



005012719

На правах рукописи

Мир

Мирошникова Оксана Витальевна

**ИНКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ СМЫСЛ ТОЛЕРАНТНОСТИ
В МЕДИЦИНЕ**

24.00.01 – теория и история культуры

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата философских наук**

12 МАР 2012

Волгоград – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ

**Научный
руководитель:**

Петров Андрей Владимирович,
доктор философских наук,
профессор кафедры философии,
биоэтики и права Волгоградского
государственного медицинского
университета

**Официальные
оппоненты:**

Табатадзе Георгий Саввич,
доктор философских наук, профессор,
член-корреспондент РАЕН, проректор
по научной работе Волгоградского
института экономики, социологии и права
Барковская Анна Юрьевна,
кандидат философских наук,
доцент кафедры философии,
социологии и психологии Волгоградского
государственного архитектурно-
строительного университета

**Ведущая
организация:**

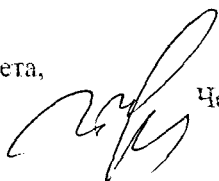
Саратовский государственный
медицинский университет

Защита диссертации состоится « 23 » марта 2012 г. в 12.30 часов на заседании диссертационного совета ДМ 208.008.07 при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1, ауд. 4-07.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета.

Автореферат разослан « 19 » февраля 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доцент



Черёмушникова И. К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Современное общество переживает период трансформации, манифестируя «аксиологический хаос». В исследованиях (Яковлева Е.И., 2005, Роготнева Е.Н., 2006, Ермолаева Н.Ю., 2007) отмечается необходимость разработки аксиологической точки зрения, чтобы задать направление процессу изменения, поскольку отсутствие такой перспективы создает опасность социальной дезинтеграции.

Учитывая неизбежность разногласий по вопросам высших ценностей, индивидуум не может рассчитывать на то, что другие будут поддерживать те же принципы справедливости. Поэтому он будет поддерживать только тот справедливый стандарт, который, по его мнению, может быть достигнут посредством «перекрывающегося консенсуса» (McKinnon С., 2006), т. е. согласия со стороны других людей, которые, тем не менее, могут иметь отличные представления о добре и зле.

Поскольку мы признаем, что другие могут придерживаться отличных от наших принципов и норм, и что проблемы высших ценностей должны быть решены в условиях, приемлемых для всех, мы обязаны признать, что было бы неразумно навязывать свои собственные взгляды другим лицам.

В связи с этим, толерантность, подразумевающая антидогматизм, представляется ценным ресурсом на пути современного общества к принципу глобальности, предполагающему различие и сосуществование индивидуальностей с различными ценностями и идеалами.

Принципы гармонии и взаимопонимания субъектов взаимодействия становятся ведущими ценностями в построении социальных отношений различного уровня. Для осуществления нового типа социальных отношений необходимо воспроизводство такого типа личности, который обладал бы развитой культурой толерантности. Согласно Декларации принципов толерантности, утвержденной резолюцией 5.61 Генеральной конференции ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года, «в школах и университетах, в рамках неформального образования, дома и на работе необходимо укреплять

дух толерантности и формировать отношения открытости, внимания друг к другу и солидарности»¹.

Формирование толерантности имеет свои особенности в различных культурных конфигурациях. Одной из таких конфигураций является медицина (Седова Н.Н., Сергеева Н.В., 2010). Здесь принцип толерантности имеет особенное значение, поскольку непосредственно коррелирует с гуманистическим принципом формирования культурных паттернов профессиональной деятельности. Это требует специального подхода к системе образования. В высших медицинских учебных заведениях современной России наблюдаются попытки решать проблему подготовки толерантных специалистов области здравоохранения. Решение данной проблемы осложняется недостаточной разработанностью целевых установок, принципов, дидактических средств, формирующих профессиональную культуру работников здравоохранения.

Степень разработанности проблемы. Большинство ученых, занимающихся проблемой толерантности (Перцев А.В., 2002, Абакумова И.В., Ермаков П.Н., 2003, Асмолов А.Г., 2002, 2003, Комогоров П.Ф., 2000, Мольденгауэр Н.В., 2001), ориентированы, в первую очередь, на социологические исследования, что, на наш взгляд, является вполне закономерной стадией в общем ходе концептуализации толерантности в культурологии. Наибольший размах получили исследования по изучению толерантности в межэтническом взаимодействии. Подобные исследования были проведены Ю.А. Гауровой (2002), Л.Д. Гудковым (1995), Н.М. Лебедевой (2002), В.Е. Козловым (2000). Исследовательский интерес к проблемам межэтнического взаимодействия объясняется двумя обстоятельствами: во-первых, давними традициями социологического и социально-психологического изучения межэтнических отношений, во-вторых, особой актуальностью этой проблематики в контексте общественно-политической ситуации в стране. Кроме этого, объектом внимания в настоящее время являются проблемы, связанные с социальными отношениями в условиях имущественной дифференциации и политического плюрализма, нахо-

¹ Декларация принципов толерантности. – Париж, 1995.

дающие свое отражение в работах Г.М. Денисовского, П.М. Козыревой (2002), З.Х. Саралиевой (2001).

В то же время, раскрытие характера взаимодействия толерантных и интолерантных культурных ценностей, норм и образцов поведения в процессе профессионального становления и деятельности специалистов почти не проводилось. А.Л. Темницким (2005) было проведено исследование современных проблем дипломатии в ее связи с универсальными принципами толерантности, были намечены направления по развитию и укреплению норм толерантности в процессе учебы и первых лет самостоятельной работы специалистов-международников. Формирование толерантности у молодежи как важнейшее направление ее социализации рассматривает Л.Е. Сикорская. В 2006 г. было проведено исследование «Толерантность в волонтерской (или добровольческой) социальной работе». Выявлялись представления российских и немецких волонтеров социальной работы о толерантности как понятии, черте личности, принципе жизнедеятельности; изучались ее разнообразные формы и проявления. Толерантность в профессиональной деятельности журналиста рассматривает Новикова Т.В. (2006). Общие характеристики толерантности, как показало исследование, имеют специфические проявления в сфере профессиональной журналистской деятельности и поведения.

Недостаток исследований в указанной области объясняется отсутствием внятной методологической базы для изучения формирования толерантности. Дело в том, что в настоящее время подвергается критике концепция мультикультурализма, которая считалась обоснованием принципа толерантности, а ей на смену приходит концепция инкультурализма.

Концепция мультикультурализма в своём современном виде возникла на волне отвращения к фашизму и колониализму под влиянием молодёжной революции 1960-х годов и окончательно оформилась после падения коммунизма. Одним из программных документов этой концепции стала статья Даниеля Кон-Бендита и Томаса Шмида «Если Запад становится неотразим», опубликованная в ноябре 1991 года в газете Die Zeit. По их мнению, мультикультурное общество должно стать обществом, в котором каждой культуре гарантирована возможность самореализации и самоутверждения, при условии принятия этой

культурой демократических и гуманистических ценностей. Тезисы Кон-Бендита и Шмида, разумеется, были восприняты как нечто чересчур смелое, однако они в экстремальной форме как раз и выражали одну из основных идей европейского леволиберального дискурса: идею толерантности.

Современные процессы в мире показали, что мультикультурализм не в состоянии полностью реализовать эту идею, более того, в глобализованном обществе он становится тормозом для ее развития. Поэтому в последнее время политика ведущих стран мира строится не на модели мультикультурализма, а на принципиально новой модели инкультурализма. Однако в жизни конкретных культурных комплексов этот переход еще не осознан. К ним относится и медицина, где требование толерантного отношения к пациенту и необходимость применения единых стандартов медицинской практики приходят в противоречие. Оно может быть разрешено только с позиций инкультурального подхода.

Целью исследования является экспликация инкультурального смысла профессиональной толерантности в современной медицине как специфическом культурном комплексе.

Данная цель достигалась решением следующих **исследовательских задач**:

1. Провести методологический анализ толерантности в контексте мультикультурального и инкультурального подходов.
2. Проанализировать феномен толерантности в медицине на этнокультурном уровне.
3. Исследовать феномен толерантности в медицине на уровне межличностного взаимодействия.
4. Обосновать комплементарность принципа толерантности и принципа уважения автономии личности в инкультуральном поле медицины.
5. Дать культурологическую интерпретацию взаимодействия врача и пациента на основе принципа толерантности.

Объект исследования: медицина как поле инкультурального взаимодействия.

Предмет исследования: принцип толерантности в медицине.

Гипотеза исследования. В отличие от мультикультурной модели, что означает существование независимых культур, вынужден-

ных к совместному существованию на одной территории, новый подход базируется на таких принципах, как:

- уважение собственной культурной уникальности;
- акцентировании на взаимодействии и взаимозависимости;
- постоянное внедрение в жизнь принципа активной толерантности.

Новое в инкультурном пространстве – приоритетность взаимодействия, взаимосвязи и взаимовлияния. Диалог культур базируется на существовании общечеловеческих ценностей и идеалов. Инкультурализм предполагает непрерывный диалог между народами, культурами, конкретными произведениями творческой деятельности. Именно в контексте данной модели исторически складывались взаимоотношения в медицинской культуре, поэтому методология ее изучения должна исходить из принципа инкультуральности, что заставляет по-новому оценить возможности формирования толерантности в профессиональной среде медицинских работников.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

– диссертантом обосновано положение о том, что ценность автономии является необходимым условием для возможности развития толерантности в инкультуральном пространстве социума;

– диссертантом раскрыт инкультуральный смысл толерантных отношений в этномедицине, которые позволяют сохранять культурные стереотипы отношения к здоровью и болезни в процессе применения общецивилизационных методов научной медицины;

– диссертант доказал, что взаимодействие «врач-пациент» представляет собой ситуацию отличия, запускающий механизм ситуационной толерантности именно в условиях инкультурального, а не мультикультурального взаимодействия.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту**:

1. Ценностные ориентации в области здоровья и болезни зарождаются как этнически определенные, развиваются под воздействием этнических традиций и социально-исторических влияний (в том числе и иноэтнических), но в техногенном обществе преобладающим в них становится некий инвариант, который имеет отношение не к этнокультуре, а к цивилизации. Инкультуральный подход имманентно присущ отношениям в медицине, поскольку человек как предмет ее ин-

тереса, един в своей организмической сущности, а культурно-обусловленные национальные образы здоровья и болезни есть внешнее проявление этой единой сущности. Экспликация этнического содержания отношения к здоровью может способствовать взаимопониманию между врачом и пациентом, но для этого необходим определенный уровень толерантности в их отношениях.

2. Толерантность тесно связана и является производной от других ценностей, таких как свобода, автономия, уважение, справедливость, аутентичность, целостность и межличностное признание и принятие, но не сводима к ним, поскольку обладает рядом назначений, возлагающихся на ее автономию и уникальность. Безразличие, дискриминация, а также экстраполяция особенного и индивидуального — основные факторы интолерантности.

3. Объективно инкультуральный подход в медицине поддерживает коллегальную модель врачевания, но он совместим по некоторым параметрам и с патернализмом. Мультикультуральный подход предполагает применение контрактной и техницистской моделей врачевания. А принцип уважения автономии личности однозначно поддерживается принципом толерантности.

4. Существует закономерная связь между инкультуральностью, толерантностью и комплаентностью пациентов в медицине. Некомплаентность — следствие интолерантности пациента, которая не только свидетельствует о его недостаточной медицинской культуре, но и нивелирует любые проявления толерантности со стороны врача. Идеология мультикультуральности непосредственно связана именно с такими случаями. Абсолютизация собственной системы ценностей лежит в основе интолерантности пациентов и ведет к некомплаентному поведению.

5. Культурологический анализ принципа толерантности в медицине позволяет считать его пятым принципом биоэтики, комплементарным четвертому принципу — уважения автономии личности. Их комплементарность отражает инкультуральный смысл взаимоотношений в медицине как на институциональном, так и на личностном уровне.

6. Формирование общего культурного контекста интеракции при сохранении и, главное, уважении автономии личности, и есть цель-

ценность толерантного поведения в медицине, поэтому в становлении профессиональной толерантности врача на этапе вузовского образовательного процесса главная роль принадлежит образованию в области биоэтики, повышению уровня профессионализма врачей и интеграции социально-проектной и культуроформирующей деятельности в образовательный процесс.

Методологическую основу исследования составляют принципы и методы теории культуры, концепции мультикультуральности и инкультуральности. Диссертант опирался на положения современной биоэтики (теория моделей врачевания, теория автономии врача и пациента и др.).

В работе использованы как общенаучные методы – системный подход, структурно-функциональный анализ, моделирование, так и методы конкретных наук – психологии, социологии, социальной и медицинской антропологии.

Теоретическая и практическая значимость исследования связана с необходимостью адаптации социальных норм и ролей, регулирующих взаимоотношения между людьми в здравоохранении к новым условиям становления инкультурального социума. Выводы и рекомендации работы могут быть использованы в формировании региональной и местной политики в области здравоохранения, в подготовке медицинских кадров, в совершенствовании работы этических и больничных комитетов, при освещении проблем медицины в средствах массовой информации.

Апробация исследования осуществлялась на научных конференциях разного уровня (Волгоград, 2004, 2005, 2006, 2010, Краснодар, 2011). По материалам диссертации опубликовано восемь научных работ, из них три – в изданиях Перечня ВАК.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка использованной литературы. Список литературы включает 150 источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обосновывается актуальность темы исследования, определены объект и предмет исследования, формулируются цель и задачи работы, её новизна и практическая значимость.

В первой главе – **«КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ»** – проводится методологический анализ толерантности, определяется ее структура, признаки и уровни развития, а также эксплицируется компонентный состав и особенности профессиональной толерантности врача.

В первом параграфе первой главы – *«Методологический анализ понятия «толерантность»* – диссертант обращается к философским основаниям понимания толерантности. Проследившая путь от системы этических взглядов Древнего мира к принципам современности, диссертант отмечает, что толерантность – это активное динамическое влекущее за собой взаимодействие и взаимное уважение.

Анализируя трактовку толерантности в разных языках, а также контексты – политический, этический, эволюционно-биологический или психологический – диссертант выделяет многообразие смысловых особенностей толерантности.

В работе сделан вывод о том, что толерантность представляет интегральную характеристику личности, определяющую ее способность в процессе решения обостренных противоречий активно взаимодействовать с субъектом (другой личностью или социальной группой) на основе признания многообразия социокультурных моделей поведения, уважения прав, свобод и ценностей субъекта, отказа от профессионального догматизма с целью восстановления своего психического равновесия, установления взаимопонимания с самим собой и окружающей средой.

Сложность обеспечения толерантности в России обосновывается тремя факторами. Социально-политический фактор представлен отсутствием устойчивых традиций свободы, плюрализма, уважения прав и свобод других. Социально-психологический фактор определяется стереотипами. Психологический фактор основан на эгоцентрических установках сознания.

В работе выделены смысловые элементы толерантности и ценности, на которых она базируется. Эмоциональность является важным элементом толерантности, однако толерантность присуща не всем чувствам, а только тем, которые интеллектуально связаны с суждением, и потому в структуре толерантности лежит такой фундаментальный элемент, как разум, защищающий от непостоянства чувств

тельности, формирующий суждения и оценки и ориентирующий на меры для обеспечения стабильности и универсальности толерантности и ценностей в целом. Будучи тесно связанной с ценностями автономии, свободы и уважения, толерантность содействует и поощряет разнообразие и нон-конформизм как средства личностного самосовершенствования.

В параграфе втором – *«Структура, признаки и уровни развития толерантности»* – анализируется перцепционность толерантности, проведены различия между толерантной и интолерантной личностями, проведена характеристика уровней развития толерантности.

Диссертант рассматривает концепцию «перцепционной» толерантности, согласно которой толерантность представляет собой перцепционный сдвиг, от убеждений к субъекту убеждений или от действий к их агенту. Основным элементом в этом перцепционном сдвиге является «персонализация». Когда мнения и убеждения, действия и практики оцениваются на основе их качеств, они рассматриваются безлично, т.е. в абстракции от субъектов, которые придерживаются этих убеждений и действуют на их основе.

Общее главенство персонализированной перспективы лежит во внутренней ценности индивидуальной целостности и приоритете уникального субъект-агента над безличным содержанием и правильностью убеждений и действий. Ценности автономии, уважения, аутентичности, целостности и межличностного признания и принятия показательны в этом приоритете. Эти ценности особенно заметны в практической сфере деятельности (нежели в когнитивной сфере убеждений), поскольку они обуславливают саму возможность изменения или формирования.

Необходимым условием толерантности является сдержанность, понятие, как правило, лежащее в сфере эмоциональности и воли. Сама по себе сдержанность – психологическое качество: терпимость, способность сдерживать и контролировать эмоции и поведение. Сдержанность в оценках и сдержанность в действиях отличны, однако эти отличия недостаточны для того, чтобы препятствовать этим двум типам сдержанности вмещаться внутри ценности толерантности. Обе могут быть рассмотрены как составные качества толерантной личности.

В описание личности как толерантной необходимо включить тот факт, что толерантная личность несколько ни чрезмерна в оценках, ни склонна к предрассудкам, ни излишне моралистична. Решающим компонентом в характеристике толерантности должны стать мотивы личности проявлять сдержанность.

Профессиональную толерантность врача обеспечивают эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Профессиональная толерантность врача начинает формироваться в процессе обучения в медицинском вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Но это означает, что она формируется в русле определенных культурных традиций, которые через систему образования оказывают влияние на личные ценности. Этот общий культурный контекст в наше время имеет выраженную мультикультуральную или инкультуральную направленность. Причем, мультикультуральный и инкультуральный подход рассматривают, чаще всего, в контексте взаимодействия этнических культур. К сожалению, без должного внимания исследователей остаются взаимоотношения этнических культур в медицине. Как ни странно, именно здесь этот фактор имеет очень большое значение, поэтому, не проанализировав смысл толерантности в этнокультурных взаимодействиях в медицине, нельзя переходить к анализу межличностной культурной коммуникации в этой сфере, что и заставило диссертанта подробно рассмотреть данный вопрос в параграфе третьем *«Медицина как поле взаимодействия этнических культур»*.

В современную эпоху, которую часто называют эпохой «этнического ренессанса» или «парадокса этничности», проблема здоровья этносов приобретает немаловажное значение. Однако отношение к ней весьма различно. С одной стороны, идея уникального генофонда, обособляющего этнос как популяцию, предполагает изучение этнических болезней, дифференцирование отдельных видов медицинской помощи, учета национальных традиций в предоставлении и потреблении медицинских услуг. С другой стороны, этническая компонента

в здравоохранении, если следовать документам ВОЗ, все в большей мере соотносится с проблемами медицинской помощи мигрантам, борьбой с бедностью, демографическими аномалиями. Таким образом, этнические и социально-экономические векторы медицинского обслуживания предполагаются однонаправленными, хотя доказательства этого носят статистический или иллюстративный характер.

По мнению диссертанта, гораздо больший интерес представляет применение в культурологических исследованиях в этномедицине герменевтического анализа. Он позволяет проследить формирование отношения к здоровью, детерминированного целиком этническими особенностями. Этот вид анализа применен в работе для изучения отношение к здоровью как ценности в русском этносе. Оказалось, что оно определено а) ареалом обитания этноса, б) языковой культурой этноса, в) особенностями хозяйственной жизни этноса. Но не физиологическими факторами здоровья! Поэтому можно говорить об этнических особенностях культуры здоровья и болезни, но не об этнических особенностях самого здоровья или болезни.

Таким образом, подтвердилась идея о том, что в контексте межкультурного взаимодействия мультикультуральный подход в медицине непродуктивен, а принцип толерантности в поле медицинских коммуникаций востребован именно их инкультуральной сущностью.

Но можно ли распространять вывод, сделанный на институциональном уровне на уровень межличностного взаимодействия? Если инкультуральный смысл медицины, требующий для своей реализации активной толерантности, выявлен на уровне этнических групп, это еще не значит, что он так же будет действовать на персональном уровне. Обсуждению данной проблемы посвящена вторая глава диссертации **«ТОЛЕРАНТНОСТЬ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ В МЕДИЦИНЕ»**.

В параграфе первом *«Толерантность и культура врачевания»* обсуждаются особенности профессиональной толерантности врача, ее культурологический смысл. По мнению диссертанта, два фактора определяют социальный портрет современной российской медицины – демократические и рыночные преобразования в обществе и связанная с ними реформа здравоохранения. При этом поливариантность медицинских услуг является достаточно новой как для

потребителей этих услуг - пациентов, так и для их производителей - медицинских работников. Патерналистская модель взаимоотношений в медицине критикуется, на смену ей приходят контрактная, коллегиальная, техникстская. При этом принципиальным является вопрос об автономии пациента. *Собственно, формирование общего культурного контекста интеракции при сохранении и, главное, уважении автономии личности, и есть цель-ценность толерантного поведения в медицине.*

Болезнь — это не только физическое состояние человеческого организма, это и социальный феномен. Различные культурные традиции могут оценивать одно и то же состояние организма как болезненное или нормальное. Люди, воспитанные в рамках европейской культуры, обычно определяют понятие физиологического здоровья как состояние организма, в котором они могут выполнять свои социальные обязанности и делать то, что пожелают в свободное время. Болезнь трактуется как определенное состояние организма, при котором нечто нарушает физиологическое равновесие, гармонию нашего тела. В каждом обществе симптомы, боль, слабость, описываемые как «болезни», вписываются в культурные и моральные ценности, воспринимаемые путем общения с представителями того или иного социального круга, посещений профессиональных врачей и под влиянием определенных общественных верований в то, что есть здоровье и что есть болезнь. Результатом становится преобразование физиологических симптомов в болезни с определенными ярлыками (диагнозами) и людей в пациентов. Это преобразование испытывает сильнейшее влияние культурного статуса и моральных оценок.

Для описания различных типов взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную (техникстскую), пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную).

В рамках так называемой **техникстской** модели задача врача интерпретируется как исправление «поломки» организма больного, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. В ряде случаев вместо категории «поломки» используется понятие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия».

Патерналистская модель отношений между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений. Это уже не безличная манипуляция с предметом, характерная для техницистской модели. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Большие возможности для реализации ценностей автономной личности создает **коллегальная** модель отношений между медицинским работником и пациентом. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Однако гармония интересов редко достижима. Врач и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства.

Говоря о **контрактной** модели взаимоотношений между медиками и пациентами, имеется в виду не столько юридическое содержание понятия «контракт» (договор), сколько более общее, «символическое». Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между врачом и пациентом? Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной модели индивидуумы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и достигает некоторых выгод.

Подробный анализ моделей врачевания позволил диссертанту сделать вывод о том, что инкультуральный подход поддерживает коллегальную модель врачевания, но он совместим по некоторым параметрам и с патернализмом. Мультикультуральный подход предполагает применение контрактной и техницистской моделей врачевания. Принцип толерантности присутствует во всех моделях, но в раз-

ной степени, поскольку основная его роль – не обеспечение реализации какой-то конкретной модели, а поддержка принципа уважения автономии личности. Но каков механизм этой поддержки? Это выясняется в следующем параграфе данной работы – *«Значение принципа толерантности для формирования профессиональной культуры врача»*.

Высказано предположение, что профессиональная толерантность врача является одним из механизмов совладания с ситуацией изменений и ситуацией отличий, имеющих место в медицинской встрече с пациентом. Реагируя на ситуацию, в которой присутствуют неблагоприятные факторы, врач выбирает соответствующую стратегию поведения.

В работе выделено пять основных измерений толерантности: личностное, когнитивное, эмоциональное, поведенческое и вербальное. В соответствии с этим компонентный состав толерантности врача отражают следующие параметры: исключение шаблонных подходов к диагностике; критически-рефлексивный стиль мышления; гибкость, динамичность взгляда личности; решительность, самостоятельность, ответственность; способность индивидуального проектирования собственной образовательной траектории; оперативность.

Толерантность представляет собой необходимую составляющую профессий «человек-человек». При отсутствии толерантности становится неэффективной работа педагога, психолога, врача. Однако в медицинской практике толерантность играет особую роль и имеет большее значение, поскольку цена взаимодействия выше.

В отличие от педагогической в медицинской практике один из субъектов взаимодействия – пациент – всегда находится в ситуации, обостряющей его акцентуации характера, соответственно усложняющие общение, кроме того, больным может оказаться любой человек. Врач не выбирает пациента, а пациент и сам по себе, и в силу влияния болезни может оказаться довольно неприятной личностью. Принятие пациента и безоценочное отношение к нему в соответствии с принципом безусловной ценности жизни, позволяет врачу активно взаимодействовать с пациентом и лечить не болезнь, а больного.

Толерантность в медицинской практике подразумевает, что врач владеет не только психологической гибкостью, но и способностью

психофизиологической адаптации, поскольку врач видит ту сторону жизни пациента, которую сами врачи называют «темной», — это и отталкивающие запахи тела и выделений, это и рефлекторные акты, которые неприятны в обыденной жизни (рвота и т. д.), это и «дыхание», «тень» смерти и т. п. В этом случае толерантность является необходимым условием формирования профессионализма врача и, кроме того, позволяет увидеть и «светлую» сторону медицинской профессии, приносящей облегчение от страданий и радость спасенной жизни. Толерантность означает не только принятие, но и отсутствие догматизма и стремления к доминированию, что проявляется в способности к коллегиальности, сотрудничеству, совещательности и т. п.

Толерантность, будучи имманентно присущим качеством врача, однако не является врожденным, во время обучения в вузе будущий врач усваивает культуру толерантного поведения, которое может быть активным (на основе принципа инкультуральности) или пассивным (на основе принципа мультикультуральности). Это усвоение имманентно связано с выработкой ориентации на ту или иную модель взаимоотношений с пациентом: патерналистскую, коллегиальную, техницистскую или контрактную.

В параграфе третьем *«Отношение врачей к толерантности»* применен метод дескриптивного анализа. Приводятся и обсуждаются описанные в литературе случаи интолерантности врачей и пациентов. И те, и другие в описанных случаях отстаивают не общие, а персональные ценности, вернее, свое представление о них. Диссертант приходит к выводу, что главными конфликтогенными факторами в случае интолерантности врача выступают: недостаточно внимательное отношение к пациенту и характерологические особенности пациента, которые врач не хочет или не может принять.

В анализе случаев уже обозначаются пути предупреждения конфликтных ситуаций:

1. Подготовка врачей в традициях российской медицинской школы.

Сегодня актуально вернуться к вопросам культуры врачебного приема, врачебной этики, врачебного профессионализма. Уже очевидно, что глобализация и другие негативные тенденции, которые, к сожалению, набирают силу, размывают культурные традиции многих

народов. Чтобы быть убедительным, врач должен проявить не только высокую компетентность, но и суметь общаться в приемлемой для данного больного форме, проявить внимание, доброжелательность. При этом не должно быть шаблона, так как больные нуждаются в сугубо индивидуальном подходе к ним.

2. Экспресс-диагностика психологического типа личности пациента.

Успех лечения во многом зависит от того, насколько врач умеет оценить социально-психологический статус пациента, провести экспресс-диагностику психологического типа личности пациента. Главная сложность заключается в том, что провести эту экспресс-диагностику необходимо при кратковременном контакте с больным, в условиях экстренной госпитализации или амбулаторного приема. Известно, что возникновение и развитие конфликта зависит не только от психологического типа личности пациента, но также и врача. Поэтому врач должен постоянно проявлять настороженность, выявлять при первой встрече потенциально конфликтных пациентов. Необходимо помнить, что оптимальным вариантом решения конфликта является сотрудничество с пациентом. Недопустимо как соперничество, так и необоснованная уступчивость в отношениях с пациентом.

Основным направлением предупреждения и разрешения конфликтов, по мнению диссертанта, является инкультуральный подход, суть которого в том, что взаимодействие позволяет сохранять автономию, а не наоборот. На личностном уровне такой подход может быть реализован только через толерантное поведение врача.

Но отношение «врач-пациент» – это всегда взаимодействие, поэтому в диссертации анализируется и культура толерантности пациентов. Для анализа использована категория «комплаентность». По мнению диссертанта, феномен комплаентности – это характеристика культуры отношения пациента (или его родственников) к врачу. *Некомплаентность порождается интолерантностью пациента, она манифестирует ограниченность его медицинской культуры и делает неэффективным толерантное поведение врача. Идеология мультикультуральности непосредственно связана именно с такими случаями, когда собственная система ценностей превалирует в поведении пациента. Таким образом, прослежи-*

вается закономерная связь мультикультуральных установок - интолерантности и некомплектности.

Параграф четвертый «Принцип уважения автономии личности и принцип толерантности в инкультуральном поле медицины» посвящен самому сложному вопросу – о соотношении принципа уважения автономии личности и инкультурального смысла взаимоотношений в медицине. На первый взгляд кажется, что принцип уважения автономии имманентно связан с мультикультуральным подходом, однако в диссертации показано, что это ошибочное представление.

В учебной и научной литературе по биоэтике автономия понимается как право пациента на самоопределение в том, что касается медицинских и исследовательских методов. Это, прежде всего, отрицательное право на невмешательство: право принимать решения относительно собственной жизни, исключая контроль других. Нет ли здесь противоречия с принципом толерантности? Для того, чтобы это выяснить, необходимо было более подробно рассмотреть понятие автономии личности как ценности современной культуры, что и предпринял диссертант в данном разделе работы.

Развитие ведущих современных теорий об автономии и патернализме в философии и культурологии происходило одновременно с развитием современной медицинской этики. Несмотря на то, что они влияли друг на друга, эти одновременные события остались до некоторой степени независимыми в сферах философии и медицины. В результате появилось много подобий и взаимосвязей между теориями автономии и патернализма вообще и теориями автономии пациента, информированным согласием и медицинским патернализмом в медицинской этике, в то время как авторы в соответствующих областях часто используют разные определения и интерпретации главных концепций.

Ценность автономии иногда доказывается при помощи апелляции к прикладным ценностям, это чисто прагматический подход и он, наоборот, принижает ценность автономии. Дело в том, что автономия самоценна. Ценность автономии, как способности и состояния, объяснялось ссылкой на внутренние ценности. Это показывает, как тесно автономия связана с другими понятиями, такими как честь,

достоинство, гордость. Это также важно, потому что это способствует самоуважению и это основа для взаимного уважения.

Ценности, которые мы ассоциировали с автономией, как со способностью и состоянием, тесно связаны с нашим идеальным представлением о том, что значит быть личностью и нашими взглядами на смысл жизни. Автономия - это уникальное качество человека; одна из способностей, которая отличает человека.

Принцип уважения автономии пациента в медицине соблюдать труднее всего. Он заключается в том, что пациент сам должен дать согласие на лечение, причем, оно должно быть информированным, т.е. врач должен предложить больному все варианты помощи, которую он может оказать с обоснованием и прогнозом последствий. Само по себе это бывает проблематично, да и пациенты часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения. И здесь очевидно, что автономия состоит не в том, чтобы выбрать собственные ценности, отличные от выбранных врачом, а в том, чтобы сознательно выбрать *необходимую* ценность, независимо от того, кто на ней настаивает.

Анализ данной проблемы позволил установить четкую зависимость: нет автономии без толерантности, как не может быть толерантности без уважения автономии. Поэтому диссертант выдвинул предложение считать принцип толерантности одним из принципов биоэтики. Всего их четыре: не навреди, делай добро, принцип справедливости и принцип уважения автономии. Но выявленная закономерная связь, обнаруживаемая при применении инкультурального подхода, позволяет считать принцип толерантности еще одним (пятым) принципом биоэтики.

В **Заключении** подводятся итоги, формулируются выводы и даются рекомендации по совершенствованию отношений в медицинской практике с позиций инкультурального подхода.

**По материалам диссертации опубликованы
следующие работы:**

*Публикации в ведущих рецензируемых научных журналах
и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией*

1. Мирошникова О.В., Гребенюк М.О. Методология толерантности в реализации принципа уважения автономии пациента // *Биоэтика*. – 2010. – № 1. – С. 16-18.

2. Мирошникова О.В., Рева И.Е. Методология толерантности в социальном пространстве города // *Социология города*. – № 3. – 2011. – 0,3 п.л.

3. Петров А.В., Мирошникова О.В. Толерантность как ценность культуры современного общества // *Биоэтика*. – 2011. – № 2. – С. 5-7.

*Статьи, опубликованные в сборниках,
изданных по материалам всероссийских, региональных
и вузовских научных конференций, других изданиях:*

4. Мирошникова О.В., Виноградова С.В. Роль толерантности в профессии врача // *Акт. пробл. экспериментальной и клинической медицины: Материалы 63-й открытой итоговой науч. конф. студентов и молодых ученых ВолГМУ, посв. 70-летию ВолГМУ (с международным участием), Волгоград, 26-29 апреля 2005 года*. – Волгоград, 2006. – С. 174-175.

5. Чеботарева О.А., Мирошникова О.В. Традиции отношений врача и пациента в отечественной медицине // *Гуманитарное образование и медицина: Сб. научн. трудов*. – Т. 62, вып. 3. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – 0,4 п.л.

6. Мирошникова О.В. Структура толерантности: измерения и показатели // *64-я открытая итоговая научная конференция студентов и молодых ученых ВолГМУ*. – Волгоград, 2006. – С. 229.

7. Мирошникова О.В., Подгорная И.А. Исследование особенностей профессиональной толерантности студентов медицинского вуза // *Научные труды III Всероссийской научно-практической конференции*

«Социология медицины – реформе здравоохранения». – Волгоград: Изд-во ВолГМУ. – 2010. – С. 225-230.

8. Мирошникова О.В. Возможности и риски формирования профессиональной толерантности студентов медицинского вуза // Эмпирические социологические исследования как инструмент анализа молодежных проблем и оптимизации государственной молодежной политики: III Межрегиональная научно-практическая конференция. – Краснодар, 2011. – С. 148-151.

**Мирошникова
Оксана Витальевна**

ИНКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ СМЫСЛ ТОЛЕРАНТНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата философских наук**

Подписано в печать 17.02.12. Формат 60х84/16.
Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ № 29

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.

- 22 -