

DOI: 10.24290/1029-3736-2020-26-3-43-65

МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО: МИКРОУРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Т.В. Семина, докт. социол. наук, зав. кафедрой медицинского права, социологии и философии Института подготовки кадров высшей квалификации и профессионального образования ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, Минздрава России, Рублевское шоссе, д. 135, Москва, Российская Федерация, 121552*

В настоящей статье рассматриваются особенности взаимодействия социальных институтов медицины и здравоохранения в современном российском обществе на микроуровне — в рамках социальной системы “врач — пациент”. Достаточно места уделяется сравнительному анализу традиционных (патерналистской и коллегиальной), а также современных (информационной и контрактной) моделей социальных отношений между врачами и пациентами. Автором выделены факторы, при которых широкое применение информационной и контрактной моделей в российских реалиях способствует трансформации традиционно солидарных социальных отношений в рассматриваемой системе в конфликтные.

В статье с опорой на оригинальные авторские социологические исследования рассматриваются особенности конфликтного противостояния между врачами и пациентами, обозначены их специфические отличия от традиционных социальных конфликтов. С одной стороны, конфликты, которые разворачиваются в социальной системе “врач — пациент”, — это именно социальные конфликты, поскольку взаимодействием в данной системе охвачены как все представители врачебного сообщества, так и практически все члены общества, каждый из которых так или иначе становится пациентом. С другой стороны, если предпосылкой, а затем — основой обычного конфликтного взаимодействия выступает наличие единого неделимого объекта, то в случае социального конфликта в системе “врач — пациент” здоровье вряд ли можно считать “единым и неделимым объектом”. Здоровье для субъектов данного конфликта действительно представляет важную духовную ценность, однако гораздо чаще конфликт возникает по поводу прав и обязанностей, а также распределения власти у взаимодействующих сторон.

Достаточно внимания уделяется анализу макро-, мезо- и микропричин данного конфликта, а также проблеме влияния СМИ на генезис конфликтных отношений данного типа, выделены и раскрыты тенденции, особенно характерные для взаимоотношений аудитории больных и СМИ в последнее время.

Ключевые слова: медицина, здравоохранение, микроуровень социального взаимодействия, социальная система “врач — пациент”, модели отношений в системе “врач — пациент”, социальный конфликт, субъекты и факторы социального конфликта в системе “врач — пациент”, СМИ.

* Семина Татьяна Васильевна, e-mail: bakulev.yurotdel@bk.ru

MEDICINE AND SOCIETY: MICRO LEVEL OF SOCIAL INTERACTION

Semina Tatyana V., PhD Sci., Head of Department of the Scientific Center of the Union of Artists named after A.N. Bakulev, Moscow, Leninsky Prospect, 8, building 7, Moscow, Russian Federation, 119049, e-mail: bakulev.yurotdel@bk.ru

This article examines the features of the interaction of social institutions of medicine and health care in modern Russian society at the micro level — within the social system “doctor — patient”. Sufficient space is given to a comparative analysis of traditional (paternalistic and collegial) and modern (informational and contractual) models of social relations between doctors and patients. The author highlights the factors under which the widespread use of information and contractual models in Russian realities contribute to the transformation of traditionally solidary social relations in the system under consideration into conflict ones.

The article, based on the original author’s sociological research, examines the features of the conflict confrontation between doctors and patients, identifies their specific differences from traditional social conflicts. On the one hand, the conflicts that unfold in the social system “doctor — patient” are precisely social conflicts, since the interaction in this system embraces both all representatives of the medical community and practically all members of society, each of which, one way or another, becomes patient. On the other hand, if the prerequisite and then the basis of the usual conflict interaction is the presence of a single indivisible object, then in the case of a social conflict in the “doctor — patient” system, health can hardly be considered “a single and indivisible object”. Health for the subjects of this conflict is indeed an important spiritual value, but much more often the conflict arises over the rights and obligations, as well as the distribution of power among the interacting parties.

Enough attention is paid to the analysis of the macro-, meso- and micro- causes of this conflict, as well as to the problem of the influence of the media on the genesis of this type of conflict relationship; tendencies that are especially characteristic in the relationship between the patient audience and the media in recent times are highlighted and revealed.

Key words: *medicine, healthcare, micro-level of social interaction, social system “doctor — patient”, models of relations in the system “doctor — patient”, social conflict, subjects and factors of social conflict in the system “doctor — patient”, mass media.*

В настоящее время почти никто не отрицает тот факт, что отечественные медицина и здравоохранение находятся в системном кризисе, который связан с модернизацией этих социальных институтов и тех традиционных социальных отношений, которые им присущи. Данные отношения, безусловно, основаны на солидарности, но они также могут носить ярко выраженный конфликтный характер. Совокупность подобных социальных отношений охватывает все медицинское сообщество, однако главным структурным компонентом социально-медицинского сообщества являются медицинские работники (врачи) и пациенты. Таким образом, ключевым фактором для социологического анализа системы здравоохранения выступает микроуровень социального взаимодействия в сфере охраны

здоровья, имеющий место в подсистеме “врач — пациент”, которая очень важна для социологического анализа трансформации моделей конкретных социальных отношений в ней в условиях современных социальных реалий.

Врач и пациент, безусловно, могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия в сфере здравоохранения, которые не только предопределены их традиционными социальными ролями, но и многими другими факторами. Так, классической моделью отношений между врачом и пациентом считается патернализм. По мнению отечественного исследователя И.В. Силуяновой, эта модель «фиксировалась со времен Гиппократов в корне понятия — слове “pater” (лат. — “отец”) и пользовалась в профессиональной врачебной этике абсолютным признанием на протяжении более 20 столетий»¹. Пациент целиком полагался на компетентность врача, доверял ему как отцу и следовал всем его указаниям. К патернализму близка модель сакрального типа — одна из четырех моделей, обозначенных американским специалистом в области медицинской этики и философии Р. Витчем², которая опирается на межличностные отношения, подобные отношениям родителя и ребенка, наставника и подопечного.

По мере развития демократических институтов и соответствующего им мышления «в медицинском сообществе стали набирать силу антипатерналистические тенденции, а суждения о “крахе патернализма” стали появляться все чаще»³. При этом в связи с ростом осведомленности пациентов возникла необходимость в обсуждении с ними диагнозов и возможных планов лечения⁴. Тогда в противовес патерналистской модели была выстроена так называемая коллегиальная (партнерская или равноправная) модель, основанная на принципе сотрудничества. С одной стороны, эта модель предполагает известную автономию пациента, когда “благодеяния врача” вопреки воле и желанию пациента считаются недопустимыми. Тем самым, в рамках взаимоотношений “врач — пациент” последний наделяется определенными правами. С другой стороны, коллегиальная модель является привлекательной лишь с моральной точки зрения,

¹ Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместности // Главный врач. 2006. № 3. С. 5.

² Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25–34.

³ Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М., 2008. С. 146–149.

⁴ Михальченко Д.В., Михальченко А.В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 2. С. 43.

поскольку в современном обществе в силу целого ряда причин, прежде всего, в силу утраты доверия к самим институтам медицины и здравоохранения, невозможно выстроить доверительные отношения в социальной системе “врач — пациент”.

В известной степени близкой к коллегиальной модели, но не совсем идентичной ей, является так называемая информационная модель, основанная на концепции автономии пациента, получившей обоснование в трудах таких ученых, как Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль, а также Р. Витч. Эта концепция заключается в том, что больной имеет возможность выбора метода лечения на основе детального рассмотрения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального решения по лечению⁵.

В соответствии с информационной моделью от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся его заболевания. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, и, по сути, действует как коллега лечащего врача, что, в свою очередь, обуславливает сходство данной модели с коллегиальной. Однако в рамках данной модели основополагающим моментом является наличие информированного согласия пациента — специального документа, в котором больной выражает согласие на медицинское вмешательство, определенное врачом.

Следует отметить, что с 1993 г. в нашей стране подписание информированного добровольного согласия является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства⁶.

Сегодня информированное добровольное согласие пациента — это единственное правовое основание для оказания медицинской помощи пациенту, без его получения медицинское вмешательство недопустимо по закону. С учетом такого важного фактора, влияющего на сознание пациента, можно однозначно констатировать, что автономия воли пациента существует лишь номинально и что пациент, если и подписывает согласие, то не всегда по своему волеизъявлению.

Однако как показала практика, информационная модель существенным образом влияет на переход традиционно солидарных

⁵ Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship // JAMA. 1992. Vol. 276. N 16. P. 2221–2226.

⁶ Михальченко Д.В., Михальченко А.В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 2. С. 43.

социальных отношений в системе “врач — пациент” в конфликтные. Причина этого заключается в том, что норма о закреплении обязательной письменной формы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство — это слишком широкая норма, которая служит поводом для злоупотреблений со стороны врачебного сообщества и признаком отсутствия цивилизованного и уважительного отношения к пациенту. В то же время, в современных российских реалиях невозможно отказаться от информационной модели взаимоотношений “врач — пациент”, так как отказ от информированного согласия лишает врача правовой защиты от профессиональных рисков, которая особенно необходима в новых социально-экономических и правовых условиях, а пациента — достоверной информации о состоянии его здоровья.

В качестве своеобразного развития информационной модели можно рассматривать контрактную модель, выделенную в свое время Р. Витчем и получившую широкое практическое применение в последнее время. Основой данной модели является гражданско-правовой договор на оказание медицинских услуг, формирование гражданско-правовых отношений между исполнителем и потребителем медицинских услуг.

Следует отметить, что сегодня в России модель контрактного типа распространяется не только на медицину, но и на все сферы общественной деятельности (например, образование). Заключение контракта (договора) российский пациент, с одной стороны, демонстрирует свое равноправие в отношениях “врач — пациент”, с другой стороны, сознательно, договором стремится узаконить патерналистские отношения с врачом⁷. По мнению В.В. Николаевой, контрактные взаимоотношения психологически оправданы и для врача, и для пациента. Первому они позволяют сохранять личностную нейтральность⁸, а второму предоставляют право на выбор или смену врача и медицинской организации.

Однако реализация этой модели на практике подтверждает утверждения исследователей о том, что «отношения между врачом и пациентом в начале XXI в. наиболее точно характеризуются метафорой: “пациенты становятся клиентами, а врачи — поставщиками

⁷ Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.2018).

⁸ Николаева В.В., Первичко Е.И., Загорец Т.П. Особенности отношений в диаде “врач — пациент” при соматоформных расстройствах. URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html (дата обращения: 15.01.2018).

медицинских услуг»⁹. На этих отношениях врачей и пациентов как поставщиков и потребителей медицинских услуг, коренным образом отличных от партнерских, как раз и базируется контрактная модель. Но, к сожалению, в настоящее время соотношение содержаний понятий “медицинская помощь” и “медицинская услуга” и их отличие от прочих видов услуг еще недостаточно исследовано¹⁰. Таким образом, контрактная модель, по сути, представляет отступление от ориентированных на пациента отношений в сфере здравоохранения и содержит риски развития социального конфликта при оказании медицинской услуги.

В целом внедрение в медицинскую практику новых, в известной степени коммерциализированных моделей социальных отношений, ведет к трансформации самой медицины, серьезно меняет ценностные ориентиры, социальные роли и статусы людей, так или иначе связанных с ней. Результатом становится разрушение многовековой социальной солидарности медицины и общества, а социальные отношения в системе “врач — пациент”, традиционно основанные на доверии, приобретают выраженный характер конфликтного противостояния, которое требует углубленного научного анализа.

При анализе сущности конфликта в социальной системе “врач — пациент” целесообразно опираться на общие положения о природе, структуре и динамике социальных конфликтов, разработанных в классической и современной социологии.

Следует особо подчеркнуть, что конфликты, которые разворачиваются в социальной системе “врач — пациент”, — это именно социальные конфликты, поскольку взаимодействием в данной системе охвачены как все представители врачебного сообщества, так и практически все члены общества, каждый из которых так или иначе становится пациентом. Данные конфликты имеют общие характеристики и элементы, свойственные всем социальным конфликтам в целом. Однако их также отличают специфические черты, которые обусловлены всеми теми сложными и неоднозначными факторами, которые определяют особый характер взаимодействия общества с социальными институтами медицины и здравоохранения.

На наш взгляд, наиболее релевантными для социологического анализа конфликтных противостояний в социальной системе “врач — пациент” являются:

⁹ *Heritage J., Maynard D.W.* After 30 years, problems and prospects in the study of doctor-patient interaction // *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing* / Ed. by B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. Ch. 17. N. Y., 2011. P. 323–343.

¹⁰ *Сырейщикова И.А.* Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи // *Юрист.* 2008. № 11. С. 51–53.

1) присутствие противоборствующих субъектов в такой сфере общественной жизнедеятельности, как охрана здоровья людей;

2) восприятие субъектами своих интересов в области сохранности здоровья как жизненно важных;

3) обращение к различным специализированным структурам для защиты своих прав и интересов.

Основой социальных конфликтов между врачами и пациентами, как и любых социальных конфликтов, служит социальное взаимодействие. Однако это взаимодействие особого рода, поскольку в данном случае изначально социальные отношения возникают по поводу здоровья пациента, которое обладает чрезвычайно высокой как индивидуальной, так и социальной ценностью.

Данные конфликты вполне могут быть как реалистическими, так и нереалистическими. Реалистические конфликты в рассматриваемой системе возникают, когда запросы больных людей не удовлетворяются, а их надежды на выздоровление не реализуются. Но при этом они далеко не всегда направлены на конкретный фрустрирующий объект в лице врача, а могут быть гораздо шире, когда пациент отстаивает свое право на здоровье в рамках более общих социальных прав и пытается добиться абстрактной социальной справедливости.

Нереалистические конфликты в социальной системе “врач — пациент”, которые часто связаны с необходимостью снятия напряжения или просто “выпуска пара” у одной из взаимодействующих сторон, хотя и вызываются целым рядом как объективных факторов, больше обусловлены другими, субъективными, обстоятельствами.

Социальные конфликты между врачами и пациентами чреваты серьезными социальными последствиями и, безусловно, могут выполнять дестабилизирующие функции. Но они также могут иметь и конструктивное значение, поскольку ставят достаточно острые социальные вопросы, решение которых требует принятия неотложных мер экономического, правового или морально-этического характера.

Эти конфликты имеют как объективные основы (факторы), так и субъективные причины. Объективные факторы носят внешний по отношению к непосредственной реализации профессиональной врачебной деятельности характер. К ним относятся несовершенство существующей нормативной базы в области здравоохранения, дисбаланс в иерархии управления медицинскими учреждениями, низкое качество медицинского образования у будущих медицинских работников, расширение спектра платных медицинских услуг.

Субъективные факторы конфликта в социальной системе “врач — пациент” непосредственно связаны со спецификой про-

фессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. В их числе: эмоциональное выгорание и профессиональная деформация личности врача, низкая мотивация труда врача, его незаинтересованность в излечении больного, приводящая к врачебным ошибкам, имеющим порой фатальное значение для пациента.

Социальные конфликты в системе “врач — пациент” проходят далеко не все те стадии, которые характерны для обычного хода конфликтного взаимодействия, поскольку часто обусловлены конкретной ситуацией, обычно поддающейся различного рода регулированию, прежде всего, с помощью мер системного характера.

При этом нельзя говорить об изначальном наличии противоположных интересов у субъектов данного типа конфликта, поскольку врач и больной солидарно вступают в осознанное социальное взаимодействие по поводу сбережения здоровья одного из них — пациента. Необходимо подчеркнуть, что инициирование и осуществление конфликтных действий в рамках обозначенного взаимодействия далеко не всегда имеют место. Конфликт случается, когда интересы взаимодействующих сторон или переводятся в другое, отличное от непосредственного сбережения здоровья русло, или возникают специфические обстоятельства социального, экономического, юридического, психологического толка.

Для исследования структуры и динамики конфликтных отношений в социальной системе “врач — пациент”, на наш взгляд, вполне применимы структурно-функциональный и динамический подходы к анализу социальных конфликтов, принятые в социологии в целом.

В рамках первого подхода ключевой единицей анализа служит конфликтное взаимодействие — это совокупность способов и приемов противоборства участников конфликта, их конкретные действия, направленные на усугубление или разрешение конфликтной ситуации, в ходе которых они испытывают негативные эмоции по отношению друг к другу. При этом практически все исследователи утверждают, что предпосылкой, а затем — основой конфликтного взаимодействия выступает наличие единого неделимого объекта. Однако в случае социального конфликта в системе “врач — пациент” здоровье вряд ли можно считать “единым и неделимым объектом”. Здоровье для субъектов данного конфликта действительно представляет важную духовную ценность, однако гораздо чаще конфликт возникает по поводу прав и обязанностей, а также распределения власти у взаимодействующих сторон.

Следует отметить, что пациент сам выбирает, куда ему обратиться за защитой своих нарушенных прав в досудебном порядке. Он может обратиться к администрации медицинской организации, чаще

всего используется такой досудебный способ решения конфликтных ситуаций, и пациенту удобнее всего обратиться в саму организацию для восстановления справедливости. Но если справедливость не восстановлена, то в этом случае пациент может обратиться к Государственному уполномоченному по правам пациентов. Чаще всего пациенты обращаются в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Минздрав, страховые медицинские организации ФФОМС и в Общественную организацию “Лига пациентов”.

Если говорить о субъектах социального конфликта в системе “врач — пациент”, то ими могут выступать как врачи, так и пациенты. С одной стороны, грубое, халатное поведение врача, нарушение им норм этики и деонтологии, безусловно, являются одной из важнейших причин создания конфликтной ситуации, которая, как правило, перерастает в конфликт. С другой стороны, ученые выделили типы пациентов — неврастенический, астенический и паранойяльный, которые изначально имеют склонность к провоцированию конфликта. Например, Н.В. Середина и Д.А. Шкуренок считают, что “неврастенический и астенический тип реагирования пациента является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Существует тип конфликтного пациента паранойяльный, когда у пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Подозрительность к лекарственным процедурам, стремление приписывать лечению возможные осложнения, обвинять в халатности и даже злом умысле врачей и весь обслуживающий медицинский персонал”¹¹.

Определенный интерес представляет описание социального портрета субъектов конфликтных ситуаций по результатам формализованных интервью и анализа документов.

Так, по результатам опроса пациентов города Волгограда, проведенного М.Е. Волчанским, установлено, что “в 78,4% случаев субъектом конфликтных ситуаций является женщина 50–60-летнего возраста (75,6% респондентов) со средним специальным образованием (85,0%), находящаяся в разводе или являющаяся вдовой (53,5%), имеющая двух взрослых детей (42,5%), с доходом на члена семьи на уровне реального, а не номинального прожиточного минимума (92,9%), проживающая в отдельном доме (89,8%), не имеющая отдельной комнаты для личных целей (68,5)”¹².

¹¹ Середина Н.В., Шкуренок Д.А. Основы медицинской психологии. Ростов н/Д., 2003. С. 347.

¹² Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дисс. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2008. С. 98–99.

“Если носителем конфликта становился пациент-мужчина (21,6% случаев), то ему было 60 лет (80%). Он являлся не работающим пенсионером (100% респондентов), преимущественно со средним специальным образованием (54,3%), состоящим в зарегистрированном браке (88,6%), имеющим двух взрослых детей (60%), с доходом на члена семьи менее 2000 рублей (57,1%), живущем в многоквартирном доме (94,3%), не имеющим отдельной комнаты в квартире (88,6%)”¹³. По мнению М.Е. Волчанского, “показателен также тот факт, что в 82,9% случаев эти лица оценивали свое самочувствие на момент конфликта как неудовлетворительное”¹⁴.

Опрос этим ученым сотрудников лечебно-профилактических учреждений города Волгограда при изучении социального портрета противоположной стороны конфликта — медицинских работников позволил установить следующее. “Это, как правило, женщина (91,1% опрошенных), в возрасте 40–55 лет (80,4%), живущая в зарегистрированном браке (71,6%), имеющая одного (34,4%) или двух детей (29,4%). В 92,6% это врач, имеющий первую (39,3%) или высшую квалификационную категорию (44,8%) со стажем работы от 10 до 20 лет (77,3%). Одинаково часто участниками конфликта становились представители терапевтических (47,9%) и хирургических (52,1%) специальностей”¹⁵.

Исследование также показало, что обычно «эти субъекты не отказываются от своего участия в эскалации конфликта “врач — пациент”, однако его инициатором считают противоположную сторону. Так, 96,3% пациентов считали конфликтогенами врачей, а 89,9% врачей считали конфликтогенами пациентов»¹⁶.

В рамках анализа конфликтных взаимодействий ученые также выделяют, кроме субъектов, участников конфликта, которым может оказаться лицо или группа лиц, не имеющие в нем собственного интереса и вовлеченные в конфликт помимо своей воли быть вовлеченными в конфликт (“жертвы”). В социальном конфликте “врач — пациент” такими участниками часто выступают родственники пациента, а также недобросовестные юристы и адвокаты, различные организации по защите прав пациента, стремящиеся извлечь выгоду из конфликтной ситуации.

Главной причиной конфликтной напряженности, а затем и возникновения социального конфликта врача и пациента является

¹³ Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дисс. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2008. С. 99.

¹⁴ Там же.

¹⁵ Там же. С. 99–100.

¹⁶ Там же. С. 100.

усиливающаяся неудовлетворенность членов общества качеством оказания медицинской помощи.

Как показали результаты социологического исследования (конец 2018 — начало 2019 гг.), проведенного лично автором, меньше половины (40,8%) пациентов в значительной степени удовлетворены процессом лечения в целом. Примерно столько же пациентов (42,8%) процессом лечения удовлетворены в не очень значительной степени, а 14,6% пациентов удовлетворены в слабой степени. Лишь у 1,8% пациентов совсем отсутствует удовлетворенность процессом лечения в целом. Данное исследование подтверждает тот факт, что все же имеет место снижение качества оказываемых медицинских услуг населению, что препятствует эффективному выполнению государством приоритетной функции по обеспечению здоровья граждан¹⁷.

Развитие гражданского общества и рост юридической грамотности населения привели к нарастающей активности пациентов в сфере защиты своих прав. Сообщество больных людей спланируется определенным и одинаковым пониманием значимости сохранения своего здоровья, а в отдельных случаях и жизни, поскольку именно “здоровье занимает самую верхнюю ступеньку на иерархической лестнице ценностей и в системе категорий человеческого бытия — среди интересов, идеалов, гармонии, смысла и счастья жизни, творческого труда, программы и ритма жизнедеятельности”¹⁸.

Эти ценности не могут быть сравнимы с имущественными интересами, которые не представляют никакой ценности для члена общества при утрате им жизни или значительном повреждении здоровья. “Сознательно и добровольно вверяя медицинским работникам самое дорогое, что дается Богом и природой, — свое здоровье и жизнь, больной вправе рассчитывать на надлежащие оказание помощи”¹⁹, которую он часто не получает.

Нарушение самого процесса социального взаимодействия, кризис моральных (нравственных) ценностей и девальвация эти-

¹⁷ Исследование проводилось в конце 2018 — начале 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации методом анкетного опроса. В анкетировании приняли участие 1368 врачей, 155 ординаторов и аспирантов из федеральных и областных медицинских учреждений Москвы, Белгорода и Белгородской области, Пензы, Махачкалы, Кирова, Воронежа, Волгограда, Перми, Кемерово, Томска, Санкт-Петербурга; также были опрошены 1500 пациентов из всех субъектов Российской Федерации.

¹⁸ Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001. С. 28.

¹⁹ Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., 2007. С. 8.

ческих стандартов поведения людей служат серьезной причиной конфликтной напряженности, в том числе, и в социальной системе “врач — пациент”.

Дело в том, что в условиях ломки устоявшихся ценностных приоритетов врачебное сообщество демонстрирует не только снижение уровня профессионализма, но и более равнодушное отношение к больным людям, не желает поддерживать контакт, тратить свое время на общение с пациентами. Одним из пусковых механизмов служит дефицит рабочего времени — это сокращенное время на прием пациента и увеличенный объем бюрократии по заполнению медицинской документации.

Так, анализ проведенного автором социологического исследования (конец 2018 — начало 2019 гг.) показал, что абсолютное большинство врачей (56,4%) согласны или скорее согласны, чем не согласны с тем, что врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечение, не тратя время на лишние разговоры. В то время как абсолютное большинство ординаторов (67,8%) и пациентов (58,7%) считают иначе: они не согласны или скорее не согласны, чем согласны с тем, что врачу требуется лишь определить состояние пациента и назначить ему лечение, не тратя время на лишние разговоры. При этом абсолютное большинство пациентов (82,6%) не согласны или скорее не согласны, чем согласны с тем, что нет смысла для врача что-то объяснять пациенту по поводу лечения, так как у него нет необходимых для понимания знаний²⁰. Тем самым профессиональная этика врача теряет свое гуманистическое начало, которое должно служить обязательным ориентиром, формирующим общую духовную жизнь медицинских работников.

Безусловно, на нравственное самосознание врача большое влияние оказывают ценности профессиональной этики, которую можно определить как “традиционную систему обязательств и установок, которую принимает медицинское сообщество”²¹.

Сегодня несоблюдение работниками современного здравоохранения медицинской этики и норм деонтологии вызывает большую тревогу не только у всего общества, но и у Минздрава, Росздравнадзора, так как шквал жалоб на медицинских работников в связи с нарушением ими норм медицинской этики и деонтологии стал обрушиваться именно в их адрес. В большинстве жалоб недовольных

²⁰ Исследование, как уже говорилось, проводилось автором в конце 2018 — начале 2019 гг. в нескольких федеральных и областных медицинских учреждениях на территории Российской Федерации.

²¹ Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М., 2008. С. 183.

пациентов указываются требования необходимости устранения сложившейся ситуации, принятия незамедлительных мер²². При этом характерной особенностью социальных конфликтов в системе “врач — пациент” является то, что достаточно часто конфликтное противостояние переносится в нормативно-юридическую плоскость, когда пациенты или их родственники напрямую обращаются в следственные органы или судебные инстанции.

Важность познания причин социальных конфликтов подчеркивают многие современные ученые. Так, в частности, выделяют макро-, мезо- и микропричины, они же — факторы возникновения конфликтов или их движущие силы.

В отношении макропричин социального конфликта в системе “врач — пациент” можно утверждать, что одной из них, безусловно, выступает глобализация, предопределяющая общий характер развития мирового сообщества, властно вторгающаяся в судьбы живущих в нем людей. Новые, глобальные социальные отношения приводят к трансформации и, в известной степени, унификации национальных социальных институтов медицины и здравоохранения, которая не всегда происходит в интересах их субъектов, как врачей, так и пациентов.

Среди мезопричин необходимо назвать радикальные рыночные реформы в России, приведшие к слому сложившейся системы медицинской помощи ее населению, не всегда дальновидную политику государства в сфере здравоохранения, серьезную реорганизацию его правовой основы.

Микропричиной конфликта в социальной системе “врач — пациент” может выступать как конкретная ситуация, в которую попал отдельный больной человек, так и характер поведения врача по отношению к нему, на которое влияют всевозможные субъективные обстоятельства.

Однако самой существенной причиной конфликтного противостояния представляется новая социальная структура российского общества, с ее достаточно жесткой дифференциацией на богатых и бедных людей, вопиюще неравных с точки зрения доступа к платным социальным благам, одним из которых стало здравоохранение. Новая социальная стратификация повлекла за собой особую форму социальной эксклюзии, когда значительная часть отечественного социума, в том числе и врачи, оказавшись за чертой бедности, в силу этого потеряв свой некогда очень высокий социальный статус,

²² Минздрав озабочен числом жалоб на нарушение этики медработниками. URL: <http://ria.ru/society/20121005/766927624.html#ixzz2Y3magg5s5> (дата обращения: 10.05.2019).

были вынуждены выживать, используя отнюдь не добросовестные рыночные механизмы.

Дефицит ресурсов, неравномерное распределение властных полномочий и неравенство статусных позиций, имеющих место и в современном российском обществе, признаются постоянным источником социальных конфликтов. К этому добавляется неоднородность материальных запросов, разноплановость политических предпочтений и ценностных ориентаций различных социальных и социально-профессиональных групп.

Все эти факторы вносят свой вклад в причины и сущность социальных конфликтов в социальной системе “врач — пациент”, порождая несовместимые интересы и ценности, разрывая чувства солидарности и вызывая ощущение отчужденности, с сопутствующими ему отношениями и эмоциями. При этом во многом провоцирует конфликт в социальной системе “врач — пациент” деструктивная деятельность СМИ, провоцирующая и “разогревающая” конфликтное противостояние.

Действительно, любая информация, которая поступает из СМИ, оставляет свой след в сознании, а также в подсознании человека. Положительная информация снимает напряженность в обществе, создает более благоприятные условия для овладения широким кругом информации, влияет на развитие общества, посредством выявления возможного потенциала самого общества. Современному обществу необходимо освещать различные актуальные общественные вопросы, наличие в государстве свободных от цензуры СМИ является признаком демократии. Но в данном случае речь идет о лживой и недостоверной информации, которая наносит вред обществу и каждому индивиду в отдельности. Кроме того, необходимо учитывать природу воздействия средств массовой информации непосредственно на конкретные социальные группы в различных сферах социальной жизни, особенно, на аудиторию больных людей.

Например, категория больных людей более восприимчива именно к негативным моментам, которые производят на болеющего человека сильное впечатление, обостряют у него чувство безнадежности и способствуют развитию стресса или депрессивного состояния. Тем самым усложняется тесная неразделимая социальная взаимосвязь между пациентом и врачом, которая является неотъемлемой частью, определяющей процесс их социального взаимодействия. Кроме того, ввиду подачи негативной информации в сознании населения создается негативный образ врача, понижается его социальный статус, формируется недоверие к медицине, про-

воцирующее факты массового уклонения от профессиональной медицинской помощи²³.

Использование негативной информации в таких заголовках СМИ, как “Врачи-убийцы”, “Мой ребенок находится в заложниках у врачей”, является явным перекосом, который подвергает психоэмоциональному стрессу миллионы людей. Убедительно доказывают отрицательное влияние на сознание негативной информации в СМИ как на врача, так и пациента показатели социального мониторинга, проведенного (в 2013–2017 гг.) лично автором²⁴.

Так, при ответе на вопрос “Каким образом, по Вашему мнению, СМИ (включая интернет и популярные телепередачи), разбирая неудачные случаи лечения, влияют на врачей и пациентов?” согласилось с тем, что СМИ “негативно влияют и на врача, и на пациента” подавляющее большинство опрошенных (86,2%). На то, что СМИ, в первую очередь, негативно воздействуют на врача таким образом, что у него “утрачивается чувство удовлетворенности профессией” указало больше половины респондентов (54,8%). Примерно треть врачей (31,4%) считают, что СМИ негативно влияют на пациента, так, что у него “теряется вера во врача”.

Только 13,8% считают, что “ни на пациента, ни на врача СМИ не оказывают влияния”. При этом самый большой процент лиц (55%), которые полагают, что СМИ не оказывает никакого влияния, из возрастной группы респондентов от 30 до 39 лет. Это объясняется тем, что данное поколение росло в эпоху ускоренной глобализации и информатизации, изменений телевизионного пространства, не обремененных задачами защиты общественных интересов и удовлетворения высоких духовных запросов зрителя. Соответственно их мнения и суждения отличаются от мнений и суждений других возрастных групп в “либеральную сторону”.

Анализ результатов ответов пациентов на вопрос “Каким образом, по Вашему мнению, СМИ (включая интернет и популярные телепередачи), разбирая неудачные случаи лечения, влияют на врачей и пациентов?” показал, что, по мнению абсолютного большинства из

²³ См. подробнее: *Семина Т.В.* Социология труда врача в эпоху глобализации. М., 2015.

²⁴ Исследование проводилось с 2013 по 2017 гг. в Федеральном государственном бюджетном учреждении “Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева” Министерства здравоохранения Российской Федерации. В мониторинге приняли участие 1793 медицинских работника, в том числе 298 врачей-специалистов, 425 врачей-ученых, 185 врачей-ординаторов, 113 врачей-аспирантов, 772 медицинских работника среднего звена, а также 9220 пациентов, в том числе 3150 пациентов стационарного лечения, 5150 пациентов поликлинических услуг, 920 опекунов несовершеннолетних пациентов.

них, средства массовой информации (телевидение, интернет, газеты и журналы) отрицательно влияют на взаимоотношения врача и пациента. На то, что они “инициируют конфликты между пациентом и врачом” — указало 29,2% пациентов стационара и 22,6% законных представителей несовершеннолетних пациентов. 20,6% пациентов, воспользовавшихся поликлиническими услугами, также считают, что взаимоотношения пациента и врача из-за негативных передач, транслируемых СМИ, существенно ухудшаются.

В то же время 58,4% пациентов, воспользовавшихся поликлиническими услугами, утверждают, что они “стали грамотнее, и могут указать врачу на ошибку” именно благодаря СМИ. 35% пациентов стационара полагают, что за счет СМИ повысилась их правовая грамотность. Следует отметить, что с данными утверждениями согласно только 8,7% законных представителей несовершеннолетних пациентов. При этом более двух третей респондентов из данной группы утверждают, что СМИ понижают статус врача в обществе. Подобным образом считают 35,8% пациентов стационара и 21% пациентов, воспользовавшихся услугами поликлиники.

Таким образом, результаты специального социологического мониторинга подтвердили тот факт, что особо негативное влияние СМИ оказывают именно на больных людей, и, прежде всего на тех, которые просмотрели передачу о врачебной ошибке. Дело в том, что мировоззрение больного человека отличается от такового у здорового, поскольку в структуре его сознания непроизвольно культивируется страх смерти, а инстинкт самосохранения утрачивается. Также пагубно на сознание родителей воздействуют передачи, в которых разбираются случаи смерти маленьких детей.

Результаты социологического исследования (конец 2018 — начало 2019 гг.), проведенного автором также показали, что абсолютное большинство врачей (68,8%) и пациентов (82,2%) считают, что из-за СМИ, интернета, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, очень сильно увеличивается количество больных людей, занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков.

Данные еще одного социологического опроса, проведенного на тему доверия пациентов медицинской информации, транслируемой через СМИ, показали, что число людей, доверяющих информации о медицине и врачах отличается незначительно: доверяющих — 49%, а не доверяющих — 39%²⁵.

²⁵ Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: автореф. дисс. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2009. С. 6.

Очевидно, что в отношениях медицины и общества СМИ часто играют антисоциальную роль, транслируя скандальные телепередачи, в которых на суд зрителей выносятся неудачные случаи лечения пациентов с позиции отдельных недобросовестных журналистов, адвокатов, конкурентов, коммерчески заинтересованных лиц, которые не имеют ничего общего с медициной. Популярны телепередачи в СМИ, в которых знаменитые ведущие совместно с аудиторией, выражая возмущение непрофессиональными действиями или бездействиями врачей с помощью непроверенной информации, на самом деле порочат честь и достоинство целой клиники, существенно снижают социальный статус врача в общественном сознании.

Так, результаты социологического мониторинга (в 2013 г.) показали, что все опрошенные врачи (100%) утвердительно ответили на вопрос “Воздействуют ли современные СМИ на мировоззрение врача?” Из них большинство (64,5%) считает, что СМИ оказывают огромное негативное влияние на личность врача, пятая часть (19,6%) респондентов утверждает, что СМИ формируют определенные эмоции и поведение врача, а 15,9% убеждены в том, что СМИ способствуют потере у личности ценностных ориентиров, ведущих к недооценке значимости человеческой жизни. Действительно, демонстрационный показ жертв ураганов, смерчей и вооруженных конфликтов трансформирует сознание людей, в том числе и врачей так, что из него постепенно исчезает нравственная компонента. Таким образом, вред от такой деятельности СМИ очевиден: больные люди в последующем, возможно, вообще откажутся от медицинских услуг и станут заниматься самолечением.

В то же время, результаты проведенного социологического исследования (конец 2018 — начало 2019 гг.) свидетельствуют о том, что все же мировоззрение врачей, также как и их профессиональные навыки, являются относительно устойчивыми по отношению к воздействию СМИ.

В частности, абсолютное большинство врачей (51%) и большинство пациентов (44,4%) считают, что из-за СМИ, интернета, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, не очень сильно формируются фобии у врача, способствующие их психологической дестабилизации, следовательно, могущие провоцировать врачебные ошибки.

Кроме того, большинство пациентов (58%) и меньше половины врачей (48,4%) считают, что недостоверное и непроверенное освещение в СМИ медицинских проблем с поиском скандального сюжета не очень сильно вызывает у врачей защитную ответную реакцию. Но

все же при этом примерно каждый пятый пациент (19,6%) и каждый четвертый врач (24,8%) считают данную реакцию очень сильной.

Какие тенденции во взаимоотношениях аудитории больных и СМИ особенно характерны для последнего времени?

Во-первых, характер воздействия СМИ становится все более массированным, но, как правило, односторонним, не опосредованным значимой обратной связью. От этого особенно страдает население пожилого возраста, привыкшее воспринимать информацию не как искаженную, а как реальную, соответствующую действительности, что и определяет их дальнейшее поведение по отношению к собственному здоровью, к медицинской организации или врачу.

Так, результаты проведенного социологического исследования (конец 2018 — начало 2019 гг.) показали, что абсолютное большинство врачей (68,8%) и пациентов (82,2%) считают, что из-за СМИ, интернета, популярных телепередач, разбирающих неудачные случаи лечения и, тем самым, влияющих на общественное мнение, очень сильно увеличивается количество больных людей, занимающихся самолечением, не прибегая к услугам профессиональных медиков.

Во-вторых, в интернете не просто можно найти абсолютно любые сведения о болезнях и их симптомах, размещенные на специализированных сайтах для врачей. На самом деле, этот информационный ресурс просто насыщен агрессивной и вредной информацией, которая сопровождает буквально каждую ссылку и которая, как утверждают врачи-эксперты, не только недостоверна, но и наносит вред больному человеку, поскольку формирует фобии по поводу его здоровья. Более того, человек, не имеющий медицинского образования, поставив себе заведомо ложный диагноз без обращения к врачу и предприняв “рекомендованное лечение”, существенно подрывает свое здоровье.

В-третьих, в деятельности современных СМИ явно присутствуют признаки экономической заинтересованности, а сам процесс распространения информации все больше приобретает прагматичный и корыстный характер. Главным источником дохода для средств массовой информации стала реклама, особенно лекарственных и фармацевтических препаратов. Различные компании рекламируют свою продукцию, а средства массовой информации не только окупают материально-технические затраты, но и получают солидную прибыль.

В настоящее время имеется множество способов агрессивной рекламы лекарственных препаратов в средствах массовой информации (СМИ). В их числе рекламные объявления в прессе (газетах

и журналах), в интернете, по радио, посредством наружной рекламы — с использованием плакатов, раздачей листовок и т.п. Однако на наш взгляд, самыми эффективными по воздействию на аудиторию являются ролики, рекламирующие лекарственные препараты на телевидении. В данной связи автором был проведен детальный анализ рекламы лекарственных препаратов на основе данных двух телеканалов — телеканала Россия 1 и 5-го канала ТВ, посредством анализа информации во время рекламных пауз на каналах. Время проведения исследования было разделено на два временных интервала: 09:00–18:00 и 12:00–20:00.

При исследовании рекламы на телевидении в обозначенные отрезки времени учитывалось, что у экранов находится больше зрителей, и, соответственно, аудитория значительно больше. Анализу подвергались количество рекламных роликов лекарственных и фармацевтических препаратов, распределение их частоты по времени, названия лекарственных препаратов, в отношении которых составлялись подробные описания по применению.

Проведенное исследование показало, что на телеканале Россия 1 реклама лекарственных препаратов осуществлялась очень интенсивно — практически каждые полчаса (24 раза) с 12 до 20 часов. При этом наряду с относительно безобидными препаратами, такими как, например, белый уголь, активно рекламировались препараты, которые имеют серьезные побочные эффекты и требуют специальных врачебных назначений (де-нол, одестон, лиотон и др.). На 5 канале реклама лекарственных препаратов также осуществлялась крайне интенсивно — 81 раз с 9 до 18 часов. Широко рекламируемыми (дорогостоящими) препаратами являлись венотонизирующие, антимикробные, противогрибковые, желудочные препараты.

Нельзя не отметить и потенциальную опасность для жизни и здоровья людей бездумного рекламирования БАДов, позиционирующихся СМИ в качестве лечебного средства от конкретных заболеваний. Так, самим пациентом, без какой-либо профессиональной диагностики, устанавливается диагноз, и назначается самолечение с помощью БАД на основании лишь содержания передаваемой информации. При этом информационные материалы о многих БАД не содержат полных сведений о составе входящих в них ингредиентов, противопоказаниях к назначению и нередко несут заведомо ложное утверждение²⁶, а производители и информаторы обогащаются, но ответственности никакой не несут.

²⁶ Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г. Медико-фармацевтические, информационно-образовательные проблемы биоэтики (окончание) // Экономический вестник фармации. 2005. № 3. URL: <https://www.lawmix.ru/med/2880> (дата обращения: 23.07.2019).

В-четвертых, имеет место явно ангажированная деятельность СМИ, направленная против всего медицинского сообщества. Как правило, СМИ преподносят факты оказания медицинской помощи, при этом чаще всего выносят на суд общественности неудачные результаты сложных случаев лечения. Достаточно часто популярные телепередачи, рассчитанные на самую большую аудиторию, представляют информацию о следственном расследовании, когда еще не установлены факты, не предоставлены доказательства по делу о том, что послужило поводом к его возбуждению. Смерть или инвалидность пациента, смерть ребенка, особенно негативно и мощно воздействуют на аудиторию и вызывают агрессию у граждан, и, что особенно асоциально, отрицательно влияют на больного человека.

Так, по результатам мониторинга анализ ответов врачей на вопрос “Какое влияние оказывают на пациента публицистические псевдонаучные материалы о лечении заболеваний, распространяемые в СМИ?”, показал, что 59% из числа респондентов-врачей различных возрастных категорий считают, что реклама через СМИ или интернет, публицистических и псевдонаучных материалов о лечении заболеваний оказывают отрицательное воздействие на пациентов — они начинают заниматься самолечением и болезнь запускается.

При этом 38,6% врачей полагают, что при таких обстоятельствах “пациент игнорирует назначения врача, считает, что он обладает медицинскими познаниями в полном объеме, и это порождает конфликт интересов”. Конфликт в данном случае обусловлен психологическими доминантами поведения больного человека, его ориентирами и мотивами по сохранению собственного здоровья.

Следует отметить, что расхождение личностных смыслов и мотивов не только является одной из основных причин конфликтов, но и определяет линию поведения в конфликте каждой из сторон. Только 2,4% из числа опрошенных автором различных возрастных категорий считают, что реклама через СМИ, интернет, публицистические и псевдонаучные материалы о лечении заболеваний не оказывают отрицательного воздействия ни на пациента, ни на врача.

Однако конфликты в социальной системе “врач — пациент” не связаны исключительно с деструктивной деятельностью СМИ. В первую очередь, они имеют объективные основы, включающие всю совокупность назревших проблем внутри самой системы здравоохранения, следствием чего является разрушение общественной солидарности, снижение статуса врача и российской медицины в общественном сознании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.2018).

Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 25–34.

Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине: дисс. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2008.

Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: автореф. дисс. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2009.

Минздрав озабочен числом жалоб на нарушение этики медработниками. URL: <http://ria.ru/society/20121005/766927624.html#ixzz2Y3mogg5s5> (дата обращения: 10.05.2019).

Михальченко Д.В., Михальченко А.В. Необходимость дополнительной подготовки врача по вопросам взаимоотношений с пациентом // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2014. № 2. С. 43.

Николаева В.В., Первичко Е.И., Загорец Т.П. Особенности отношений в диаде “врач — пациент” при соматоформных расстройствах. URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html (дата обращения: 15.01.2018).

Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001.

Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г. Медико-фармацевтические, информационно-образовательные проблемы биоэтики (окончание) // Экономический вестник фармации. 2005. № 3. URL: <https://www.lawmix.ru/med/2880> (дата обращения: 23.07.2019).

Семина Т.В. Влияние средств массовой информации (СМИ) на сферу здравоохранения // Казанская наука. 2015. № 7. С. 63–65.

Семина Т.В. Причины социальных конфликтов в современном здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Сердечно-сосудистые заболевания. 2015. Т. 16. № 3. Приложение.

Семина Т.В. Социология труда врача в эпоху глобализации. М., 2015.

Семина Т.В. Социальный конфликт “врач — пациент” в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 1. С. 84–106.

Семина Т.В. Факторы эскалации социального конфликта медицины и населения в условиях трансформации общества // Политика и общество. 2017. № 10. С. 1–9.

Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М., 2007.

Середина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии. Ростов н/Д., 2003.

Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М., 2008.

Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости // Главный врач. 2006. № 3.

Сырейщикова И.А. Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи // Юрист. 2008. № 11.

REFERENCES

Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I., Sergeeva N.V. Obshchenie vracha: osobennosti professional'nogo vzaimodejstviya [Doctor's communication: features of professional interaction] // *Meditsinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashcheniya: 15.04.2018) (in Russian).

Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship // *JAMA.* 1992. Vol. 276. N 16. P. 2221–2226.

Heritage J., Maynard D.W. After 30 years, problems and prospects in the study of doctor-patient interaction // *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing* / Ed. by B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. Ch. 17. N.Y., 2011. P. 323–343.

Kuznecov A.V. Social'nye vzaimootnosheniya vrachej, pacientov i SMI v processe medikalizacii: avtoreferat dissertacii kandidata sociologicheskikh nauk [Social relationships between doctors, patients and the media in the process of medicalization: author. diss. ... Cand. sociol. sciences]. Volgograd, 2009 (in Russian).

Minzdrav ozabochen chislom zhalob na narushenie etiki medrabotnikami [The Ministry of Health is concerned about the number of complaints about violation of ethics by health workers]. URL: <http://ria.ru/society/20121005/766927624.html#ixzz2Y3m5s5> (data obrashcheniya: 10.05.2019) (in Russian).

Mihal'chenko D.V., Mihal'chenko A.V. Neobhodimost' dopolnitel'noj podgotovki vracha po voprosam vzaimootnoshenij s pacientom [The need for additional training of the doctor on the relationship with the patient] // *Volgogradskij nauchno-meditsinskij zhurnal.* 2014. N 2 (in Russian).

Nikolaeva V.V., Pervichko E.I., Zagorec T.P. Osobennosti otnoshenij v diade "vrach-pacient" pri somatoformnyh rasstrojstvakh [Features of the relationship in the "doctor — patient" dyad in somatoform disorders]. URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html (data obrashcheniya: 15.01.2018) (in Russian).

Petrov V.I., Sedova N.N. Problema kachestva zhizni v bioetike [The problem of the quality of life in bioethics]. Volgograd, 2001 (in Russian).

Seleznev E.F., Chajcev V.G. Mediko-farmaceuticheskie, informacionno-obrazovatel'nye problemy bioetiki (okonchanie) [Medical and pharmaceutical, information and educational problems of bioethics (end)] // *Ekonomicheskij vestnik farmacii.* 2005. N 3. URL: <https://www.lawmix.ru/med/2880> (data obrashcheniya: 23.07.2019) (in Russian).

Semina T.V. Vliyanie sredstv massovoj informacii (SMI) na sferu zdravoohraneniya [The influence of the media (mass media) on the health sector] // *Kazanskaya nauka.* 2015. N 7 (in Russian).

Semina T.V. Prichiny social'nyh konfliktov v sovremennom zdravoohranении [Causes of social conflicts in modern health care] // *Byulleten' NCSSKH im. A.N. Bakuleva. Serdechno-sosudistye zabolevaniya.* 2015. T. 16. N 3. Prilozhenie (in Russian).

Semina T.V. Sociologiya truda vracha v epohu globalizacii [Sociology of doctor's work in the era of globalization]. M., 2015 (in Russian).

Semina T.V. Social'nyj konflikt "vrach — pacient" v sovremennom rossijskom obshchestve: ob'ektivnye prichiny i sub'ektivnye faktory [Social conflict "doctor — patient" in modern Russian society: objective reasons and subjective factors] // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya.* 2016. N 1. S. 84–106 (in Russian).

Semina T.V. Faktory eskalacii social'nogo konflikta mediciny i naseleniya v usloviyah transformacii obshchestva [Factors of escalation of social conflict between medicine and the population in the context of society transformation] // *Politika i obshchestvo*. 2017. N 10. S. 1–9 (in Russian).

Sergeev Yu.D., Mohov A.A. Nenadlezhashchie vrachevanie: vozmeshchenie vreda zdorov'yu i zhizni pacienta [Improper treatment: compensation for harm to the patient's health and life]. M., 2007 (in Russian).

Seredina N.V., Shkurenko D.A. Osnovy medicinskoj psihologii [Fundamentals of Medical Psychology]. Rostov n/D., 2003 (in Russian).

Siluyanova I.V. Izbrannye. O prizvanii vracha [The chosen ones. About the calling of a doctor]. M., 2008 (in Russian).

Siluyanova I.V. Paternalizm i informirovannoe soglasie: problema sovместимости [Paternalism and Informed Consent: The Problem of Compatibility] // *Glavnyj vrach*. 2006. N 3 (in Russian).

Syrejshchikova I.A. Osnovaniya vzniknoveniya pravootnoshenij, svyazannyh s okazaniem medicinskoj pomoshchi [Grounds for the emergence of legal relations associated with the provision of medical care] // *Yurist*. 2008. N 11 (in Russian).

Osipova N.G., Semina T.V., Solomatina E.N. Social conflict in the modern Russian society on the example of the “doctor-patient” relations // *Ponte*. 2017. Vol. 73. N 11. P. 295–310.

Vitch R. Modeli moral'noj mediciny v epohu revolyucionnyh izmenenij [Models of moral medicine in the era of revolutionary changes] // *Voprosy filosofii*. 1994. N 3. S. 25–34 (in Russian).

Volchanskij M.E. Sociologiya konflikta v medicine: diss. ... dokt. sociol. Nauk [Sociology of conflict in medicine: diss. ... doct. sociol. sciences]. Volgograd, 2008 (in Russian).