зле, справедливом и несправедливом, в категориях черного и белого. В размышлениях об этих проблемах всегда появляется множество оттенков, нюансов, историко-культурных контекстов и парадигм, которые не позволяют присоединиться только к одной точке зрения и вынести однозначное решение.

К ним относятся: вопрос о том, что лежит в основе врачевания – наука или искусство; что должно быть в фокусе процесса лечения – болезнь или пациент; является ли безусловным благом развитие технологий при отстающем этическом разрешении проблем; могут ли быть союзниками клинический опыт и доказательная медицина; нужны ли современному врачу такие «устаревшие» клинические навыки, как умение общаться с пациентом и оказывать терапевтическое воздействие своей личностью; сложным и неразрешенным является вопрос о вознаграждении врача за его труд. Все эти представления влияют на выбор эффективной/неэффективной модели общения врача и пациента в каждом конкретном случае.

Хотелось бы указать на методологический подход в размышлениях над этими проблемами, а именно – ни одна из них не может быть осмыслена /решена без обращения к истории вопроса, к культурологическому и антропологическому

дискурсам. Биомедицинская этика хотя и «не является теорией медицинской морали, выступает аксиологической основой медицинской деятельности, задает ее ценностную программу». [8, 12] Мы будем исходить из того, что медицина – неотъемлемая часть культуры, которая включает в себя не только содержание медицинских знаний, приёмы врачевания, но также доминирующие в культуре объяснительные модели, влияющие на взаимоотношения врача и пациента. [7,42-46] Эти представления, в свою очередь, тесно связаны с рефлексией таких основополагающих понятий как тело, душа, болезнь, здоровье, благо, которые воспринимаются носителями культуры как данность.[5,162] На их основе возникают системы «повседневных практик, которые определяют для каждого человека эмпирические порядки». Поведением врачей и пациентов управляют культурные (антропологические) коды, картины мира, модели социальной ориентации, системы конвенций и табу, эстетических кодов, ценностей.[12, 247] . Действиями, врачей, даже если они этого не осознают, управляют мировоззренческие представления, которые, в свою очередь, формируют профессионально важные установки. *Оценочно-ценностная шкала формируется под сильным влиянием системы коллективных представлений, которые проходят жесткий отбор в течение длительного исторического времени и имеют выраженную культурную и социальную обусловленность.* Идеологические и ментальные установки материализуются в словах и поступках, в принятии важных и ответственных решений. Влияние этих установок, на первый взгляд, незаметно и не кажется столь уж важным. Однако это не так.

От молодых врачей часто приходится слышать, что важно лишь «правильно лечить», а какие чувства при этом испытывает пациент – это лишь мало значащий контекст. [6, 73] Умение общаться с пациентом, по их мнению, было важным навыком много десятилетий назад, когда само общение являлось дополнительным (комплементарным) методом воздействия. Современная же высокотехнологичная медицина исключает такую необходимость, поскольку «аппаратура лечит всех одинаково» с устойчивым предсказуемым результатом.

Модель взаимодействия врача и пациента в последнее десятилетие действительно заметно изменилась. С появлением платной медицинской услуги, которая пришла на смену медицинской помощи, «новый врач» и «новый пациент» вступили в качественно иные отношения. [10, 178] Довольно точно ситуацию, которая сложилась в современной медицине, описал американский кардиолог Б. Лаун в своей книге «Дети Гиппократы XXI века»: «несмотря на то, что многие болезни стали излечимы, а люди стали здоровее и живут дольше, несмотря на то, что качество медицинской помощи никогда не было таким высоким, уровень подготовки узких специалистов стал непревзойденным, стандарты лечения четко определены, объем и интенсивность работы беспрецедентны, проблема негативного отношения к врачам никогда не стояла так остро, как сейчас. Большинство пациентов относятся к врачам с подозрением и даже враждебно». [3, 132] И он выносит свой приговор: медицина больна и сбилась с пути, потому, что нарушен неписанный закон общения врача и пациента, свято соблюдавшийся веками. Медицина утратила духовность и превратилась в ремесло без сострадания. И пока пациент снова не займет

центральное место в повестке дня, медицину нельзя будет вычеркнуть. [3, 131]

Мы предлагаем рассмотреть несколько современных культурно обусловленных профессионально значимых установок, влияющих на взаимоотношения врача и пациента.

Установка №1. Современное профессиональное медицинское образование построено на концепции, что медицина – строго научное знание. Сегодня существует доказательная медицина. Хотя точного определения этого понятия нет, чаще всего под ним понимают подход к медицинской практике, при котором решение о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности. В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методов в клинических исследованиях, проведенных на больших группах пациентов. Врачи должны следовать точным инструкциям «диагностических классификационных групп», т. е. оценивать состояние пациентов и назначать лечение исходя из их места в номенклатуре, даже если оно противоречит их клиническому опыту и мышлению.

В то же время, опытные врачи знают, что предсказать точные результаты лечения довольно сложно. Медицина – такая сфера, которая не попадает под главные критерии научного знания – 100 % повторяемость и проверяемость. Можно лишь говорить о среднестатистических данных той группы, в которую предположительно входит пациент. Кроме того, тот же Б. Лаун утверждает, что ошибочных идей в лечении не становится меньше. Догмы и заблуждения, как и много веков назад, передаются из поколения в поколение, из учебника в учебник. Многие устоявшиеся методы лечения – это традиции и ритуалы, поддерживаемые силой инерции или моды. При этом около 80% из них до сих пор не имеют убедительного обоснования. Так ли уж неправы те, кто называет медицину – «наукой неопределенности» и «искусством вероятности»? [3, 177]

Давайте обратимся к истории медицины. Она возникла как деятельность, направленная на защиту от болезни, исцеление и не была основана на научно-рациональном знании. В течение нескольких тысячелетий медицина была сферой, где безраздельно господствовали жрецы, «научным» подходом которых был метод проб и ошибок, а главным методом воздействия на пациента – эффект плацебо. И если бы эта медицина была абсолютно неэффективной, она не смогла бы просуществовать долго и ее традиция бы прервалась.

Если же мы обратимся к истории Древней Греции, где возникла научно-рациональная школа, на которой базируется вся современная медицина, то и там мы увидим, что Асклепий, бог врачевания, был сыном бога Аполлона, а сам Аполлон – богом искусств. Следовательно, медицина понималась как искусство врачевания. А там, где речь идет об искусстве, всегда непреходящее значение будут иметь интуиция, озарение, непредсказуемость, личностная вовлеченность в процесс.

Установка № 2. Второе представление связано с первым, и вытекает из него. Это представление о том, что медицина – это знание, которое все время поступательно идет вперед и непрерывно совершенствуется. В словосочетании «древняя медицина» синонимом слова «древняя», как

правило, является «ненаучная», «примитивная» и «неэффективная». Современная же медицина, как правило, воспринимается как «строго научная» и «абсолютно эффективная». К слову, приблизительно такое же отношение существует и к первобытной культуре. В учебниках истории первобытное общество описывается термином «primitive society». Мы совершенно забываем о том, что именно в этот период произошли космические по своим масштабам изменения и преобразования: животное стадо превратилось в общину, орудийная деятельность приматов превратилась в осознанный человеческий труд, появилась речь и способность к абстрактному мышлению, зародилась зачатки знаний, в том числе и медицинских, появилось изобразительное искусство.

Предвзятое отношение к прошлому рождает ложное представление об абсолютной непогрешимости современного знания, его конечности и превосходстве. Возникает чувство неоправданно пренебрежительного отношения к огромным пластам предыдущего опыта, накопленного тысячелетиями. Нужно понимать, что медицина вовсе не является «thing – that – is – getting – better – all – the – time», т. е. «знанием – которое – непрерывно – движется – только – вперед». История медицины знает немало примеров, когда величайшие прорывы и открытия забывались, открывались заново на новом витке прогресса, и когда, вещи, которые считались непогрешимой истиной, вдруг оказывались чудовищными заблуждениями.

Вот известный пример. Игнац Земмельвейс справедливо считается основоположником асептики в европейской медицине. Именно он в 1847 г. предположил, что причиной высокой смертности рожениц в больнице является то, часто врачи прибегали принимать роды прямо от трупа из резекторской, вытерев руки носовым платком. Земмельвейс обязал персонал больницы перед манипуляциями с беременными и роженицами обеззараживать руки раствором хлорной извести. И это середина 19 века! А ведь уже в Древнеиндийском трактате Чарака-Самхита (приблизительно 7 в. до н. э.) хирургу предписывалось кипятить одежду, белье и инструменты, он был обязан следить за чистотой коротко обрезанных ногтей, обеззараживать руки, окуривать помещение горчицей, запрещалось даже разговаривать во время проведения операции, чтобы не внести заражение в открытую рану. Разве не удивительно, что «открытие» Земмельвейса 26 веков спустя вызвало резкую волну критики: коллеги поднимали Земмельвейса на смех, директор клиники, где он работал, запретил Земмельвейсу публиковать статистику уменьшения смертности и уволил его с работы. При жизни его метод так и не заслужил широкого признания, гибель рожениц из-за сепсиса продолжалась. Не то ли самое чувство веры в непогрешимую и окончательную научную истину мешало врачам-современникам признать очевидное?

Установка № 3. Третья профессионально важная установка связана с представлением о человеке. В отличие от всех предыдущих этапов развития медицины, человек в современной медицине «узких специалистов» больше не является «целостной системой», «микрокосмосом», «личностью». Он разделен на части, он представляет собой «биохимический комплекс, носитель дисфункций отдельных органов, оболочку конкретной болезни». [3,130] А ведь все древние медицинские школы, тесно связанные с этико-философскими учениями [1, 10-13], придерживались принципа целостности, т.е. взгляда на

человеческое тело, как на живой организм, который неотделим от Природы, следовательно, внутри него идут те же процессы, что и в окружающем мире. С точки зрения китайской медицины здоровье человека – это способность организма поддерживать постоянную связь с окружающим миром, умение подстраиваться под его ритмы. В этом пункте западная и восточная модели медицины разошлись довольно давно. И если западная лечит болезнь, то восточная лечит человека. Если для западной медицины традиционным является морфологический подход, в котором тело человека – это кости, мускулы, связки, биологические жидкости и органы, то в восточной медицине человеческое тело – уменьшенная копия Вселенной, микрокосмос. Два противоположных состояния Вселенной – космос и хаос – ассоциируются с двумя состояниями человека: со здоровьем и болезнью. В западной медицине подвергается лечению сама болезнь, восточные врачи в принципе не приемлют «лечения болезни» и не рассматривают болезнь вне конкретного человека. Главной задачей является восстановление баланса и поддержание равновесия внутри человеческого организма.[11, 42]

Еще раз процитируем Бернарда Лауна: «Иногда я сомневаюсь, что мы продвинулись вперед в понимании человеческого организма по сравнению с древними греками. Но мы, несомненно, многое запутали». [3,127] Уже герои Достоевского в романе «Братья Карамазовы» выражали свое сожаление о том, что «совсем исчез прежний доктор, который ото всех болезней лечил, теперь только одни специалисты. И все в газетах публикуются». Американский журналист Анатолий Бройард также выразил желание, чтобы «доктор нашел не только мою предстательную железу, но и просканировал мою душу. Без этого я не человек, а просто болезнь». [3,121] Ибо исцеление наступает тогда, когда современная наука и древнее искусство врачевания соединяются, когда тело и душа человека не разделяются.

Установка № 4 связана с быстрым развитием технологий и большим количеством аппаратуры, которая стоит между врачом и пациентом. Врач, как и любой другой человек, является продуктом системы. Он, также как и все, подвержен увлечениям гаджетами и технологиями. Сегодня довольно распространенным типом является врач-технократ-прагматик, который ощущает себя как ученый, использующий передовые технологии.

Однако после каждого нового технического открытия образ врача тускнеет, а его самодостаточность и вовсе исчезает. Когда-то врач умел обходиться пятью органами чувств, а главным инструментом диагностики было его собственное тело. Сегодня, когда в распоряжении врача достоверные данные томографии, эндоскопии, ангиографии, то история болезни пациента, вытекающая из общения с ним, начинает казаться малоприменимой и бесполезной. Тенденция полагаться на технологии порождает искаженное представление о ненужности других клинических навыков, и, в первую очередь, навыка общения. Врачи ошибочно воспринимают технологии как эффективную замену умению общаться с пациентом.[9, 200-219]

В мире уже осужден «ветеринарный подход» к пациенту, т. е. взгляд на пациента, как на объект, не обладающей волей. Долгое время среди большей части представителей медицины господствовало представление о том, что врачам необходимо «добиться от пациента полного послушания». [4, 38] Это

породило высокомерие и упрощенную модель общения с пациентом, что не лучшим образом отразилось на системе подготовки врачей: дисциплины, направленные на приобретение навыков межличностного общения составляют менее 2% учебного плана.

ВОЗ в своем очередном «Докладе о состоянии здравоохранения в Европе за 2015 г.» обратила внимание на то, что в научных исследованиях, посвященных проблемам благополучия в сфере здоровья, необходимо больше внимания уделять культурной информации, отражающей культурные паттерны, картины мира, особенности культурной коммуникации. [2, 79] Ученые справедливо считают, что игнорирование культурных факторов может стать одним из главных препятствий для развития социально справедливой и эффективной медицинской помощи. Привлечение культурных сведений, несмотря на то, что этот род информации часто считается «неконкретным» и мало достоверным, может дать значительный объем бесценных данных, способных улучшить коммуникацию на линии врач – пациент. Медицинскому сообществу необходимо преодолеть предвзятое отношение к этико-культурным контекстам здоровья и болезни.

Литература:

1. Авхоева Е.А. Этика отношения к живому в китайской культурной традиции // Биоэтика. – 2015. – № 1(15). – С. 10-13
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. 2015 г. // Всемирная организация здравоохранения. - Copenhagen (Denmark), 2015. – 157 с.
3. Лаун Б. Дети Гипократа XXI века. - М.: Эксмо, 2010. - 288 с.
4. Магазиник Н. А. По другую сторону баррикады (врач глазами больного) // Московский медицинский журнал. - 2000. - № 12. - С. 36-38.
5. Медведева М. М. Болезнь в культуре и культура болезни. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. 252 с. С. 162.
6. Петров А. В., Черёмушников И. К. Интеракция врач – пациент в межкультурном дискурсе // Культурная жизнь Юга России. - 2016. - № 2 (61). - С 72-76.
7. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. № 2(8). - С.28-29
8. Zhura V.V., Rudova Yu.V. Bioethical aspects of medical discourse // Биоэтика. - 2016. - №1 (17). С. 42-46.
9. Седова Н.Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. - 2005. - № 1. – С.12
10. Черёмушников И. К., Петров А. В., Медведева Л. М. Коммуникативная компетентность врача в условиях медиализации культуры // Социальная сфера экономики: исследования, проблемы и перспективы развития: Монография / Под. ред С.Ю. Соболевой. - Волгоград. - Издательство ВолгГМУ, 2015. - С. 200-219
11. Черёмушников И. К., Чернышёва И. В. «Новый врач» и «новый пациент»: сотрудничество или противостояние // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. - Волгоград, 2015. - С.176-184.
12. Чэнь Син-юань. Изложение медицины/пер. с кит. Б.Б. Виноградского. - М., 2002. - 220с.
13. Эко У. Отсутствующая структура. Введение в семиологию. - СПб., 2004. - 432 с. - С.247.
14. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99.

References

1. Avhodeeva E.A. Ehtika otnosheniya k zhivomu v kitajskoj kul'turnoj tradicii // Bioehtika. – 2015. – № 1(15). – S. 10-13.
2. Doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v Evrope za 2015 g. // Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya.. Evropejskoe regional'noe byuro. - Denmark.: 2015.
3. Laun B. Deti Gippokrata XXI veka. - M.: Eyksmo, 2010. – 288 s.

4. Magazanik N. A. Po druguyu storonu barrikady (vrach glazami bol'nogo) // *Moskovskij medicinskij zhurnal*. - 2000. - № 12. - S. 36-38
5. Medvedeva L. M. *Bolezn' v kul'ture i kul'tura bolezni*. - Volgograd: Izd-vo VolgGMU, 2014. 252 s. S. 162
6. Petrov A. V., Cheryomushnikova I. K. Interakciya vrach – pacient v mezhkul'turnom disкурse // *Kul'turnaya zhizn' YUGa Rossii*. - 2016. - № 2 (61). - S 72-76.
7. Petrov V.I., Sedova N.N. O chem zabyli skazat' v novom zakone // *Bioetika*. – 2011. № 2(8). S.26-25
8. Zhura V.V., Rudova Yu.V. Bioethical aspects of medical discourse // *Bioetika*. - 2016, - №1(17). S. 42-46
9. Sedova N.N. Pravovoy status bioetiki v sovremennoy Rossii. *Meditsinskoe pravo*, 2005. no.1. S.12
10. Cheryomushnikova I. K., Petrov A. V., Medvedeva L. M. Kommunikativnaya kompetentnost' vracha v usloviyah medikalizatsii kul'tury // *Social'naya sfera ehkonomiki: issledovaniya, problemy i perspektivy razvitiya: Monografiya / Pod. red S.YU. Sbolevojev*. - Volgograd. - Izdatel'stvo VolgGMU, 2015. - S. 200-219
11. Cheryomushnikova I. K., Chernyshyova I. V. «Novyj vrach» i «novyj pacient»: sotrudnichestvo ili protivostoyanie // *Istoriya mediciny v sobraniyah arhivov, bibliotek i muzeev*. Volgograd, 2015. - S.176-184.
12. Chen Sin Syuan. *Izlozhenie meditsini [Presentation of Medicine]*. per. s kit. Vinogradskogo B.B. Moscow, 2002. 220 p.9, c. 40 - 46].
13. Ehko U. *Otsustvuyushchaya struktura. Vvedenie v semiologiyu*. - SPb., 2004- 432 s. - S.247.
14. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. C. 99.

УДК 614.2:616-08-039.75

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

И. Л. Кром

доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, руководитель Центра медико-социологических исследований, irina.crom@yandex.ru

М. В. Еругина

доктор медицинских наук, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, lab48@yandex.ru

Е. А. Андриянова

доктор социологических наук, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Elena-Andriyanova@yandex.ru;

А. Б. Шмеркевич

кандидат медицинских наук, научный сотрудник Центра медико-социологических исследований, г. Саратов, di-center@mail.ru.

В системе российского института здравоохранения, являющегося одним из базовых социальных институтов, авторы выделяют четыре субинститута, согласно выполняемым ими функциям. Роль паллиативной помощи в институте здравоохранения позволяет определить ее статус как субинституциональный. Субинститут подчиняется общей цели института и обеспечивает осуществление одной из функций.

Ключевые слова: субинститут, паллиативная помощь, институциональный риск, дисфункциональные практики, медикализация, хронические заболевания.

MEDICALIZATION AS A RISK FACTOR OF PALLIATIVE CARE INSTITUTIONALIZATION IN RUSSIA

I. L. Krom

D.Sc. (medicine), Professor of the Health Organization and Public Health Department (the courses of Law and History of Medicine), «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Head of the Centre for Medical and Sociology Research irina.crom@yandex.ru

M. V. Yerugina

D.Sc. (medicine), Head of the Department of Health Organization, Public Health, (the courses of Law and History of Medicine), «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, lab48@yandex.ru

E. A. Andriyanova

D.Sc. (sociology), Head of the Department of Philosophy, Humanities and Psychology, «V.I. Razumovsky Saratov State Medical University» of the Ministry of Public Health of the Russian Federation,

Elena-Andriyanova@yandex.ru

A. B. Shmerkevich

PhD (medicine), Research Fellow of the Centre for Medical and Sociology Research, di-center@mail.ru

Based on the performed functions, four sub-institutions have been distinguished by the authors in the system of the Russian Institute of Health, which is one of the basic social institutions. The role of palliative care in health care makes it possible to determine its status as sub-institutional. The sub-institute is subordinate to the general purpose of the institution and ensures the implementation of one of the functions.

The authors discussed the medicalization of palliative care in the perspective of dysfunctional practices of the sub-institute which is now forming in Russia. The risk of medicalization of palliative care for patients with chronic diseases leading to a decrease in the functional effectiveness of the palliative care sub-institution, is caused by inadequate medical care.

The articles provided evidence which proves the danger of medicalization of palliative care for patients with chronic, life-threatening diseases.

Key words: sub-institute, palliative care, institutional risk, dysfunctional practices, medicalization, chronic diseases

According to the functions they implement, the four sub-institutions are distinguished by the authors in the system of the Russian Institute of Health, which is one of the basic social institutions. The role of palliative care in the institution of health make it possible to determine its status as a sub-institutional. The sub-institute is subordinated to the general purpose of the institution and ensures the implementation of one of the functions.

Key words: sub-institute, palliative care, institutional risk, dysfunctional practices, medicalization, chronic diseases.

В системе российского института здравоохранения, являющегося одним из базовых социальных институтов, целесообразно выделить четыре субинститута, согласно выполняемым ими функциям: «Первичная медико-санитарная помощь», «Скорая медицинская помощь», «Специализированная медицинская помощь», «Паллиативная медицинская помощь» [23].

В последние годы в России происходит процесс институционализации паллиативной помощи, цель которой заключается в улучшении качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания [21, 22].

Роль паллиативной помощи в институте здравоохранения позволяет определить ее статус как субинституциональный. В социологическом исследовательском поле понятие «субинститут» фиксирует относительно автономные образования