

Баракат Наталья Владимировна

МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНТЕРАКЦИИ

Статья посвящена факторам, определяющим социальное взаимодействие врача и пациента, и возможности его оптимизации. Особое внимание уделено моделям взаимоотношений в диаде. Выявлены недостатки и преимущества схем медицинских консультаций, обоснована оправданность их использования на биоэтической основе с помощью правового регулирования. Автором выделяется модель совместного принятия решения на основе принципа информированного согласия.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2013/6/4.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2013. № 6 (73). С. 19-21. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2013/6/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

в рассмотрении истинного бытия как Абсолюта. Брахман – философский Бог, принимающий черты также религиозного Бога в качестве Сагуна-Брахмана (обладающего качествами). Кант говорит о Боге как трансцендентальной идее. Бытие Бога недоказуемо, так как если Он есть, то ускользает от познания. Будучи основой всякого бытия, Бог должен был бы быть центральной вещью-в-себе, объединяющей все остальные. Но в условиях неизвестности Его существования невозможно отождествить Бога с вещью-в-себе, как это сделано в адвайте. Учение Канта лишено мистической составляющей, упомянутые выше сходства мы обнаруживаем в философской части.

Главное различие касается характера самого искажения, самой иллюзорности. Различие и заключается в том, что Кант не признает подобное отношение иллюзией. В адвайте майя объясняется через пример зрительной иллюзии: мир видится в Брахмане из-за неведения, как змея в веревке из-за темноты. У Канта нет подобных представлений, кроме того, он не считает, что причиной расхождения иллюзий и вещей в себе является неведение. Для Канта познание в установленных границах – единственный способ познания: другой просто невозможен, он не является заблуждением, напротив, является доступным путем к истине (хотя и в адвайта-веданте встречается упоминание положительной роли иллюзии как пути к истине). Если вещи-в-себе искажены познавательными способностями, то познание не может развеять иллюзию змеи, познавая веревку. Для Канта познаваема здесь только иллюзорная змея.

Философская система Канта не только напоминает известные учения об иллюзорности, ее идеи также могут быть заимствованы для появления новых учений. Так, в мистико-философском учении К. Кастанеды очевидно влияние Канта: дон Хуан объясняет свою систему в терминах вещей-в-себе и явлений, подчеркиваются активность восприятия, способность разума к созданию собственного объекта. Было ли осуществлено заимствование, или данная терминология оказалась удобна для невосходивших к ней идей, это является доказательством родственности теории Канта с подобными учениями.

В заключение следует сказать, что, так как учение Канта, с некоторыми оговорками, является учением об иллюзорности феноменального мира, представляется целесообразным опираться на него в дальнейшем изучении данной проблемы. Таким образом, Кант может играть в западной философии ту же роль, которую сыграли в индийской Гаудапада или Шанкара, указывая на возможную нереальность феноменального мира.

Список литературы

1. Длугач Т. Б. Проблема бытия в немецкой философии и современность. М.: ИФ РАН, 2002. 222 с.
2. Кант И. Критика чистого разума. М.: Наука, 1999. 656 с.
3. Рыбальский М. И. Иллюзии и галлюцинации. Баку: Маариф, 1983. 304 с.
4. Шанкара. Атма-Бодха; Вивека-Чудамани; Таттва-Бодха. М.: Центр оккультной литературы «Майя», 1992. 187 с.
5. Шульц И. Разъясняющее изложение «Критики чистого разума»: руководство для чтения. М.: ЛИБРОКОМ, 2010. 152 с.

УДК 61:316

Социологические науки

Статья посвящена факторам, определяющим социальное взаимодействие врача и пациента, и возможности его оптимизации. Особое внимание уделено моделям взаимоотношений в диаде. Выявлены недостатки и преимущества схем медицинских консультаций, обоснована оправданность их использования на биоэтической основе с помощью правового регулирования. Автором выделяется модель совместного принятия решения на основе принципа информированного согласия.

Ключевые слова и фразы: социальное взаимодействие «врач – пациент»; модель взаимодействия; биоэтика; принцип информированного согласия; автономия и право.

Баракат Наталья Владимировна

Волгоградский государственный медицинский университет
nbarakat@inbox.ru

МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНТЕРАКЦИИ[©]

К числу факторов, определяющих социальное взаимодействие врача и пациента и возможности его оптимизации, мы относим ценности и нормы медицинской деятельности, модели взаимодействия, а также индивидуальные и социально-культурные особенности пациентов.

Основываясь на том, что врач и пациент осуществляют согласованные действия для достижения цели выздоровления соответственно нормативным ожиданиям, целесообразно выделить различные модели медицинского взаимодействия, которые будут рассматриваться в деятельностном аспекте.

В изученной литературе одну из причин актуальности обращения к данной проблеме связывают с возросшей ролью регулирования медицинской деятельности посредством этико-правовых норм, нашедших отражение в биоэтике [2; 6; 9] на основе правдивости и информированного согласия. Поэтому основной проблемой для специалистов-медиков стало соблюдение прав пациента.

Современные социологи медицины К. Ш. Зыятдинов, Т. А. Покуленко [5; 7] подчёркивают, что продолжается интенсивный поиск модели, которая в наибольшей степени соответствовала бы изменяющимся общественным реалиям. Отметим, что в настоящее время правовое регулирование медицинской деятельности является приоритетным направлением развития здравоохранения в нашей стране, в ходе которого биоэтика выступает нормативной основой.

В зависимости от заболеваемости пациента, с учётом роли последнего, Т. Парсонс представляет модели согласия, переговоров, сотрудничества, а затем – модель «рынка», модель «бюрократии», модель «демократической ассоциации» [Цит. по: 4, с. 36]. Рассмотренные модели сопоставимы с информационной (бесстрастный врач, полностью независимый пациент), интерпретационной (убеждающий врач), совещательной (доверие и взаимное согласие), патерналистской (врач-опекун) моделями в российском здравоохранении.

Переход больного от пассивного к активному участию в зависимости от состояния здоровья у Т. Шатца и М. Холлендера [Цит. по: Там же] соответствует моделям «активность – пассивность», «руководство – кооперация, партнёрство». По нашему мнению, акцент на влиянии социального окружения в модели С. Блюма [Цит. по: Там же] способствует комплексному изучению медицинской интеракции.

Основываясь на врачебной ориентации и практическом стиле в диаде «врач – больной», их взаимодействие можно представить согласно заболеванию-центрической и пациент-центрической моделям [1, с. 9]. В первом случае внимание сосредоточено на заболевании пациента, во втором – в центре сам больной, при этом учитываются социальные, экономические, культурные факторы, проводится просветительская работа относительно заболевания.

Современные исследования Е. В. Дмитриевой [3, с. 189] с учётом социокультурного компонента системы социальных взаимоотношений в сфере медицины позволили выделить ряд культурно-специфичных моделей. Признавая значимость классификации, следует отметить, что автор не затрагивает правовые проблемы медицинского вмешательства.

Большинство перечисленных стереотипов взаимодействия в медицинской деятельности преобладают в США, в ряде европейских стран, где ещё недавно господствовали патерналистские традиции. Особое звучание термин «патернализм» приобрёл в медицине как классическая норма отношений врача и пациента, когда врач берёт ответственность за принимаемое решение о лечении. Сформировалось несколько моделей, отразивших эволюцию развития патернализма – модель Гиппократова, модель Парацельса, деонтологическая модель. Продолжая развитие патерналистских тенденций врачебной этики на религиозных основаниях, И. В. Силуянова, А. В. Недоступ апеллируют к православным моральным ценностям, реализующимся в лечебных тактиках [11, с. 19].

В странах Западной Европы активно разрабатывались модели Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль (США): совещательная, информационная, техническая, контрактная, и модели американского философа Р. Витча: инженерная, пасторская, коллегияльная и контрактная [2, с. 135-141].

В отечественной медицине до недавнего прошлого господствовала патерналистская модель, в настоящее время вытесняемая моделями на основе пациент-ориентированного подхода. Такие тенденции становятся лидирующими для российского здравоохранения с 1993 года.

Поскольку общение вплетено в контекст профессиональной деятельности врача, логично существование монологичной и диалогичной моделей. В англоязычной литературе в рамках диалога врачу рекомендуется следовать модели «четырёх Е» (four Es): вовлечь в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (просвещать) (educate), заинтересовывать в излечении (enlist) [1, с. 9].

Модели, учитывающие специфику клинического состояния больного, касаются людей в остром периоде болезни, больных с хроническими заболеваниями, инвалидов и умирающих. Учёт социально-ситуативного контекста предполагает выделение моделей взаимодействия медработников с пожилыми и хроническими больными в связи с утратой врачами монополии на знания об уходе за этими больными.

В отечественной литературе признание ведущей роли врача в реализации эффективного взаимодействия происходит на основе модели «доминирование и партнёрство» [Там же], что позволяет вести речь об асимметрии властных отношений в медицине.

Многообразие моделей медицинского взаимодействия свидетельствует о сложности вопроса. Представленные модели варьируются в разных странах и в разное время, что связано с различными аспектами их изучения и степенью разработанности. Однозначно, что ситуация ориентации на различные модели снижает эффективность взаимодействия, а значит, и результат лечения. Многие из них подлежат адаптации к социальным и медицинским традициям нашего общества.

В конце XX века стали внедряться новые модели взаимоотношений «врач – пациент», представленные как «патернализм – антипатернализм».

Общепринято в последние годы указывать на недостатки патерналистской модели [2, с. 134-144], хотя в социологии медицины присутствует и нейтральное отношение к ней [8; 12]. В практической области патернализм рассматривается как психологически наиболее приемлемая модель для большинства врачей и

пациентов, что опосредовано типами заболеваний и профессиональными профилями врачей. Так, он оправдан в психиатрии, педиатрии, в гериатрической практике.

Нам представляется наиболее аргументированным тезис Н. В. Сергеевой, представляющий господство патернализма в отечественной медицине как способ сохранения этического кода профессии врача в России [10, с. 24]. Данная точка зрения объясняется антропоцентрическим характером отечественной медицины, приматом межличностных отношений над правовыми, превалированием моральных ценностей, православных традиций в массовом сознании [Там же, с. 46].

Заслуживает внимания позиция, отвергающая взаимоисключающий характер между «патернализмом» и «информированным согласием». Модели «представляют различные типы отношений: патернализм – морально-этические, информированное согласие – правовые» [11, с. 19]. Такой подход видится нам продуктивным, так как позволяет убедиться в необходимости на практике совместить соблюдение принципа патернализма и информированного согласия в качестве моделей взаимодействия в соответствии с социальными и медицинскими традициями общества, совершенствуя их этико-правовые основания.

Следует признать, что каждая модель имеет недостатки и преимущества, но основным критерием оправданности их использования является соблюдение автономии личности и права выбора. Данный аспект рассмотрения эффективности схем взаимодействия утверждает особую роль биоэтики в регулировании взаимоотношений «врач – больной», предполагая определение уровня автономности и прав пациентов, пересмотр некоторых традиционных норм деонтологии.

Итак, проведенный анализ подтверждает, что для современной медицины характерно отсутствие универсальной модели, решающей проблему излечения. В нашем исследовании наиболее перспективной моделью интеракции врача и пациента представляется пациент-ориентированный подход, предполагающий модель совместного принятия решения на основе принципа информированного согласия, конечной целью которого является защита прав и интересов пациента.

Список литературы

1. **Алексеева Л. Л.** Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии: дисс. ... к. психол. н. СПб., 2002. 174 с.
2. **Введение в биоэтику:** учебное пособие / общ. ред. Б. Г. Юдин, П. Д. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.
3. **Дмитриева Е. В.** Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. 224 с.
4. **Ефименко С. Е.** Социология пациента: автореф. дисс. ... д. соц. н. М., 2007. 49 с.
5. **Зыятдинов К. Ш.** Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 2. С. 22-25.
6. **Петров В. И.** Биоэтика и медицина – союз ради жизни // Биоэтика. 2008. № 1. С. 3-11.
7. **Покуленко Т. А.** Принцип информированного согласия: вызов патернализму // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 73-77.
8. **Решетников А. В.** Социология медицины: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 256 с.
9. **Седова Н. Н.** Правовые основы биоэтики. М.: Триумф, 2004. 224 с.
10. **Сергеева Н. В.** Биоэтика как культурный комплекс: автореф. дисс. ... д. филос. н. Волгоград, 2010. 50 с.
11. **Силуянова И. В., Недоступ А. В.** Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // Медицинский вестник. 2007. № 1.
12. **Parsons T.** Patients, Physicians and Illness / ed. E. Yaco. Glencoe, Ill., 1958.

УДК 32:316.46

Политология

Статья посвящена анализу основных концепций харизмы и выявлению специфики возникновения и проявления указанного феномена в современном политическом процессе. Также рассматриваются теоретико-методологические основы явления харизматического лидерства, определяется степень научной разработанности данной проблемы.

Ключевые слова и фразы: харизма; лидер; политический процесс; харизматический лидер; политическое лидерство.

Бегаль Василий Николаевич

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина
smt.ratno@bigmir.net

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ХАРИЗМАТИЧЕСКОГО ПОЛИТИЧЕСКОГО ЛИДЕРСТВА[©]

Общественно-политические трансформации, которые происходят в современных странах, и в Украине в частности, способствуют возрастанию интереса к проблеме лидерства. Лидерство является неотъемлемой