

Список литературы

1. Созина Е.К. Азия и азиатчина в творчестве А.Н. Островского // Россия между прошлым и будущим: исторический опыт национального развития. Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 20-летию Института истории и археологии УрО РАН. – Екатеринбург: УрО РАН, 2008. – С. 606–607.
2. Художественный фильм «Роксалана. Настюня. Пленница султана» (реж. Борис Небиеридзе) [Электронный ресурс]. URL: http://teledidar.com/publ/zarubezhnye_serialy/2003/433-3-2.

МНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ О ГУМАНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПАЦИЕНТА

Петрова Лариса Евгеньевна, к., социол.н., доцент,
Уральский государственный педагогический университет,
Екатеринбург, Россия

Гуманитарная экспертиза пациента рассматривается в контексте профессиональных проблем врачей; мнения студентов-медиков о важности умения ее проводить; данных экспертного опроса о сущности рассматриваемого феномена. Эксперты выделяют стилевой подход, технологию проектирования и улучшения взаимодействия между врачом и пациентом.

Ключевые слова: врачи, медицинское образование, гуманитарная экспертиза пациента.

Понятие «гуманитарная экспертиза» активно разрабатывается отечественными исследователями, в основном в дисциплинарном поле философии. Благодаря публикациям Б. Г. Юдина, В. А. Лукова, П. Д. Тищенко, Г. Л. Тульчинского и др. тематика производства гуманитарной экспертизы, необходимость, возможности и ограничения такой технологии описаны хорошо. К сожалению, мало примеров реализации таких проектов (за редким исключением, например, проект гуманитарной экспертизы социологического исследования поведения подростков, описанный Г.Б. Степановой [5]). В социологическом категориальном аппарате термина «гуманитарная экспертиза» нет. Однако он весьма комплементарен таким

широко используемым понятиям, как социокультурный анализ, клинический подход в исследованиях и др.

Большое инструментальное значение термин «гуманитарная экспертиза пациента» (ГЭП¹⁵) имеет в исследованиях профессионализма врачей. Последние включают и этапы профессиональной социализации (в том числе в образовании), и трансформацию профессионализма (из идеала – в реальность) в повседневных практиках.

Обсуждение гуманитарной экспертизы в контексте биоэтики и этики проводилось на протяжении нескольких лет сотрудниками ИФ РАН и представлено в виде многочисленных публикаций, в частности, пяти вышедших сборниках, а итоги этой работы представлены в обзорной статье А. А. Воронина [1]. Действительно, границы этики и гуманитарной экспертизы крайне тонки. Однако это так в случае макро, мезо уровня экспертной оценки: проекты, реформы, законы и пр. ГЭП как технология осуществляется на микроуровне – на уровне взаимодействия между врачом и пациентом в момент оказания медицинской помощи, являясь частью последней, призванной эту помощь сделать более эффективной, а взаимодействие между врачом и пациентом более приемлемым для обеих сторон с точки зрения эмоциональных затрат.

ГЭП близка содержательно, но далека институционально от медико-социальной экспертизы – «определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма» [6].

Негативные последствия отсутствия ГЭП можно обнаружить в многочисленных исследованиях, характеризующих взаимодействие между врачом и пациентом. Например: «Большинство опрошенных врачей отметили, что пожилые пациенты обращаются за медпомощью значительно чаще, чем граждане трудоспособного возраста, но только 58,3% [опрошенных] считают

¹⁵ Далее аббревиатурой ГЭП мы будем обозначать гуманитарную экспертизу пациента.

обращения обоснованными, а 22,9% фиксируют, что иногда отсутствует повод для обращения. Среди последних значительная часть участковых врачей (30,4%)» [3. С. 14]. Показательно, что профессионалы реалистично оценивают негативные последствия от общения со столь специфическим (но – мы помним – распространенным) контингентом: «Характерологические особенности пожилых пациентов признают раздражающим фактором для себя 56,3% опрошенных врачей».

Врачи не могут не знать особенности пожилых, не могут не фиксировать (на уровне визуального осмотра, беседы на приеме, сколь бы короткой она не была) уровень депривации (социальной, культурной, коммуникативной), мотивационный профиль пациента. Это и есть элементы ГЭП, которая производится в данном случае на приеме и может позитивно повлиять и на качество оказанной медицинской помощи, и на удовлетворенность работой врачей.

Впервые термин «ГЭП» мы привели в публикации [4], посвященной опыту использования интерактивных технологий в преподавании вузовской дисциплины «Социология медицины». В. А. Луков отмечал, что в настоящее время «стихийно гуманитарная экспертиза уже существует, хотя ее институционализация находится в начальной стадии» [2. С. 63]. Думается, мы именно стихийно стали использовали это словосочетание, а оформление подхода состоялось позднее.

В частности, в октябре 2012 года в УГМА проведено анкетирование студентов 1, 3 и 5 курсов двух факультетов – педиатрического и лечебно-профилактического (n=625). Исследование посвящено установкам студентов-медиков на общекультурные компетенции. Респондентам был задан вопрос *«Что для вас как для будущего врача и человека (личности) важно, а что – менее важно в получаемом в УГМА образовании?»*. 3 варианта ответа: «важно», «неважно», «затрудняюсь ответить». Было предложено всего 16 позиций для оценивания, в том числе – «умение проводить ГЭП».

Подавляющее большинство будущих врачей высоко оценили умение проводить ГЭП: 85% считают это важным в профессии, 53% опрошенных указали, что это важно и в жизни.

Высокие оценки указанной компетенции можно считать маркером выраженных установок студентов-медиков на рассматриваемый феномен. Однако, интерпретируя эти данные, следует учесть, что студенты вообще продемонстрировали высокий уровень установок на социально-гуманитарные компетенции, предложенные в анкете (оценки «важно» варьируются от 98% до 41%). То есть установки студентов-медиков крайне позитивны – почти все общекультурные (они же – социально-гуманитарные) компетенции оцениваются высоко.

В январе 2013 года методом онлайн анкетирования был проведен опрос экспертов, в числе которых практикующие врачи, преподаватели медвуза, ведущие научную работу. Всего опрошен 21 чел., в том числе 13 женщин и 8 мужчин, половина опрошенных имеет стаж работы в медицине до 10 лет, треть – 11-20 лет. Особенность экспертной группы (высокая мотивация в профессии, наличие рефлексии над проблемами современного российского здравоохранения) позволяет считать полученные данные валидными на уровне разведывательного исследования. Мы приводим результаты исследования кратко, в обзорном варианте.

Большинству экспертов понятие «ГЭП» неизвестно. Содержание ГЭП измерялось открытым вопросом «Термин "ГЭП" входит в научный оборот. Пожалуйста, напишите, как Вы лично понимаете, что это такое?». Трое экспертов (14%) написали *«не знаю, непонятно»*. Один ответ *«наверное, это составляющая от базовых слов»*. Еще один эксперт весьма критично оценил наши усилия, написав, что ГЭП - это *«ненужный термин, придуманный социологами»*. Таким образом, в нашем распоряжении оказалось 14 содержательных ответов в среднем по 9 слов в высказывании. Методом открытого кодирования мы произвели анализ представленных экспертами определений и сгруппировали их.

Первая группа определений описывает стиль – ответ на вопрос «КАК»: 2 ответа – «"человеческий" подход к пациенту», «осмотр пациента по-доброму, вежливо». Вторая группа определений указывает на технологию портретирования и отвечает на вопрос «КТО»: оценка социальной активности, образования, культуры, характера, психологического типа пациента (7 ответов). Третья группа описывает взаимодействие, определения инструментальны, технологичны и отвечают на вопрос «ЗА СЧЕТ ЧЕГО»: учет отношения к врачу, интересов, ресурсов пациента, значения болезни для него, способности понять информацию от врача (5 ответов). Заметим, что последняя группа экспертных определений – это классическое (по Т.Парсонсу) описание социальной роли больного.

Десятая часть экспертов считают, что врачи проводят ГЭП, треть – да, но редко, двое экспертов ответили отрицательно, половина опрошенных затруднились с ответом.

Эксперты по 10-балльной шкале оценивали, должна ли ГЭП стать обязательной. Низкие баллы оценки обязательности ГЭП дал каждый четвертый эксперт, средние баллы – 6 экспертов (29%), высокие – 10 экспертов, т.е. почти половина опрошенных. В целом, данные можно интерпретировать как осторожную позицию участников опроса.

Препятствия для осуществления ГЭП: на первом месте – дефицит времени на приеме – 17 чел. (81%); «непрофессионализм врача» – 8 экспертов (38%); 7 экспертов (33%) считают барьером для обеспечения ГЭП отсутствие медицинских стандартов по этому поводу. По 2 эксперта: *«нет необходимости в такой работе»*, *«пациентам не нужна гуманитарная экспертиза»*, *«гуманитарная экспертиза нужна, но делать ее должны другие специалисты»*. В том числе это указывает на в целом позитивную реакцию на перспективы ГЭП – лишь четверо (пятая часть) из опрошенных экспертов резко отрицают саму возможность такой работы.

Таким образом, разведывательное исследование показало, что врачи осознают необходимость ГЭП, считают ее востребованной процедурой в

отечественной практике взаимодействия между врачом и пациентом. Однако барьеры ее осуществления велики: ресурсный дефицит, технократизация процесса оказания медицинской помощи,

Полученные данные в совокупности с методологическим базисом описания проблемы являются платформой для подготовки технологии ГЭП.

Список литературы

1. Воронин А. А. Гуманитарная экспертиза (обзор) // Философия и культура. – 2012. – № 5 (53).
2. Луков Вал. А. Гуманитарная экспертиза: от теории – к практике // Наукові і освітянські методології та практики: інноваційний проект. <http://cgo.irbis-nbuv.gov.ua>
3. Мальцев С. Н. О негативных особенностях лечения пожилых пациентов // Клиническая геронтология. – 2012. – № 7–8.
4. Петрова Л.Е. Мировой и отечественный опыт использования интерактивных технологий в преподавании вузовской дисциплины «Социология медицины» // Инновационные образовательные технологии: Материалы Международного интерактивного форума, 2–5 мая 2012. – Екатеринбург, 2012.
5. Степанова Г.Б. Опыт гуманитарной экспертизы социологического исследования поведения подростков (материалы Круглого стола) // Биозтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2 / Рос. акад. наук, Ин-т философии; отв. ред. Ф. Г. Майленова. – М.: ИФРАН, 2008. – С. 129–159.
6. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995, ст. 7.

ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И СОЦИАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ

Оводова Светлана Николаевна, магистр ф.н.,
Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского,
Омск, Россия

В статье описывается обусловленность социального устройства города дизайном городской среды. Подчеркивается превалирование маргинальных локусов в городе, что влияет на безопасное пребывание в городе. Доказывается возможность создания безопасного городского пространства посредством использования архитектурной криминологии, гуманитарной экспертизы.