

***О. В. ТРОЦЕНКО***

**МЕДИЧНА СУБКУЛЬТУРА**

***Навчально-методичний посібник***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

***О. В. ТРОЦЕНКО***

# **МЕДИЧНА СУБКУЛЬТУРА**

***Навчально-методичний посібник***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 3 від 20.05.2020.

**ХАРКІВ**  
**ХНМУ**  
**2020**

УДК:316.723:61(075.8)  
Т 170

**Рецензенти:**

- Арзуманова Т. В.* – канд. істор. наук, доцент  
(ХНУ будівництва та архітектури);
- Перепелиця О. М.* – д-р філос. наук, доцент  
(ХНУ ім. В. Н. Каразіна).

**Троценко О. В.**

- Т** Медична субкультура : навчально-методичний посібник для вітчизняних студентів зі спеціальності "Медицина". – Харків : ХНМУ, 2020. – 40 с.

Навчально-методичний посібник складено з урахуванням специфіки викладання гуманітарних дисциплін студентам зі спеціальності "Медицина". Посібник містить методичні вказівки, що роз'яснюють порядок самостійної роботи студента, ключові поняття, творчі завдання і питання для самоперевірки, які мають допомогти студентам у засвоєнні навчального матеріалу та отримати вміння проводити наукові дослідження.

УДК:316.723:61(075.8)

© Харківський національний  
медичний університет, 2020.  
© Троценко О. В., 2020.

## ЗМІСТ

<b>Тема 1.</b> Сутність і особливості медичної субкультури в контексті професійної субкультури . . . . .	4
<b>Тема 2.</b> Структура і функції медичної субкультури . . . . .	12
<b>Тема 3.</b> Медичний фольклор. Медична субкультура в контексті проблематики "антропології міста" . . . . .	19
<b>Тема 4.</b> Медична субкультура в умовах соціальних трансформацій в Україні . . . . .	27
Підготовка презентації творчих робіт . . . . .	39
Вимоги до оформлення тез доповідей на наукових конференціях . . .	41
Рекомендована література . . . . .	42

## **Тема 1. Сутність і особливості медичної субкультури в контексті професійної субкультури**

### **План**

1. Сутність медичної субкультури як підсистеми професійної субкультури.
2. Зміст понять "цінність", "ідеал", "норма", співвіднесення "ідеального" та "реального" в культурі.
3. Специфіка медичної діяльності, її характер, об'єкт і предмет, цілі та завдання.
4. Вплив професії на особистість лікаря.

***Ключові поняття:** субкультура, професійна субкультура, медична спільнота, медична субкультура, професіоналізм, професійна спільнота, аксіологія, корпоративна етика, субординація, клінічне мислення, корпоративність, колегіальність.*

### **Теми творчих робіт**

1. Медична спільнота як соціальна група населення.
2. Співвіднесення термінальних та інструментальних цінностей у діяльності сучасного лікаря.
3. "Клінічне мислення" як культурний феномен.
4. Еволюція медичної символіки.
5. Особливості професійного сленгу працівників медичної сфери.

### **Завдання для самоперевірки студентів**

1. Дайте визначення поняттям "культура", "професійна культура", "субкультура", "цінність", "ідеал".
2. Покажіть різницю понять "професійна культура" і "професійна субкультура".
3. Розкрийте поняття "медична субкультура".
4. Охарактеризуйте структуру ціннісної сфери.
5. Розкрийте співвідношення ідеалу і професійної культури.
6. Назвіть специфічні риси медичної діяльності у контексті загального розвитку культури.
7. Назвіть об'єкт, предмет і мету професійної діяльності лікаря.
8. Розкрийте специфіку "клінічного мислення".
9. Охарактеризуйте специфічні вимоги до особистих якостей лікарів.
10. Розкрийте зміст понять "корпоративність" і "колегіальність".
11. Назвіть різновиди мови професійного спілкування медичних працівників.
12. Дайте характеристику найпоширеніших зразків медичної символіки.

### **Методичні вказівки для самостійної роботи**

У даній темі медична субкультура розглядається як особливий різновид професійних субкультур.

Розглядаючи перше питання, необхідно мати на увазі, що культура, будучи відносно цілісністю, містить складний спектр субкультурних феноменів. Саме через це немає згоди щодо змісту поняття "субкультура". Аналіз різних підходів дозволяє виділити дві позиції стосовно розуміння субкультури.

Перша позиція трактує субкультуру як низовий шар культури й уживається, як правило, для позначення маргінальних, периферійних форм поведінки. Друга позиція розуміє її як спосіб життя людей, що благополучно адаптувалися до соціального життя.

Можна визначити субкультуру як відносно автономну, цілісну підсистему усередині пануючої культури, окремий сегмент, суб'єкти якого відрізняються своєрідним світоглядом, системою цінностей і ціннісних орієнтирів, ідеалів, програм діяльності, традицій, норм, символів, знаків, мови. Відмітними ознаками субкультури є особливі норми відносин між її представниками; "свої" етика, етикет, кодекс поведінки; наявність лідерів і особистісних зразків, гідних наслідування; особлива мова й інші ознаки. Ядро субкультури – особлива система цінностей, які визначають мету діяльності, формують ідеали, зразки та стандарти поведінки.

Субкультури грають у суспільстві специфічну роль, виконуючи одночасно функцію диференціації (розподіл індивідів за важливими для суспільства соціальними позиціями) і дезінтеграції суспільства (тенденція до внутрішньої замкнутості, обмеження культурних цінностей рамками своєї спільності або групи).

У сучасному світі існує велике різноманіття субкультурних утворень, що існують на різних підставах: молодіжні, релігійні, вікові, етнічні, професійні й ін.

У свою чергу, професійна субкультура – це організована система, домінантою якої виступає трудова діяльність, що визначає особливий стиль поведінки та спосіб життя її представників.

Будучи підсистемою домінуючої культури, професійна субкультура, як правило, відповідає її основним характеристикам і, разом з тим, несе на собі відбиток "субкультурності". Джерела формування професійної субкультури та її генезис ідуть своїм корінням в трудову діяльність людей і суспільний поділ праці. Поділ праці за професіями, за родом занять обумовило формування стійких, міцних спільнот людей – професійних груп, поєднаних рядом факторів: певним колом занять, спеціальними знаннями, уміннями, навичками, трудовим досвідом, ціннісними орієнтаціями, операційним мисленням, моральними, правовими, естетичними канонами. Сукупність і специфічність цих факторів і складають професійну субкультуру. Ігрове начало, що характеризує культуру взагалі (Й. Хейзинга, Е. Фінк, М. Бахтін), також виконує важливу функцію в становленні професійної субкультури (професійні свята, конкурси, змагання та ін.).

Професійна субкультура визначається як особлива культурна підсистема усередині домінуючої культури суспільства, що концентрується з метою організації й підтримки певного виду професійної діяльності, і яка має власну систему світогляду, ідеалів, цінностей, зразків, норм, традицій, звичаїв, символів, форм поведіння, ритуалів, міфологем, що регулюють і направляють її. Будучи видом субкультури, професійна субкультура, природно, має багато спільного з базовим поняттям "субкультура". Критеріями відмінності субкультур є основні цінності й мета; роль у суспільстві й вплив на особистість; статус, ставлення суспільства до даних субкультур; строки існування; зв'язок із традиціями; ступінь організації. Ознаками професійної субкультури є відносно тривале виконання певних функцій; наявність спеціальних знань, що здобуваються в процесі навчання й у ході роботи; одержання плати за працю; формування професійних груп, що здійснюється на основі близьких інтересів; наявність суспільного статусу, способу життя людини, його поведінки як на роботі, так і поза нею. Сутнісними характеристиками професійної субкультури є цінності, ідеали, зразки поведінки, традиції, норми, що склалися, соціокультурний простір, мова, символи, ритуали. Фундаментом професійної субкультури є система цінностей, вироблена професійним співтовариством, що визначає мету і напрямки професійної діяльності, формує зразки, культурні норми та стандарти поведінки.

Сьогодні в науковій літературі немає чіткого визначення понять "професійна субкультура" і "професійна культура". На думку деяких дослідників, зокрема, О. М. Мясоедова вони близькі один до одного, але все-таки різняться за рядом обставин.

1. За структурою. Професійна субкультура містить у собі наступні компоненти: суб'єкти, що виконують професійні обов'язки; об'єкти впливу професійної субкультури; професійну культуру суб'єктів; міжособистісні відносини, що виникають у ході реалізації професії; професійні інститути; умови й вимоги виконання роботи; професійну діяльність і її результати. Ядром професійної субкультури, її системоутворюючим компонентом є професійна культура. Її структура містить у собі такі компоненти, як гносеологічний, організаційно-праксеологічний, комунікативний, інформаційний, нормативно-регулюючий, аксіологічний.

2. За своїм призначенням та функціями. Роль професійної субкультури – за допомогою сумлінного виконання праці приносити користь суспільству, робити життя краще і якісніше. Основна функція професійної культури – методологічна, чітка організація й реалізація професійної діяльності.

3. За способом формування. Формування професійної субкультури – процес складніший, ніж формування професійної культури. Субкультура формується, як правило, стихійно. На неї можна впливати, її можна й потрібно вдосконалювати, але її практично неможливо сформувати цілеспрямовано. Можна припустити, що й професійні субкультури виникають саме

так. Інша справа – формування професійної культури працівника, що, на наш погляд, формується цілеспрямовано, спочатку на теоретичному рівні, а потім стає предметом спеціального "впровадження".

4. За рівнем прояву. Кожний фахівець, який володіє професійною культурою, відноситься до професійної субкультури, однак не кожна людина, що входить у професійну субкультуру, може освоїти професійну культуру й стати професіоналом. У професійній субкультурі виділяються наступні рівні: початковий – новачки, що вимагають навчання й освоєння даної діяльності; середній – люди, що опанували роботу, але ще не готові виконувати складну роботу; вищий – професіонали, що виконують роботу будь-якої складності й володіють професійною культурою. Крім того, можна виділяти також два рівні існування професійної культури: груповий рівень – культура професійного співтовариства, і індивідуальний, що характеризує його представників.

Особливістю професійної субкультури є також високий професіоналізм її представників, що виступає мірою й показником якості професійної діяльності. У процесі становлення професіоналізму виділяють наступні етапи: період професійного самовизначення й вибору професії; професійна підготовка; етап професіоналізації, що включає в себе період професійної адаптації особистості (входження в трудовий колектив, освоєння трудових зобов'язань) і її майстерності (автоматизм виконання професійних обов'язків, передача досвіду через навчання колег і учнів). Найважливішими ознаками професіоналізму і якостями професіонала є наявність знань і здатність опанувувати їх; уміння застосовувати гнучкі, що відповідають ситуації, методи, засоби, прийоми для досягнення необхідного результату; перетворення професії на спосіб життя людини; здатність передати свої знання, досвід і навички учням; раціоналізм, уміння передбачати підсумки своєї праці.

Своєрідність медичного пізнання, спілкування й діяльності, що обумовлює особливості стилю мислення медика й визначальної специфічної вигоди до його знань і цінностей, умінь і навичок, його особистісних якостей і поведінки, дозволяє говорити про феномен медичної субкультури.

Соціальна група, що представляє медичну субкультуру, містить у собі всю численну професійну спільність медичних працівників: лікарів, середній і молодший медичний персонал; учнівську молодь (студенти медичних вузів і коледжів, інтерни); медичних працівників, які займаються науковою діяльністю; лікарів-педагогів; медиків, що підвищують свою кваліфікацію або здобувають нову спеціальність – ординаторів, аспірантів, докторантів.

Медична субкультура являє собою самостійну підсистему культури, в основі якої лежить специфіка лікарської діяльності. До неї входить основний суб'єкт цієї діяльності – лікар з його знаннями, індивідуально-психологічними якостями, цінностями й ідеалами; зразки поведінки; тра-



диції, що склалися; соціальні відносини, соціокультурні норми й стереотипи; медичні символи; спеціальні інститути, що у сукупності утворюють простір медичної субкультури.

Термін "медична субкультура" визначається як система цінностей, ідеалів, норм і зразків поведінки медичних працівників, їхній світогляд, а також символи, традиції, звичаї, що формують у сукупності своєрідний, відмінний спосіб життя, детермінований специфікою професійної медичної діяльності.

У медичній субкультурі сполучаються ознаки домінуючої культури й професійної субкультури, які відіграють роль основи й диктують представникам медичної субкультури усталені цінності, норми, стереотипи. Разом із тим самі цінності та приписи загальної й професійної культури знаходять особливий зміст у специфіці медичної діяльності, наповненої духом гуманізму, що відбивається у безпосередньому спілкуванні з пацієнтами.

З одного боку, медична субкультура являє собою цілісний феномен. З іншого боку, у ній проявляються деякі "відцентрові сили" – особливості медичних спеціальностей і спеціалізацій, які призводять до утворення усередині її своєрідних "міні-субкультур". Розмаїтість спеціальностей (у медицині налічується сьогодні понад 80 спеціальностей) стала особливістю медичної субкультури наприкінці ХХ – на початку ХХІ ст. Разом із тим субкультурні локальні групи в медичному середовищі не розповсюджені (так, як, наприклад, у молодіжному середовищі) в зв'язку з переважанням професійних цінностей медичної культури, що здійснює основний вплив на сферу медичної субкультури.

Розгляд другого питання теми присвячено аналізу поняття "цінність". Будь-яка професійна субкультура розвивається на основі стереотипів, моделей поведінки – міцно засвоєних ідеалів, цінностей, зразків поведінки, норм, що стали типовими, характерними для певних соціальних суб'єктів. Саме тому ключову роль у різноманітних моделях культури й програмах діяльності грає поняття "цінність".

Існують різні підходи до визначення даного поняття, його видів і форм, співвідношення понять "цінність" і "ціль", "цінність" і "ідеал", "цінність" і "норма". Можна розглядати цінності як соціокультурні зразки, загальноприйняті ідеальні (бажані) уявлення людей щодо цілей їхньої діяльності, які вказують напрямок бажаного перетворення дійсності.

На думку дослідника медичної субкультури О. М. Мясоедова, структура ціннісної сфери включає два рівні: вищий – термінальні цінності, пов'язані з ідеалами та смисложиттєвими цілями особистості в контексті духовної культури людства (цінність людського життя, свободи вибору, праці, родини, міжособистісних відносин), і нижчий – інструментальні цінності-норми, особистісні якості лікаря, що виступають засобом досягнення успіху в професійній діяльності відповідно до професійного ідеалу. Цінності формуються й існують як у рамках усього суспільства або субкультур (соціальні цінності), так і на рівні особистості (індивідуальні цін-

ності). Система цінностей – це система поглядів окремих культур, або субкультур на ідеальні моделі поведінки. Розгляд взаємозв'язку ідеального й реального у вирішенні методологічних проблем культури дозволяє визначити роль і зміст ідеалу в системі культури.

Більшість сучасних фахівців-аксіологів зміст ідеалу вбачають у спрямованості на майбутнє, що звільнене від негативних властивостей минулого й сьогодення і є найбільш бажаним. Ідеал можна розглядати в якості еталонної, кінцевої, належної ціннісної матриці, на яку суб'єкт професійної субкультури покликаний орієнтуватися і з якою повинен звіряти свої дії, особистісні якості й вчинки. Ідеал визначає перспективу розвитку культури й субкультури. При цьому цінності організують і програмують діяльність людини, проявляючись у конкретному типі ідеальної особистості. На основі цінностей формуються нормативи діяльності, які пропонують, що необхідно робити для впровадження ідеалу в реальність.

Таким чином, професійна субкультура з'являється як ціннісно-нормативна система символів, знань, ідей, цінностей, норм, ідеалів і зразків поведінки, що регулює діяльність індивідів і соціальних груп, які займаються певною професійною діяльністю.

У третьому питанні теми увага акцентується на специфіці медичної діяльності, розглядаються її особливості. Специфіка будь-якої сфери професійної діяльності визначається її характером, об'єктом і предметом, цілями й завданнями.

Об'єктом медичної діяльності виступає людина. Причому, не лише людина як конкретна особистість, а й як людство взагалі, оскільки людина є істотою соціальною.

Предметом медичної діяльності є здоров'я людини, її хвороби, нормальна й патологічна життєдіяльність; при цьому, будучи об'єктом впливу лікаря, хвора людина в той же час є суб'єктом лікувального процесу.

Метою професійної діяльності лікаря є збереження життя й здоров'я людини, запобігання хворобам і полегшення страждань хворих незалежно від їх статі, віку, расової чи національної приналежності, соціального статусу, політичних переконань і віросповідання. Своєрідність професійної діяльності медичного працівника визначається також багатofункціональністю завдань, чимало з яких не мають стандартних рішень і точних відповідей.

Специфіку медичної діяльності визначають також використовувані засоби, у якості одного з них виступає так зване "клінічне мислення" – специфічна розумова діяльність, що забезпечує практичному лікареві найбільш ефективно використання теорії й особистого досвіду для рішення діагностичних і терапевтичних завдань. У зв'язку із цією обов'язковою вимогою до медичної діяльності виступає її відповідність сучасному рівню науки, що передбачає високий рівень професійних знань і навичок лікаря, їхнє постійне вдосконалювання, набуття ним необхідного досвіду, його участь у науково-дослідній роботі.

Особливістю медичної діяльності є чітко виражена духовно-центрична орієнтація. Визначальну роль у професійній діяльності сучасного медика грає високий рівень його моральності, що проявляється в специфічних вимогах до особистісних якостей лікаря. Їх характеризують здатність співчувати пацієнтові; захопленість професією; готовність до самопожертви; високе почуття відповідальності за результати своєї діяльності; ретельність і обов'язковість; сила волі й професійна мужність; наявність інтуїції й ішчучості; почуття власної гідності, незалежність і впевненість у собі, принциповість; толерантність, терпимість до культури, релігії, характеру пацієнта; колегіальність; високий рівень професійної й комунікативної компетентності; працьовитість; розвинена лікарська рефлексія, самокритичність; віра в рятівну місію медицини; оптимізм.

Четверте питання теми розглядає вплив медичної професії на особистість лікаря. Професія лікаря в усі часи займала особливе місце в житті суспільства, а особа лікаря дуже часто мала значний моральний авторитет в очах людей. Лікар мав справу із життям і здоров'ям людей, отже, від нього очікувалися такі найбільш важливі якості: відповідальність, захопленість своєю професією; повага до пацієнта та здатність співчувати йому, професійна компетентність, ретельність, обов'язковість, готовність до самопожертви, професійна мужність і рішучість, професійна спостережливість і інтуїція.

Своєрідність медичної діяльності проявляється яскраво вираженою (порівняно з іншими професіями) корпоративністю, що відображається в колегіальності, досить строгій субординації, "закритості" медичного співтовариства для "непосвячених". Серйозність завдань, які вирішує медицина, вимагає від лікарів особистої ґрунтовної підготовки, допомоги від інших, більш досвідчених фахівців, а також захисту від свавілля влади, бізнесу чи суспільства, від численних шахраїв. Тому корпоративність та колегіальність допомагають лікарській спільноті в подібних ситуаціях.

Медична сфера виробила особливого роду символіку й атрибути. Найпоширенішими специфічними символами медичної субкультури є змія, чаша, смолоскип, хрест і півмісяць та ін. Вони мають дуже давнє походження та відображають еволюцію медицини, починаючи з перших цивілізацій людства.

Медична атрибутика проявляється в наявності в медиків особливий форми одягу (білий халат як символ фізичної й щиросердної чистоти), мови (латина), звичаїв, традицій, стереотипів мислення та поведінки, що підкреслюють винятковість даної професії. Так, характерною рисою медичної субкультури є те, що після закінчення навчання у виші і перед початком своєї діяльності майбутні лікарі дають клятву лікаря ("клятва Гіппократа"). Головні настанови даної клятви не змінюються вже протягом більше ніж двох тисяч років.

Хоча медична спільнота в усі часи відзначалася своєю освіченістю, серед медиків широко поширені міфологеми-забобони про медицину. Особливо це стосується лікарів з практичної, екстреної медицини, які найчастіше опиняються на межі життя і смерті людини.

Медична спільнота має певні особливості своєї мови. Український дослідник Володимир Юкало виділяє такі різновиди мови професійного спілкування медичних працівників – медичної професійної мови: мова медицини (медична наукова мова), медична розмовна мова, мова медичної документації, мова медичної реклами. Крім того, у повсякденному житті та професійній діяльності лікарі широко використовують професійний сленг (жаргон) – некодифікований різновид усно-розмовної мови лікарів, основу якого становлять професійні жаргонізми. Його часто використовують для розваги, щоб розвеселити учасників спілкування, для налагодження контакту з пацієнтом (пацієнткою), для вираження схвалення, зневаги або байдужості до предмета висловлювання (певних захворювань, певних типів пацієнтів тощо), також існує функція приховування інформації від сторонніх.

Отже, медична субкультура являє собою самостійну підсистему культури, в основі якої лежить специфіка лікарської діяльності. Вона має всі атрибути, притаманні будь-якій розвинутій субкультурі, і репрезентує собою численну професійну спільноту медичних працівників.

## **Тема 2: Структура та функції медичної субкультури**

### **План**

1. Структурні компоненти медичної субкультури.
2. Зміст основних функцій медичної субкультури.
3. Специфічні цінності лікарської діяльності.
4. Професіоналізм лікаря та його організаційна культура. Позитивний образ лікаря.

**Ключові поняття:** професійний обов'язок, суб'єкт медичної діяльності, професійна етика, біомедична етика, деонтологія, евтаназія, хоспіс, етичний кодекс лікаря

### **Теми творчих робіт**

1. Аксиологічна і компенсаторна функції медичної субкультури.
2. Організаційна культура лікаря на прикладі відомих діячів української медицини.
3. Професіоналізм лікаря: сучасний погляд на проблему в контексті розвитку новітніх технологій.
4. Імідж лікаря в сучасній Україні: проблеми і перспективні технології побудови.
5. Особливості формування внутрішнього компоненту лікарського іміджу.

### **Завдання для самоперевірки студентів**

1. Назвіть і поясніть компоненти структури медичної субкультури як системи.
2. Охарактеризуйте основні функції медичної субкультури.
3. Вкажіть, на яких рівнях існує і проявляється медична субкультура.
4. Розкрийте значення професійних ціннісних орієнтацій в діяльності лікаря.
5. Визначте найголовніші вимоги до професійності лікаря в сучасну добу.

6. Охарактеризуйте значення іміджу лікаря в умовах сучасних соціально-економічних трансформацій.
7. Розкрийте головні складові внутрішнього і зовнішнього компонентів формування лікарського іміджу.

### **Методичні вказівки для самостійної роботи студентів**

У даній темі розглядається питання про структуру та функції медичної субкультури в контексті професійної діяльності лікаря. Перше питання присвячено вивченню основних структурних компонентів медичної субкультури.

Структура медичної субкультури включає наступні компоненти: пізнавальний, організаційний, комунікативний, інформаційний, інституціональний, нормативно-регулюючий, аксіологічний. Необхідно розглянути їх більш детально.

Пізнавальний, або гносеологічний компонент функціонує на двох рівнях: емоційно-психологічному і раціонально-логічному, що включає систему загальних і спеціальних медичних знань, а також спосіб і стиль оперування ними - культуру клінічного мислення, що базується на особливій логіці лікарського, етичного й біоетичного мислення.

Організаційний (або праксеологічний) компонент доповнює гносеологічний і конститує організаційну культуру лікаря, вмщуючи в собі організаторські навички в медичній сфері, практичний досвід лікарської діяльності – тобто те, що відрізняє лікаря як представника даної субкультури.

Комунікативний компонент забезпечує і регулює культуру спілкування медичних працівників із пацієнтами та в середині самої медичної спільноти.

Інформаційний компонент передбачає наявність і одержання необхідного рівня професійної інформації й можливість обміну інформацією суб'єктів медичної діяльності.

Інституціональний компонент, що включає систему установ і неформальних об'єднань для організації, координування, керування, контролю медичної діяльності, входить до системи медичної субкультури, об'єднуючи професійні відносини.

Нормативно-регулюючий компонент медичної субкультури сприяє впорядкуванню, регуляції поведінки та відносин суб'єктів медичної діяльності на основі професійної етики й права.

Аксіологічний компонент медичної субкультури містить у собі систему загальнолюдських, моральних і професійних цінностей, підлаштованих до специфіки медичної діяльності, особистісних якостей, ідеалів, медичних традицій, звичаїв, символіки; відбиває духовно-ціннісний аспект медичної діяльності.

Наведені вище компоненти визначають роль медичної субкультури в просторі людської діяльності, а також визначають відносини лікаря зі своєю професійною сферою та пацієнтами.

У другому питанні теми аналізуються основні функції і рівні прояву медичної субкультури. Складність структури медичної субкультури пояснюється її поліфункціональністю, оскільки праця лікаря є дотичною до всіх сторін буття людини та всіх вимірів її діяльності. Основними функціями є ідентифікаційна, адаптаційна й інтегруюча, функція соціалізації та інкультурації, смислостверджуюча та орієнтаційна, інституціональна та організаційна, регулятивна, аксіологічна та компенсаторна. Нам необхідно коротко пояснити кожен з них.

Ідентифікаційна функція реалізується завдяки певним ідентифікаційним стратегіям – комплексу механізмів та прийомів, спрямованих на конструювання ідентичності, які реалізуються через соціальні механізми під впливом агентів соціалізації, актуальних об'єктивних факторів, а також індивідуальних пріоритетів та ресурсних можливостей суб'єкта.

Адаптаційна й інтегруюча функції полегшують пристосування до медичної сфери взагалі та медичної установи зокрема. Можливий і протилежний процес – індивідуалізація, коли медична установа здійснює свою діяльність так, щоб максимально використовувати особистий потенціал та можливості індивіда для вирішення власних завдань, створює відчуття ідентичності в її працівників. Це дає змогу кожному суб'єктові внутрішньо організаційного життя сформувати позитивне уявлення про організацію, краще зрозуміти її цілі, відчути себе частиною єдиної системи і визначити ступінь своєї відповідальності перед нею.

Функція соціалізації та інкультурації забезпечує входження в новий культурний простір і опанування професійного досвіду, специфічного для певної професії. Нерідко в якості аналогічного поняття використовується термін "соціалізація", який передбачає, що кожна соціальна спільність має власну систему норм і правил поведінки (особливих структур), прийняту усіма її учасниками.

Смислостверджуюча та орієнтаційна функції виступають своєрідним бар'єром для проникнення небажаних тенденцій та негативних цінностей зовнішнього середовища. Вони формують неповторність професії і особистості лікаря, дають змогу відрізнити її від інших напрямків соціальної діяльності, зовнішнього середовища в цілому. Функція орієнтації спрямовує діяльність медичної спільноти та її учасників у необхідне русло, створює необхідні стимули для ефективної роботи та досягнення мети.

Інформаційно-комунікативна та трансляційна функції виконують передачу культурних цінностей у синхронному та діяхронному вимірах. Їх засвоєння та збагачення неможливі без спілкування людей, а саме спілкування здійснюється за допомогою мови, музики, зображення та ін., які входять до скарбниці культурних цінностей.

Інституціональна і організаційна функції забезпечують офіційне закріплення соціального та юридичного статусу лікарської професії та впорядкування її діяльності. Через надзвичайну важливість результатів діяльності лікаря для життя пацієнтів, його праця пов'язана з численними юридичними аспектами. Крім того, дана професія має свої специфічні риси організаційної роботи, що спонукає до чіткої інституціоналізації.

Регулятивна функція включає правила, які вказують на те, як люди повинні поводитися в процесі роботи. Ці правила визначають звичні способи дій в організації: послідовність здійснення робіт, характер робочих контактів, форми обміну інформацією тощо. Таким чином, в медичному просторі формується однозначність і впорядкованість головних форм діяльності.

Аксіологічна та компенсаторна функції дають можливість виробити ціннісні орієнтації людини, коригувати норми поведінки та ідентифікувати себе у суспільстві. Оцінка досягнень медичної спільноти розглядається в ній як артефакти в їх інформаційно-семіотичному значенні. Крім того, рекреаційний або компенсаторний бік функції регламентує способи зняття напруги, що накопичується в лікарів у процесі повсякденної діяльності, визначає форми відпочинку, розваг і психологічної розрядки.

Медична субкультура проявляється й існує на різних рівнях: індивідуальному – професійні знання, поведінка та культура конкретного лікаря; груповому – культура професійної спільноти медиків, обумовлена як специфікою медичної діяльності, так і рівнем розвитку й очікуваннями соціуму. Крім того, медична субкультура представлена і в масовій свідомості, здійснюючи тісно чи іншою мірою вплив на існування й функціонування медичної сфери.

У третьому питанні теми ми проаналізуємо систему специфічних цінностей і змістів діяльності, які визнаються всередині медичної спільноти та виокремлюють медичну субкультуру із загального масиву професійної культури.

Професійне співтовариство лікарів виробляє обумовлені особливостями медичної діяльності специфічні цінності, що детермінують і регулюють поведінку медичних працівників як у професійній сфері, так і поза нею. У медичній субкультурі виділяються розглянуті нами вище термінальні і інструментальні, а також традиційні (орієнтовані на збереження й відтворення давно сформованих цінностей, норм і якостей у медицині, що виправдали себе) і сучасні цінності (спрямовані на підтримку позитивних інновацій і прогресу в досягненні цілей медичної діяльності).

Специфіка медичної діяльності основну роль відводить загальнолюдським цінностям, що припускають наявність чітко вираженої духовно-ціннісної конструкції, що, у свою чергу, включає кілька блоків.

Перше місце в цьому ряді займають вітально-біологічні цінності життя й здоров'я, а також відношення до смерті, що визначають вибір стратегії й лінії поведінки лікаря в професійній діяльності. У сучасну

культуру все більше входять цінності якості життя та прав людини, що вимагають рішення проблем евтаназії і хоспісного руху.

Другим блоком духовних цінностей у медицині є набір вищих моральних цінностей, таких як добро та благо, страждання та милосердя, обов'язок і совість, честь і гідність, воля та відповідальність, які сьогодні все більше розглядаються медичною практикою як керівництво до дії. Більшість проблем, пов'язаних із особливостями їхнього прояву в медицині, мають "відкритий" характер, вони ставлять і лікаря, і пацієнта перед вибором, визначають поведінку лікаря в медичному середовищі та громадському житті, формують етичний кодекс лікаря.

Третя група цінностей, що виступають об'єктивною вимогою створення оптимальних умов професійно-трудової діяльності лікаря, визнання його гідного статусу в суспільстві, задоволення його потреб у духовно-дозвільній і сімейно-побутовій сферах – це правові цінності.

Четвертий блок духовно-ціннісних орієнтирів медичної субкультури – естетичні цінності, що сприяють формуванню творчої особистості, яка володіє високою культурою, здатної цілісно сприймати навколишній світ, яка поєднує у собі професіоналізм із гуманістичним світоглядом, моральністю, почуттям гармонії, міри, добра та краси.

П'ятий аспект цінностей медичної субкультури – цінності дозвілля, що включають цінність здорового способу життя, норми й ідеали загальної культури, самоосвіту.

В узагальненому вигляді професійні ціннісні орієнтації (морально-етичні, естетичні, компетентнісні), що виступають в якості найважливіших особистісних цінностей і цілей професійної діяльності, знаходять своє вираження в ідеологічних цінностях медичної субкультури. Вони забезпечують створення й обґрунтування позитивного образу лікаря, формують професійний лікарський ідеал, до якого варто прагнути медиківі.

Четверте питання теми присвячено розгляду такого важливого питання, як імідж сучасного лікаря. Наразі, цьому питанню починає приділятися все більше уваги серед медичної спільноти. Правильно побудований професійний імідж характеризується відповідністю характеру, вимогам виконуваної роботи, статусу організації, він не повинен викликати сумнівів у професіоналізмі, моральності співробітника та повинен відповідати очікуванням партнерів та клієнтів.

Як відомо, професія лікаря належить до публічних професій і особистий вплив лікаря на пацієнта є важливим інструментом його професійної діяльності. Професійний імідж лікаря – це образ, який повністю відповідає специфіці професії, це уявлення про фахівця, яке складається у його пацієнтів, колег, керівників, підлеглих. Загальний образ лікаря складається з особистісного та професійного іміджу, що має чіткі вимоги, недотримання яких приводить до непорозуміння та зневажливого ставлення до спеціаліста.



Формування професійного іміджу – це вміння створити позитивний образ, який підкреслить кращі якості фахівця, як особистісні, так і ділові.

Медична субкультура втілюється в професіоналізмі, що відбиває рівень досконалості професійної діяльності лікаря, її якісну характеристику й результати. В основі всього спектра позитивного сприйняття конкретної особи-лікаря розміщується його професійний рівень. Професіоналізм лікаря включає: 1) потребу реалізовувати свої професійні потенції (суб'єктивна сторона); 2) сприяння суспільному прогресу шляхом поліпшення здоров'я людей (об'єктивна сторона); 3) перетворення медичної професії на спосіб життя, життєву потребу; 4) чітке усвідомлення своїх цілей, раціональність, застосування логічних законів, принципів, методів; 5) усвідомлення морального змісту, розуміння цілей і передбачення кінцевого результату своїх дій; 6) здатність і готовність передати свої знання, навички, досвід; 7) знання та дотримання основних принципів, норм і правил біомедичної етики як атрибуту професії лікаря.

Проте, численні спостереження за поведінкою студентів – майбутніх лікарів, проведені в українських медичних навчальних закладах, показали доволі низький рівень володіння правилами етикету, дотримання професійного дрес-коду, культури усного та писемного спілкування, знань світського етикету. Тому на етапі навчання майбутнім лікарям необхідно оволодіти технологією формування та корекції свого професійного іміджу, у тому числі і для успішної конкуренції на ринку праці.

Дуже часто поняття іміджу стосується не лише конкретної людини, але й може розповсюджуватися на певну організацію, професію тощо. Виділяють внутрішній і зовнішній компоненти лікарського іміджу. Формування внутрішнього компоненту іміджу здійснюється протягом усього життя та складається з уявлення людини про себе, з уявлення про те, яке враження вона справляє на оточуючих та з реакції людини на "зворотній зв'язок" з оточуючими. Зовнішній компонент іміджу складається з габітарного іміджу (зовнішній вигляд, фізична конституція), кінетичного (невербальні прояви), ментального (морально-етичні установки, рівень професіоналізму, соціальні стереотипи), комунікативного (вербальний, вміння спілкуватися), середовищного (оточуюча обстановка, робоче місце, професійна та особистісна атрибутика). Формування іміджу – це процедура, спрямована на створення в людей (аудиторії іміджу) певного образу об'єкта (прототипу іміджу, будь то людина, товар або організація) з певною оцінкою цього образу у вигляді усвідомленої або неусвідомленої думки про цей образ (про прототип іміджу) для досягнення психологічного тяжіння аудиторії до даного об'єкта.

Узагальнення наукових публікацій з питань етики, деонтології та іміджу в медицині, особистий досвід лікаря, керівника та викладача дають можливість виділити основні етапи формування професійного іміджу лікаря.

Перший етап стосується визначення та аналізу початкових умов формування іміджу майбутнього спеціаліста. Для представника медичної спільноти добрі манери, доброзичливість, тактовність, володіння навичками ділового та світського етикету, ефективної комунікації є необхідними. Другий етап – це відображення внутрішнього світу особистості в зовнішньому образі з урахуванням професійних вимог шляхом удосконалення всіх складових іміджу майбутнього лікаря. Третій етап – приведення сформованого загального образу людини у відповідність до соціального та професійного середовища з метою гармонізації інтересів системи надання медичної допомоги, співробітників та пацієнтів.

Отже, підготовка сучасних спеціалістів повинна мати комплексний підхід, який включає оволодіння високим рівнем загальної, професійної та іміджевої культури. Успішне виконання цього завдання забезпечується поліфункціональністю впливу, специфічними цінностями, професіоналізмом, які є характерними для медичної субкультури. Завершальним аспектом підготовки майбутніх лікарів є надання сучасної науково обґрунтованої інформації щодо формування та управління професійним іміджем.

### **Тема 3: Медичний фольклор. Медична субкультура в контексті проблематики антропології міста**

#### **План**

1. Особливості досліджень медичної спільноти. Умови формування уявлень про ідентичність лікаря-професіонала.
2. Аналіз жанрів медичного фольклору. Лікарські прикмети.
3. Питання віри та релігії у середовищі медичних працівників. Особливості медичного гумору.
4. Лікар крізь призму стереотипних уявлень суспільства.

**Ключові поняття:** професійна ініціація, професійний фольклор, професійні прикмети і повір'я, лімінальний простір, сміхова поведінка, "чорний" гумор, стереотипні уявлення.

#### **Теми творчих робіт**

1. Особливості професійної ініціації лікарів.
2. Професійні повір'я та прикмети в медичному середовищі.
3. "Чорний" гумор у діяльності лікарів-клініцистів.
4. Містицизм у професійній діяльності лікарів-клініцистів.
5. Відображення стереотипних уявлень про лікарську діяльність у творах мистецтва.

#### **Завдання для самоперевірки студентів**

1. Назвіть концепти, які виражають специфіку професійної діяльності, колективної самоідентифікації та аксіологічних установок групи медичних працівників.

2. Визначить специфіку професійної ініціації лікарів порівняно з іншими професіями.
3. Назвіть відомі вам неофіційні поділи між лікарями всередині професійної групи медичних працівників.
4. Вкажіть основні риси професіоналізму лікаря згідно з уявленнями самих лікарів.
5. Дайте визначення поняття "професійний фольклор" та назвіть його жанри.
6. Визначить структуру лікарських прикмет.
7. Назвіть лікарські спеціальності, які пов'язані з "лімінальним простором" і поясніть їх взаємозв'язок.
8. Поясніть, що розуміють під "сміховою поведінкою" професійних спільнот.
9. Поясніть поняття "чорний" гумор і визначить його роль у професійній діяльності лікарі-клініцистів.
10. Покажіть різницю між сміховою поведінкою за лініями "професіонал-професіонал" і "професіонал-клієнт".
11. Розкрийте зміст поняття "стереотипні уявлення".
12. Назвіть найбільш розповсюджені стереотипні уявлення стосовно професійної діяльності медичних працівників.

### **Методичні вказівки для самостійної роботи студентів**

Дослідження культури професійної групи означає спроби зрозуміти повсякденне знання, що виражене в знакових елементах традиції, у тому числі у фольклорі, та пов'язане з соціальними відносинами і їх культурними кодами в різноманітних проявах, жанрах чи артефактах. Етнографічні методи вивчення професійної субкультури орієнтуються на можливість осягнення певної соціальної реальності, що закладена в рутинних взаємодіях соціальної групи.

Професійна група медпрацівників становить значну самобутню спільність, відносно закриту, що відрізняється від інших професійних груп низкою особливостей, має власну етику, норми поведінки та моралі, уявлення про професіоналізм та особу професіонала, світоглядні уявлення, які знайшли відображення в певних ритуалах, фольклорі та ін. Це дозволяє розглядати її в контексті вивчення міських професійних субкультур і такої проблематики, як антропологія міста.

У вітчизняній історіографії практично відсутні дослідження, що були б присвячені професійній медичній субкультурі. Однією з небагатьох є сучасна українська дослідниця Ю. Буйських, якою було проведено дослідження медичної субкультури на прикладі медичних працівників м. Києва. Одним із підсумків її дослідження було визначення концептів, які виражають специфіку професійної діяльності, колективної самоідентифікації й аксіологічних установок групи медичних працівників. За її даними, в оповідях медиків такими концептами виступають опозиції "життя-смерть", "здоров'я-хвороба", "лікар-пацієнт", а також поняття "професіонал" і "непрофесіонал".

Дослідниця радить розпочати розгляд професійної субкультури медиків з професійної ініціації і, відповідно, з усвідомлення особистістю своєї приналежності до лікарської ідентичності. Адже студенти-медики, мають одну з небагатьох спеціальностей, що на початку навчання дають символічну клятву сумлінно навчатися. Закінчуючи навчання, майбутні лікарі дають символічну клятву лікаря, яка має в своїй основі відому клятву давньогрецького лікаря Гіппократа. Цим самим підкреслюється не лише зв'язок із минулими поколіннями лікарів, але й наднаціональний та позаполітичний характер діяльності лікаря. Медичну допомогу вони зобов'язуються надавати будь-якій людині, незалежно від кольору шкіри, національної чи політичної приналежності. При переході до інших рівнів медичної професії відбуваються інші, відповідні форми ініціації, які відбивають їх специфіку та рівень компетентності.

Дослідження субкультури медиків дозволяє дізнатися про ставлення лікарів один до одного, стереотипи про колег, які формуються всередині групи, та відповідні тексти – оповіді, анекдоти, чутки, плітки, містичні випадки тощо. Як правило, усередині професійної медичної групи стосунки між колегами є рівними і побудованими на взаємоповазі та розумінні складностей професії. Першим рівнем означення різниці таких неформальних стосунків є неофіційний поділ між лікарями, які працюють у поліклініках, консультативних центрах, санаторіях та лікарями, чия професійна діяльність пов'язана з лікарнями та шпиталями – "клініцистами". Наступним рівнем є умовна різниця між лікарями різних вузьких спеціалізацій: офтальмологи, хірурги, педіатри, головні лікарі, молодший медичний персонал тощо.

Будь-яка професія накладає певний відбиток на особистість, її світогляд та цінності. У працівників медичної сфери формується особливе ставлення до життя, людей, навколишнього світу взагалі. Кожен справжній професіонал екстрапалює своє особливе знання на навколишній світ та формує потенційний об'єкт для свого впливу. Ще в студентів-медиків формується особливий "професійний погляд", коли будь-яку людину вони розглядають крізь призму професії – у статусі пацієнта чи за антропологічними ознаками. Досліджуючи простір клініки, М. Фуко писав, що "клінічний погляд має цю парадоксальну властивість слухати мову в той момент, коли він спостерігає видовище". Такий погляд є однією зі знакових рис "професіонала", який, на думку опитаних, має "бачити суть" пацієнтів та не скільки діагностувати захворювання, скільки "розпізнавати його поглядом", "відчути".

На дослідницьку увагу заслуговує ідентичність лікаря-професіонала, яка пов'язана з глибоким відчуттям власної приналежності до професійної групи. Лікарі зазначають, що найголовніше в їхній професії – зберігати не просто медичну ідентичність, а й суто людську – тобто лишатися людиною в будь-яких ситуаціях: "...дуже важливо, щоб з часом лікар не став байдужим..., щоб він не сприймав кожну людину, кожного пацієнта просто як якийсь набір скарг, а сприймав як людину. Тоді професія вдається". Серед

лікарів існує уявлення про певне "чуття", особливе знання, якому не навчають, а яке приходиться з досвідом, з глибинним розумінням своєї професії та її особливостей. В процесі роботи та набутті цього особливого "знання" в професійній групі формуються уявлення про "справжнього професіонала".

За даними Ю. Буйських, основними рисами, що визначають професійність лікаря, його високий статус як професіонала, який володіє особливими знаннями, є: 1) певні функціональні характеристики: "багато читати", "уміти аналізувати", "швидко реагувати на зміни в медицині та вчасно застосовувати їх на практиці" тощо; 2) певні риси характеру та особистості – добросовісність, уважність, ерудованість, контактність, що передбачає "любов до професії", що в свою чергу, означає "любити людей" і "не бути поверховим". "Анти-професіонал", відповідно, "не на своєму місці", бо пішов у медицину не за покликанням і не має професійних знань.

Друге питання теми присвячено знайомству зі специфікою такого явища, як "медичний фольклор". У рамках сучасних соціокультурних досліджень кожна соціальна спільність у структурі суспільства розглядається як така, що має власні уявлення про світ, цінності та фольклор. Під фольклором розуміються стереотипізовані вербальні форми, яким у самому середовищі їх побутування надається статус "професійного фольклору", тобто підкреслюється їх надособистісний, пов'язаний із професійною ідентичністю характер. Медичний фольклор позначений особливостями професії медика загалом та окремої спеціалізації зокрема.

Жанровий склад медичного фольклору різноманітний: байки, анекдоти, паремії, пісні, замовляння, прикмети, міфологічні розповіді. Причому, більшість складають тексти юмористичного характеру: байки, курйозні випадки, анекдоти, тости, які характеризують тип мислення медичних працівників. У репертуарі зустрічаються пісні-переробки, що відповідають специфіці професії. Розповсюдженою темою багатьох жанрів юмористичного характеру медиків стало пияцтво, якому надається певне виправдання. На особливий інтерес заслуговують тексти, в яких виявляється система правил поведінки людей даної професії. Вагоме місце в медичній субкультурі займають прикмети.

Структура прикмети складається з двох частин, вона містить у собі інформативну частину та повір'я. В середовищі медиків розповсюджені правила, в яких вміщується формула "не можна М, інакше N". Інколи розповсюджене правило (наприклад, "На собі не показуй!") стає прикметою і для медичних працівників: не слід переносити локалізації болю пацієнтів на себе, адже, за спостереженнями медперсоналу, у майбутньому виникнуть такі ж болі та травми. Складніше організовані тексти, в яких вміщуються і заборона, і вказівка. Вони побудовані за принципом "не можна робити О, потрібно робити Р, інакше Q". Деякі тексти побудовані за принципом "коли R, то роби (не роби) так, інакше S".

Професійні прикмети спираються на вірування та уявлення, які побуюють серед носіїв цієї професії. Ці прикмети різні для лікарів з різним стажем роботи, але носіями суто медичного фольклору є, як правило, лікарі з певним досвідом роботи, хоча б десятирічним. Найбільшим та найяскравішим джерелом медичного фольклору є саме лікарі-"клініцисти" (хірурги, реаніматологи, патологоанатоми та лікарі "швидкої допомоги"), які постійно чи тимчасово стоять на межі "життя-смерть". Серед розповсюджених прикмет є заборона на побажання "гарного/легкого чергування". Вважається, що після такого побажання чергування буде дуже складним та погано закінчиться.

У середовищі "клініцистів" існують також прикмети та повір'я, пов'язані із днями тижня. Наприклад, вважається, що понеділок – це поганий день для операцій, складних процедур і початку системного клінічного лікування. Крім того, серед хірургів існує негласна заборона не лікувати родичів (особливо кровних). Це пояснюють тим, що коли оперуєш близьку людину, то хвилюєшся за неї більше, ніж за звичайного пацієнта, і в сотні раз більше боїшся зробити помилку.

У третьому питанні теми ми торкнемося таких важливих сторін лікарської роботи, як релігія та гумор. Для медичних працівників дуже важливою проблемою є питання віри і релігії. Наприклад, багато хірургів є досить віруючими людьми, які намагаються співвіднести свою професію з релігійним життям. Вони впевнені, що без релігії у професії лікаря залишатися людиною і гарним спеціалістом надзвичайно важко. Саме серед клініцистів найбільше поширені релігійність, "марновірство" і наслідки впливу різних містичних вірувань. Під час роботи вони входять у перехідний, так званий "лімінальний" простір між життям і смертю, де потрібні особливі знання та вміння, щоб не втратити ясність розуму та врятувати людське життя. Саме в таких робочих непростих ситуаціях і проявляється їхній статус "професіонала". Лікарі названих спеціалізацій є своєрідними "лімінальними personae", тобто, "людьми порога". Такими людьми вони стають тимчасово, під час операцій. Патологоанатоми ж працюють зі сферою смерті постійно. Відмічено випадки, коли при підготовці до операції медики йдуть до молитовної кімнати, які є сьогодні у більшості лікарень, та запалюють свічку. Такі дії, якщо доводять свою успішність, фіксуються у формі прикмет. Наприклад, серед лікарів-хірургів існує повір'я, що коли запалиш свічку, буде успішна операція або швидке одужання хворого. Перед тим, як йти на операцію, дехто схрещує пальці, пояснюючи це як своєрідний оберіг від труднощів під час операції, на вдачу. Ряд прикмет направлено на визначення найбільш важливого для хворого – чи виживе людина чи ні, чи покращиться її стан.

Окрім релігійної сторони, життя лікаря тісно пов'язане з небезпекою, ризиком для власного життя чи життя пацієнта. Невірним є стереотип про те, що лікарі "смерті не бояться": "...ризикувати треба завжди доцільно,

щоб це було заради порятунку життя. Страх завжди є...". У розповідях лікарів часто змальовуються випадки, коли лікар або медична сестра через необережність під час операції чи інших маніпуляцій отримували зараження від хворого гепатитом, СНІДом та ін. Ризик можна розглядати як порушення заборони, коли інструкції не виконуються чітко та беззастережно, тоді, звісно, виникає ланцюг порушень.

Велику частину медичного фольклору, пов'язаного з ризиком і необачністю лікарів, становлять розіграші, які формально вміщують ознаки традиційної билічки. Текст розповідається не з метою передавання досвіду, а з метою налякати практикантів чи нових співробітників, якщо ті не дотримуються елементарних правил професійної поведінки. Такі розповіді з часом стають частиною обрядів ініціації. Наведені правила і заборони не діють автономно: вони або вже є частиною корпоративного сприйняття, або створюють умови для його формування, зберігаючи в сучасному побутуванні свою функціональну домінанту – познайомити з правилами поведінки.

Одним із найцікавіших питань у дослідженні медичної субкультури є тема медичного гумору. Усі форми професійної взаємодії всередині групи та репрезентація її особливості назовні пов'язані з виявленням характерного для цієї професії змісту діяльності, оцінки рівня професійної підготовки її представників, їхнього статусу в професії, а також соціального дистанціювання за принципом "свої-чужі". У зв'язку із цим гумор може спрямовуватися як усередину професійної групи, так і назовні. Гумор, сміх виникають саме там, де є розмежування, оцінка, де є розрізнення, зіставлення, протиріччя. Сміхова поведінка, як феномен "межі", є одним із найпотужніших чинників формування професійної ідентичності. Під сміховою поведінкою професійних спільнот мається на увазі особливий вид реагування на різноманітні обставини і ситуації, що здійснюються всередині професійного середовища чи назовні та сприймаються його представниками як смішні або комічні. Сміхові акції спрямовуються частіше за все на пацієнтів, на медиків-початківців та на своїх колег-професіоналів.

Лікарський гумор досить часто сприймають як цинічний, "чорний" гумор. Проте ми повинні розуміти, що лікарський сміх – це засіб самозахисту, саморегуляції, та інколи – показчик професійної деформації. Це емоційна реакція лікарів на екзистенціальні спостереження й переживання "смерті іншого", щоденне перебування в "межовій ситуації", що призводить до життя в стані перманентного стресу. Сміх дозволяє швидко зняти психоемоційне та фізичне навантаження, нервову напругу й стрес. При цьому, слід пам'ятати, що сміхова поведінка за лініями "професіонал-професіонал" і "професіонал-клієнт" значно відрізняється одна від одної. Сміх тут має різні мотивації: в одному випадку – це інструмент саморегуляції й рівноваги, у іншому – психологічна допомога особі, яка опинилася в складних життєвих умовах. Жарти і гумор у роботі медика виконують функції оперативної регуляції соціальної взаємодії, сприяють нормалізації

психофізичного стану. Через гумор лікар надихає хворого певним оптимізмом, формою реагування на ситуації, що раніше сприймалися як безвихідні.

У четвертому питанні теми ми розглянемо особливості сприйняття лікарів самих себе та пацієнтами крізь призму стереотипних уявлень. Проблема теоретичного підходу до розуміння стереотипів свідомості було розроблено американським філософом, соціологом, журналістом У. Липманом та викладено у книзі "Суспільна думка", опублікованій в 1922 році. Дослідник визначає соціальний стереотип як стійку, схематичну, почуттєво й емоційно обумовлену, детерміновану культурою "картинку світу" в голові людини, що заощадує його зусилля при сприйнятті складних об'єктів реальності.

Для широких верств населення тема стереотипів у медицині найповніше відображена в сучасному кінематографі. Більшу роль у медичних серіалах грають стереотипи, пов'язані з покликанням лікаря. Традиційним для пацієнтів і лікарів є думка, відповідно до якої "лікар повинен бути від Бога". Відомий вітчизняний хірург С. С. Юдін говорив: "Нестача технічних знань – лихо невелике й поправне... Нестача природних здатностей – утруднення набагато гірше, тому що навіть більшою старанністю не можна заповнити того, чим обділила сама природа. І зовсім безнадійна справа, якщо немає або не вистачає любові до своєї професії, якщо немає живого й зростаючого щирого інтересу до справи! ... Помірний інтерес може пропасти й зникнути зовсім, якщо він не був природний, глибокий, а випадковий і поверхневий". Любов до своєї професії, безмежна віра в неї, віра в її гуманність і корисність для суспільства відрізняють справжнього лікаря від посередності.

Стереотипне відношення медичного персоналу до роботи припускає професіоналізм, відповідальність, повну самовіддачу, що добре відбито в сучасних медичних серіалах. Лікарі не квапляться додому, готові до первантажень, не замислюючись, жертвують своїм особистим життям.

Практично у всіх серіалах знаходить висвітлення стереотип, відповідно до якого медична діяльність неминуче сполучена з лікарськими помилками: жоден лікар, навіть найкращий, не обходиться без них. Часто вони є поворотним моментом у професійному й особистісному розумінні лікарем своєї роботи й процесу лікування. Серед них важкий шлях одержання звання лікаря; якісна, але дорога освіта; безперестанна праця в навчанні; недостатність досвіду та знань в інтернів і ординаторів. У цілому, медичні серіали формують картину медичного утворення, що заслуговує довіри. Серед найбільш відомих медичних серіалів – "Доктор Хаус", "Швидка допомога" і "Анатомія пристрасті", які сприяють формуванню стереотипів, пов'язаних з лікарською діяльністю. Їхнє дослідження має важливість, тому що більшість людей у повсякденному житті не зіштовхуються з усіма сторонами лікарської діяльності та довідуються про них через засоби масової комунікації. Можливість телеглядача пережити на



суб'єктивно-особистісному рівні все, зображене на екрані, дозволяє заздалегідь сформувати свій досвід контакту із хворобою, лікарями, медичною системою. Сформовані в свідомості образи впливають на подальше відношення до медичної системи, і від того, як будуть розставлені пріоритети, залежить, яким буде сформований образ лікарів і пацієнтів.

Таким чином, медичний фольклор загалом відбиває особливості життя і праці медичного працівника та певною мірою допомагає зберегти оптимальний стан "професіонала" під час роботи. Крім того, медичний фольклор є важливим інструментом дослідження медичної спільноти та підготовки майбутніх медиків до їх входження у специфічний простір клініки і набуття необхідних професійних навичок.

#### **Тема 4: Медична субкультура в умовах соціальних трансформацій в Україні**

##### **План**

1. Розвиток медичної субкультури в контексті трансформації сучасного суспільства.
2. Зміст і пошуки шляхів вирішення "відкритих" проблем в сучасній медицині.
3. Проблема співвідношення понять "медична послуга" і "медична допомога" в сучасній медицині.

**Ключові поняття:** професійне вигорання, медична послуга, медична допомога, деонтологія, біоетика, біомедична етика, екологічна етика.

##### **Теми творчих робіт**

1. Патерналістська і автономна моделі функціонування медицини: реальність і перспективи.
2. Перспективи розвитку екологічної етики.
3. Комітети з етики в медицині: вітчизняний і закордонний досвід.
4. Проблеми функціонування хоспісів у сучасній Україні: етичні, юридичні і економічні аспекти.
5. Проблема юридичного визначення понять "медична допомога" та "медична послуга".

##### **Завдання для самоперевірки студентів**

1. Назвіть об'єктивні фактори формування та розвитку медичної субкультури.
2. Визначте головні принципи колегіальної моделі взаємодії лікаря та пацієнта.
3. Вкажіть позитивні та негативні аспекти динамічних змін медичної субкультури.
4. Розкрийте зміст завдань медичної деонтології.
5. Охарактеризуйте особливості біоетики.
6. Визначить головні завдання біомедичної етики.
7. Назвіть причини виникнення екологічної етики.
8. Окресліть коло завдань комітетів з етики в медичній сфері.

9. Визначте загальний характер "відкритих" питань у сучасній медичній сфері.
10. Перелічіть проблемні питання сучасної трансплантології.
11. Визначте актуальність функціонування хоспісної служби в системі охорони здоров'я України.
12. Назвіть основні підходи у визначенні відношення понять "медична допомога" та "медична послуга".

### **Методичні вказівки для самостійної роботи студентів**

У даній темі розглядаються питання еволюції медичної субкультури, виявляються фактори її динаміки, аналізується сучасний стан і проблеми медичної субкультури й етики. Хоча медична сфера і, відповідно медична субкультура є консервативною системою, що зберігає традиції медичної діяльності, хід життя змушує її володіти здатністю до динамічних змін.

У першому питанні теми розглядаються умови, які визначають трансформаційні процеси в сучасній медичній спільноті. Кінець ХХ – поч. ХХІ ст. характеризуються появою нових медичних технологій і доктрин, поширенням ліберально-демократичних цінностей, розширенням інформаційного простору, взаємодією професійних субкультур, прагненням фахівця вдосконалюватися, зовнішніми соціальними факторами (умовами). Динаміка медичної субкультури включена в динаміку всього громадського життя й залежить від множини соціальних факторів і внутрішніх тенденцій.

Об'єктивними факторами її формування й розвитку є освітнє середовище, якість і зміст професійної підготовки, економічне становище лікаря, статус, престиж професії в суспільстві й ін. Одночасно динаміка професійної субкультури залежить і від суб'єктивних факторів – особистісних якостей членів даної професійної групи: рівня необхідних інтелектуальних можливостей і морально-психологічних якостей, реальної можливості й бажання відповідати позитивному образу, ідеалу.

В умовах розвитку медичної сфери в Україні актуальним є підвищення рівня психологічної підготовленості медичного персоналу до нових, конструктивних зразків поведінки, що, зокрема, забезпечують попередження конфліктів у взаємодії з пацієнтами. Конфлікт між лікарем і пацієнтом є абсолютно природним явищем, який вказує на те, що відбувається звичайний процес взаємодії лікаря і пацієнта. Коли мова йде про світові стандарти поведінки лікаря при взаємодії з пацієнтом, необхідно мати на увазі не відсутність конфліктів взагалі як необхідну вимогу до діяльності лікаря, а продуктивне вирішення конфліктів при їх виникненні, тобто досягнення спільної мети – позитивного процесу лікування пацієнта за будь-яких умов розвитку міжособистісної взаємодії.

Розрізняють дві групи міжособистісної взаємодії: міжособистісна взаємодія, яка сприяє спільній діяльності, конструктивна, а також міжособистісна взаємодія, яка перешкоджає спільній діяльності, зокрема, деструктивна, якою може бути й конфліктна взаємодія. Щодо міжособистіс-

ної взаємодії лікаря та пацієнта, це можна розуміти як їхню спільну діяльність під час процесу лікування (який включає звернення пацієнта зі скаргами, процес з'ясування діагнозу, призначення та проведення медичним персоналом лікувальних процедур, оцінювання та корекцію результатів лікування пацієнта лікарем і процес повторного призначення лікування або виписки пацієнта) з метою досягнення оптимальних результатів лікування в найшвидші терміни з максимальною результативністю, найкращим показником чого має стати констатація здоров'я пацієнта.

Відомий американський фахівець у галузі психології професійної діяльності Р. Віч виділяє такі моделі взаємодії лікаря та пацієнта.

1. Модель технічного типу. Пацієнт є несправним механізмом, який потребує вдосконалення. У даній моделі взаємовідносин кожна сторона виконує свої функції, які визначені певним кодексом (клятвою Гіппократа тощо). Лікар поводить себе як вчений-прикладник, який має діяти не упереджено, не враховуючи індивідуальних особливостей кожної ситуації.

2. Модель сакрального типу, коли авторитет лікаря впливає на пацієнта, навіть пригнічує його. У класичній літературі з медичної психології для аналогії таких взаємовідносин "лікар – пацієнт" нерідко вживаються образи батька та дитини. Хоча група медиків і може затвердити цей принцип як принцип професійної моралі, в суспільстві існує значно більше моральних норм. Якщо група медиків приймає одну норму (можливість спровокованого абортів при загрозі появи розумово відсталої дитини), а суспільство при цих же обставинах – іншу, то лікар мусить вирішити, доєднатися йому чи до норм професійної групи, чи до норм суспільства.

3. Модель колегіального типу характеризується співпрацею лікаря та пацієнта як двох повноцінних партнерів. Дана модель вважається найперспективнішою і відповідає європейським критеріям.

4. Модель контрактного типу побудована на угоді між двома сторонами, в якій обговорюються, які функції, права та обов'язки несе кожна зі сторін. Пацієнт є проінформованим про всі етапи свого лікування. При переході до пацієнт-орієнтованої системи відносин в охороні здоров'я постає необхідність активізувати позитивну функцію конфлікту на основі колегіальної моделі відносин лікаря-пацієнта. Інші моделі (контрактна, технічна та сакральна) мають ризик негативного розвитку конфлікту.

Серед найбільш пріоритетних моделей сьогодні є модель колегіальної взаємодії лікаря і пацієнта. Тут пацієнт та лікар є "колегами", але це не означає, що пацієнт наділяється повноваженнями медичного персоналу. Це лише обумовлює рівність лікаря та пацієнта в правах, взаємну повагу лікаря та пацієнта один до одного, а також співпрацю двох сторін. Взаємодія лікаря та пацієнта спрямована на досягнення єдиної мети – діагностування захворювання, лікування пацієнта та його одужання. Для лікаря найвищою цінністю є стан фізичного й емоційного здоров'я пацієнта. І лікар, і пацієнт контролюють свій емоційний стан, проте лікар усвідомлює,

що захворювання може специфічно відбитися на емоційному стані пацієнта, і враховує ці особливості. Навіть якщо пацієнт намагається провокувати конфлікт через емоційну нестабільність, лікар має ухилитися від нього. Якості, що характеризують цей компонент, це емпатія, афіліація, емоційна стійкість (стабільність), емоційна чутливість тощо. При врахуванні індивідуальних особливостей мислення, пам'яті, уваги пацієнта та здатності лікаря спілкуватися з пацієнтом з урахуванням вищенаведених якостей можливо запобігти виникненню конфліктів. Лікар повинен чітко усвідомлювати всі процеси, що відбуваються під час взаємодії з пацієнтом упродовж лікування, так само, як і відслідковувати свої власні стани (перенос-контрперенос), здійснювати самоконтроль. Під час взаємодії відбувається взаємний обмін інформацією, лікар пояснює пацієнту інформацію про стан його здоров'я, а пацієнт довірливо розповідає лікарю про свої негаразди. Лікар обирає прийнятний для пацієнта стиль спілкування, дотримуючись професійної етики.

Таким чином, сучасний лікар має володіти знаннями з психології спілкування й конфліктології та володіти практичними вміннями та навичками продуктивної взаємодії із переважанням стратегії співпраці й притосування. Якостями, що утворюють даний компонент, є вміння долати міжособистісні комунікативні бар'єри, комунікативна компетентність, гнучкість спілкування, адекватний психологічний захист, ввічливість тощо.

Характер динамічних змін медичної субкультури дозволяє виділити їх позитивні й негативні аспекти. Серед позитивних аспектів слід відзначити такі: професійний розвиток персоналу, що забезпечує високу якість медичних послуг; реформи в межах професії, які відображаються в появі й удосконаленні нових медичних технологій, що збільшують тривалість і якість людського життя; виникнення автономної моделі взаємин у системі "лікар-пацієнт", заснованої на цінностях і принципах гуманістичної, демократичної культури; інституціалізацію біомедичної етики, націлену на науково обґрунтоване вирішення "відкритих" проблем; адаптація до нових ціннісних установок, усвідомлення пріоритету моралі, традицій і гуманістичних загальнолюдських цінностей у професійній діяльності медичного співтовариства.

До негативних аспектів сучасного стану медичної субкультури можна віднести те, що існує досить велика кількість "відкритих", тобто недозволених питань і звідси – постійну проблему вибору моделі поведінки лікаря, недостатню розробленість морально-правових регуляторів і відповідно – проблему соціальної незахищеності лікаря та професійне вигорання.

Друге питання теми присвячено спробам вирішення численних "відкритих" проблем у медичній субкультурі. Аналіз різних моделей взаємин у системі "лікар-пацієнт" демонструє динаміку переходу сучасної медицини від традиційної моделі патерналізму до прийняття автономної моделі лікування, що дозволяє виробити ціннісні орієнтири в професійній діяль-

ності лікаря, які відповідають правам людини на життя, автономію й повагу до його гідності.

В основу нової моделі відносин у системі "лікар-пацієнт", як вже зазначалося, повинні бути покладені принципи й правила біомедичної етики, проголошені ЮНЕСКО: автономія особистості, поінформована згода, конфіденційність, добровільність, цілісність, правдивість, приватність, принципи добродійності й милосердя, справедливості й солідарності. Це питання потребує ретельного ознайомлення.

Протягом останнього часу відбувається посилене розробка правил нової етичної системи, яка повинна орієнтувати сучасного лікаря у просторі своєї професії. Це завдання намагаються вирішувати такі феномени культурного життя, як медична етика (деонтологія), біоетика, біомедична та екологічна етика.

Медична деонтологія вже давно визначила свою сферу функціонування в системі загальномедичних і етичних знань. Пізніше з неї виділяється біоетика – міждисциплінарний напрям, орієнтований на вивчення і вирішення моральних проблем, породжених новітніми досягненнями біомедичної науки і сучасної біотехнології. Термін "біоетика" вказує, що вона орієнтується на дослідження живих істот незалежно від того, чи знаходяться ці дослідження застосування в лікуванні людини, і розглядають проблеми ціннісного характеру, властиві всім видам діяльності, пов'язаним з живим організмом. Об'єктом біоетики є моральність людської поведінки у біологічно-медичній галузі та в сфері охорони здоров'я стосовно її відповідності моральним нормам та цінностям, а предметом біоетики – охорона здоров'я і життя людини від моменту запліднення до природної смерті, яка виражається через різні форми лікування.

У той же час виникає біомедична етика – етико-прикладна дисципліна, яка розробляє питання етичного відношення суспільства в цілому і професіоналів – медиків і біологів особливо – до людини, її життя, здоров'я, смерті і яка ставить перед собою завдання зробити їх охорону пріоритетним правом кожної людини. В умовах сучасної гуманістичної парадигми саме біоетика забезпечує вирішення протиріччя між антропоцентризмом "старого" світогляду, що робив людину винятковим центром всесвіту, і новим, "неоантропоцентричним" підходом, що піклується про життя в всіх його проявах. Таким чином, біоетика з одного боку, стає глобальною біоетикою (В. Р. Поттер), з іншої – основою сучасної гуманології (Г. Л. Тульчинський), відкриваючи нову "пост-людяність" і розширюючи поняття людського і людяності.

Через те, що біоетика і біомедична етика з'явилися нещодавно, їх отождоковують одну з одною і медичною деонтологією, практично не розмежовуючи цих понять. Слід пам'ятати, що біомедична етика включає коло проблем, що виходять за рамки медичної деонтології, наприклад, проблеми трансплантації, суїциду, психічної "норми" і патології та ряд

інших "відкритих" проблем. Крім того, вона вирішує свої питання не на вузькоспеціальній, корпоративній, а на ширшій науковій і соціальній основі. Біомедична етика є систематичним дослідженням людської поведінки в світлі моральних цінностей і принципів в рамках наук про життя і здоров'я людини. Якщо біоетика акцентує свою увагу на проблемах життя, то біомедична етика конкретизує принципи біоетики стосовно людини. Біомедична етика має інтеграційний характер, концентруючи в собі загальні біоетичні проблеми, вимоги "традиційної" медичної етики і "нові" етичні колізії, пов'язані з розвитком медицини і біотехнології. Конкретні біомедичні ситуації і казуси вона перетворює на прецеденти, що стають підставою для етичних узагальнень, висновків і подальших рекомендацій.

Взаємозв'язок біоетики і біомедичної етики обумовлений, перш за все, тим, що сьогодні багато досліджень і дій фахівців у сферах і біології, і медицини зачіпають безпосередні життєві інтереси людини. Тому потрібна моральна визначеність відносно проблем життя і смерті, всього, що входить в проблемне поле біоетики. Разом з тим, смисловим ядром біомедичної етики, своєрідною призмою, через яку визначається етичний зміст і медичних маніпуляцій, і біологічних досліджень, є медична практика, що виходить за рамки біоетики. Крім того, якщо на рівні біомедичної етики можливі і навіть необхідні взаємовиключні точки зору, "відкриті" проблеми, плюралізм думок і відсутність згоди на нормативному рівні, то біоетика прагне до визначеності і нормативності. При цьому, якщо вирішення "відкритих" проблем біомедичної етики здійснюється, як правило, на індивідуальному рівні, то їх реалізація в сфері біоетики переходить на рівень інституційної, публічної значущості і тому повинна залежати від рішення не тільки професіоналів, але і всього суспільства. Разом із тим, за своєю метою, завданням і проблемами біоетика та біомедична етика настільки близькі одна одній, що має сенс розглядати їх в єдиному контексті як комплементарні, взаємодоповнюючі.

Одночасно та паралельно виникненню цих біомедико-етичних напрямів, незалежно від них, в етиці висувається ще одне нове поняття і напрям – екологічна етика – як відповідь на екологічні проблеми, що загрожують світу та всьому живому.

Для організації контролю за діяльністю лікарів відносно прийнятих етичних норм створюються комітети з етики (етичні комітети). Перші з них виникли у середині ХХ ст. в США з метою проведення офіційної етичної експертизи досліджень, що фінансувалися з федерального бюджету, причому обов'язкової етичної експертизі підлягали не тільки біомедичні, але і психологічні, антропологічні й інші дослідження, що проводяться на людині або тварині. Пізніше така форма роботи з'явилася в багатьох країнах світу. Сьогодні кожен дослідницький проект повинен дістати схвалення незалежного комітету з етики – прийнятий висновок комітету з етики, що підтверджує факт проведення експертизи документації з клінічного ви-

пробування і є дозволом на його проведення в даній лікувально-профілактичній установі відповідно до інструкцій цього комітету. В Україні комітети з етики створюються при державних організаціях охорони здоров'я як експертні ради. Вони розглядають питання забезпечення прав, безпеки і охорони здоров'я осіб, що беруть участь у клінічних випробуваннях, схвалюють програму (протокол) клінічних випробувань, оцінюють кваліфікацію дослідників і наявність умов для проведення випробувань, а також методи отримання згоди випробовуваних на основі їх інформування.

В умовах збільшених можливостей медичної науки і практики з'явилися нові проблеми, пов'язані з медичною генетикою, регуляцією народжуваності і перериванням вагітності, експериментами на людях. Останнє питання спеціально висвітлено в Нюрнберзькому кодексі, Гельсінсько-Токійській декларації і рішеннях XV конференції Ради міжнародних організацій медичних наук, схвалених спеціальним комітетом ВООЗ. За останні роки світовою спільнотою зроблені важливі кроки з урегулювання ряду етичних питань в біології і біомедичних дослідженнях, направлені на ефективніше, надійніше, безпечніше і етичніше застосування досягнень світової науки в практичній медицині.

Проблему взаємодії медицини і етичних питань можна розглянути на прикладі такої нової і динамічної сфери, як трансплантологія. Вона демонструє як можливості клінічної медицини, так і складність породжуваних нею етичних проблем, вимагаючи переосмислення кантівської етичної максими "відноситися до людини тільки як до мети" (наприклад, у випадках, коли лікар використовує для пересадки орган живого донора).

До основних етичних проблем трансплантології відноситься, перш за все, проблема донора і реципієнта. Виникає конфлікт двох етичних принципів медицини: "не нашкодь" і "роби добро". Тому донорство повинно бути добровільним, усвідомленим вчинком, що здійснюється безкорисливо. Усвідомленість вчинку повинна ґрунтуватися на повній інформації, що представляється лікарем, про можливий ризик відносно стану здоров'я і соціального благополуччя (працездатності) потенційного донора.

Все більш широкого розмаху набуває ксенотрансплантологія – використання тварин з метою трансплантації органів для лікування людини. Розширення об'єму трансплантологічних операцій неминуче сприяло різкому збільшенню попиту на органи і тканини, придатні для пересадки, оскільки далеко не всі померлі можуть стати потенційними донорами. Тому прихильникам програм ксенотрансплантації почали протистояти могутні організації захисту тварин.

Актуальними є проблеми клітинної і тканинної терапії. Родоначальником клітинної і тканинної терапії вважають лікаря С. Воронцова, який в 20-і роки ХХ ст. успішно пересаджував тканини зародка пацієнтам, які страждали на передчасне старіння. Пізніше клітинна теорія отримала продовження і широке освітлення в роботах Д. Ніколсона і його послідовників,

які і ввели термін "клітинна терапія", використовуючи як лікувальний чинник очищені і висушені екстракти тканин і органів переважно з ембріонів овець. Такі препарати були зручні тим, що могли зберігатися в звичайних умовах і легко транспортуватися. Академік В. П. Філатов і його послідовники застосували переживаючі тканини (наприклад, рогівка, шкіра); біологічні тканини, витримані в парабіотичних умовах і позбавлені життєздатності (плацента, хоріон, склоподібне тіло), екстракти та відгони, назвавши це тканинною терапією. Лікувальна дія цих препаратів пов'язувалася зі стимуляцією регенеративно-відновних процесів, а також омолодженням всього організму.

До відкритих питань трансплантації органів і тканин відноситься і проблема використання фетальних (від латин. *Fetus* – плід, зародок) тканин. Стимулом до інтенсивного розвитку цього напрямку послужили складнощі у вирішенні проблем трансплантації органів і тканин класичними методами, експериментальні дані про можливість використання соматичних клітин людини як альтернатива трансплантації цілого органа. Основна етична проблема тут – це правомочність роботи з плодовими тканинами. Питання про те, як відносяться різні біоетичні системи до проблеми переривання вагітності, є ключовим для медичних досліджень. У зв'язку з цим виникла одна з основних етичних проблем – правомочність роботи з плодовими клітинами і тканинами, отриманими після медичних абортів, питання про етичність використання абортного матеріалу для виготовлення біологічних препаратів, причому акцент, як правило, переноситься з галузі необхідності трансплантації таких біопрепаратів у галузь етичності абортів.

Однією з найгостріших проблем є штучне переривання вагітності. Проблема права на життя на початковій стадії людського існування: чи має право на життя ембріон з відхиленнями розвитку? Визнання або невизнання цього права за людиною з моменту зачаття служить підставою безперервних суперечок з приводу абортів. З одного боку, аборт залишається одним з найпоширеніших засобів контролю над народжуваністю, а з іншого, це медичне втручання (особливо "за бажанням") кваліфікується як штучне переривання вагітності.

Ще однією проблемою є сурогатне материнство. "Сурогатна мати" – жінка, яка виношує чужий ембріон, плід, імплантований в її організм (запліднену спермою чоловіка яйцеклітину іншої жінки, яка не може або не хоче виношувати дитину). Етичні проблеми виникають через обопільні претензії генетичних батьків і сурогатної матері з приводу "приналежності" дитини, яка народилася. Такі суперечки можуть порушити моральний клімат в сім'ї, що прийняла дитину, виношену сторонньою жінкою, і найголовніше – ускладнити життя дитини.

Складними є етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя – генетики та генної інженерії. Особливо відповідально слід відноситися до можливостей генної інженерії в майбутньому синтезувати невідомі



раніше гени і вбудувати їх у вже існуючі організми. Нові "сконструйовані" організми, які потрапили в наше місце існування, принципово відрізнятимуться від тих істот, поведінка яких давно вивчена, і тому вони можуть бути набагато небезпечніше. Тому, з погляду біомедичної етики, ставиться питання: чи завжди в галузі генної технології можна робити те, що можна зробити? Генна технологія дала людині перевагу, якою вона раніше не володіла: здатність цілеспрямовано і швидко змінювати природне середовище і саму себе. Чи зуміє людина розпорядитися своєю владою, що збільшилася?

У контексті цього питання слід розглядати проблему клонування людини. Прихильники клонування людини бачать в ньому, перш за все, перспективний репродуктивний спосіб, яким можуть скористатися люди, що не мають можливості інакше відтворити свої гени і отримати в результаті власну дитину. Супротивники указують на те, що результатом клонування стає не дитина своїх батьків, а однопляцевий близнюк батька або матері, що породжує нові моральні і правові проблеми. З іншого боку, існує певна небезпека зловживань і спекуляцій на нещасті бездітних людей. Тому в даний час існує заборона на клонування людини.

Дедалі більшої важливості набуває питання функціонування хоспісів – спеціальних організацій допомоги вмираючим, де безнадійно хворі люди дістають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка і діяльність персоналу хоспісів націлені на створення людських умов для вмирання з гідністю. Відмінність хоспіса від інших лікувальних установ для "безнадійних" хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні. Тут на перший план виступає особа пацієнта, його бажання, емоційні реакції. В основі сучасного хоспісного руху існує особлива етика і філософія лікування, згідно з якою смерть, як і народження – природний процес, його не можна ні квапити, ні гальмувати. Вмираючий потребує допомоги особливого роду: йому можна та потрібно допомогти перейти кордон між життям і смертю. Саме таке завдання ставлять перед собою хоспіси. Хронічний біль і страждання змінюють світовідчуття, світосприймання людини: відчуваючи нестерпний біль, вона не в змозі роздумувати, згадувати; біль здатний витіснити етичні потреби, етичну мотивацію поведінки. Хоспіс створює такі умови, спосіб життя пацієнта, такий "життєвий простір", що дозволяє узяти під контроль біль і страждання навіть найтяжчих хворих. Він забезпечує таку якість життя, коли самодостатнім і актуальним є сьогодення, а не майбутнє.

Третє питання теми розглядає співвідношення термінів "медична допомога" і "медична послуга" та їх сутність. Серед науковців дотепер немає єдиної думки щодо цих понять та їх співвідношення. На законодавчому рівні офіційно визначають поняття "медична допомога" як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію в зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку

з вагітністю та пологами. Так, відповідно до Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги "медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства". Концепція розвитку охорони здоров'я населення України визначає медичну допомогу на трьох рівнях: на первинному рівні вона включає профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями, на вторинному – спеціалізовану, технологічно складнішу, на третинному – високотехнологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань.

Отже, як медичну допомогу можна розглядати процес, що складається з комплексу дій спеціалістів у галузі медицини, наділених особливим правовим статусом, стосовно надання допомоги пацієнтам у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та похідні дії від основної мети, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію в зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

З другої половини ХХ ст. у законодавстві, як і в науковій літературі, поряд із терміном "медична допомога" в обігу з'являється інший термін – "медична послуга", який є відображенням певних соціальних процесів. В Україні це відбувається з моменту досягнення нею незалежності. У законопроекті "Про внесення змін до статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо визначення дефініції "медична послуга", відповідна дефініція включає послідовно визначені дії або комплекс дій медичних працівників, направлені на профілактику, діагностику, лікування захворювання та реабілітацію, які мають самостійне закінчене значення і визначену вартість.

Важливим є з'ясування співвідношення цих двох понять. У сучасній медичній літературі стосовно співвідношення понять "медична допомога" та "медична послуга" можна виокремити такі основні підходи: 1) медична допомога фактично ототожнюється з медичною послугою; 2) медична допомога є складовою медичної послуги; 3) медична допомога і медична послуга – різні терміни; 4) медична допомога – ширше поняття, ніж медична послуга. На думку дослідників, остання позиція є найбільш обґрунтованою, оскільки включає комплекс першочергових медичних послуг; комплекс послуг, що входять до безкоштовної медичної допомоги, яка надається всім фізичним особам без винятку, тоді як послуга завжди персональна; профілактичні заходи та комплекс платних медичних послуг. Власне право на охорону здоров'я є інтегруючим поняттям, до якого входять медична допомога і медична послуга. Крім того, заслуговує на увагу те, що медична допомога і медична послуга – не тотожні поняття. "Медична

допомога" – ширше поняття, ніж "медична послуга", беручи до уваги той факт, що медичні послуги є в більшості випадків платними і можуть надаватися за рахунок юридичних осіб, страхових компаній, особистих коштів фізичної особи тощо, тоді як медична допомога завжди безоплатна, що є реалізацією конституційного права кожного громадянина України. Фахівці погоджуються в тому, що повинно бути надано більш точне, офіційне визначення "медичної послуги" та закріплено її правовий режим, що створить додаткові можливості контролю з боку закону та охорони особистих немайнових прав фізичних осіб.

Таким чином, визначальним критерієм, що відрізняє "медичну допомогу" від "медичної послуги" є ступінь загрози життю людини, оскільки медична допомога, як правило, у більшості випадків надається у критичному для життя/здоров'я людини стані. Окрім того, медична допомога може надаватися і просто як профілактика та/або лікування, але за яку ми, на жаль, через недостатність фінансування медичних закладів, вимушені сплачувати кошти у вигляді купівлі необхідних медикаментів та витратних матеріалів.

Отже, медична субкультура є простором для вирішення найскладніших медико-етичних проблем XXI ст. Їх успішне вирішення залежить від тісної взаємодії всіх складових елементів сучасної медичної спільноти, яка базується на екологічно-гуманістичній ціннісній основі. Головним завданням є збереження духовного змісту в процесі динамічної трансформації медичної сфери та розширення діапазону технічних можливостей і поглиблення наукових знань.

## **Підготовка презентації творчих робіт**

Важливою складовою частиною підготовки та проведення семінарських занять є підготовка доповіді з презентацією. Така форма навчальної роботи допомагає студентам навчитися проводити наукові дослідження, оформляти їх у правильному науковому вигляді та презентувати результати проведеної роботи публіці. Під час проведення презентації заохочується формулювання запитань доповідачу з боку слухачів, адже вміння правильно формулювати запитання є дуже важливим у науковій сфері. Далі наведено критерії підготовки студентами доповідей з презентаціями.

### **Презентація**

Презентація на семінарському занятті складається з трьох частин: реферат презентації, виступ і демонстрація матеріалу.

#### **Вимоги до реферату презентації**

Реферат є коротким викладом наукової роботи або змісту прочитаної книги, результатом дослідження наукової проблеми, оглядом джерел з досліджуваної теми, супроводжується коментарями і аналізом. Реферат походить від латинського "refereo" – доповідаю, повідомляю. В університеті рефератом вважають написання певного самостійного тексту з певного питання на основі аналізу додаткової літератури. Для підготовки реферату необхідно обрати тему, знайти відповідну літературу, вивчити її, скласти план, систематизувати матеріал.

1. Реферат повинен бути оформленим відповідно до встановлених правил.

2. Загальний обсяг реферату повинен складати 10-15 сторінок комп'ютерного тексту (всі поля по 2 см; шрифт Times New Roman № 14; інтервал 1,5; відступ абзацу 1,25). Сторінки повинні бути пронумеровані, починаючи з 3-ї. Перша сторінка – це титульний лист (номер сторінки не вказується). Він вміщує назву ЗВО, назву кафедри і дисципліни, з якої презентується реферат, тему реферату, прізвище, ім'я та по батькові автора, а також дані про наукового керівника (вчений ступінь, прізвище, ім'я та по батькові), місто і рік написання. Друга сторінка (номер сторінки також не вказується) вміщує зміст реферату (найменування і нумерацію всіх пунктів роботи, зокрема, вступ, заголовки основної частини, висновок, список використаної літератури).

3. У рефераті студент повинен робити посилання на авторів та використані джерела, з яких було взято необхідні матеріали. Список літератури розташовується за алфавітом авторів або назв з обов'язковим зазначенням міста і року видання, а також кількості сторінок. У випадку використання електронного ресурсу зазначається назва ресурсу і код доступу.

4. Текст реферату повинен бути структурованим (вступ, заголовки основної частини, висновок). У вступі необхідно обґрунтувати вибір теми, її актуальність, ступінь дослідженості, практичну корисність. Сформулювати мету і завдання презентації. Головна частина повинна складатися з 2 і більше розділів, у ній розкривається поставлена проблема. Висновок являє собою результати аналізу поставленої проблеми.

5. Реферат подається в переплетеному вигляді.

### **Виступ**

Виступ являє собою лаконічну доповідь (5–7 хв). Студент повинен вільно орієнтуватися в змісті реферату, відповідати на поставлені запитання та пояснювати використані терміни.

### **Демонстраційний матеріал**

Демонстраційний матеріал складається з ряду слайдів. Перший слайд вміщує інформацію про тему презентації та виконавця (прізвище, ініціали студента, номер групи, курс, факультет). Слайди не можуть бути повним відображенням тексту, а інформація, яка виносить на них, повинна вміщувати головні положення доповіді. Наприклад, на них можна показати мету і завдання презентації, дати визначення головним дефініціям, розмістити висновки. Однак, головну частину демонстраційного матеріалу повинні презентувати портрети, ілюстрації картин, схеми, таблиці, мапи та інші ілюстративні матеріали за темою.

## **Вимоги до оформлення тез доповідей на наукових конференціях**

Дуже актуальною вимогою часу є участь студентів у наукових дослідженнях. Сучасного фахівця будь-якої сфери діяльності зараз неможливо уявити поза науковим процесом. Тому аудиторне та позааудиторне навчання студентів необхідно доповнити їх участю у підготовці наукових робіт та безпосередньою участю у наукових конференціях. Результати своїх наукових розвідок студенти мають оформити у вигляді публікацій у наукових періодичних виданнях та збірках тез наукових конференцій. Найбільш розповсюдженою формою участі у наукових конференціях є підготовка тез та доповідь на конференції.

Тези доповіді мають містити наступні елементи: постановка наукової проблеми, обґрунтування її новизни та актуальності, коротка характеристика історіографії, джерел і методів дослідження, зміст проведеного дослідження та виклад висновків, яких дійшов автор.

Матеріал повинен бути ретельно відредагований та вичитаний. Обсяг 2–4 повні сторінки, набрані в редакторі Word у форматі А-4. Шрифт тексту Times New Roman. Не допускається використання у тексті фотографій, кольорових елементів. Посилання на літературу наводяться у тексті доповіді у квадратних дужках. У кінці тексту тез вказується список використаних джерел.

Як правило, крім тез потрібно заповнити заявку на участь у конференції, де міститься інформація про автора (авторів), контакти та форма участі у конференції. Файл має бути названий прізвищем автора тез. Важливо пам'ятати, що матеріал тез повинен відповідати тематиці конференції.

## Рекомендована література

### Базова

1. Буйських Ю. С. Життя в клініці: субкультура лікарів в просторі сучасного міста / Ю. С. Буйських // Матеріали до української етнології : щорічник. Збірник наукових праць. – Київ : НАНУ, ІМФЕ ім. М. Т. Рильського, 2011. – Вип. 10 (13). – С. 73–80.
2. Каргин А. С. Социальная группа и субкультура: проблемы генезиса и аспекты функционирования / А. С. Каргин, А. В. Костина // Фольклор малых социальных групп: традиции и современность : сб. статей. – Москва, 2008. – С. 8–20.
3. Мальцева О. В. Специфіка сміхової поведінки професійних спільнот і корпоративного гумору / О. В. Мальцева // Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії. 2018. – Вип. 17. – С. 48–57.
4. Мясоедов А. М. Медицинская субкультура: сущность, структура, концептуальная модель врача : материалы для проведения воспитат., идеол. и информ. работы. – Витебск : Витеб. гос. мед. ун-т, 2011. – 19 с.
5. Мясоедов А. М. К вопросу о соотношении понятий "профессиональная культура" и "профессиональная субкультура" / А. М. Мясоедов // Общество, культура, личность. Актуальные проблемы социально-гуманитарного знания : материалы II междунар. науч.-практ. конф., Пенза – Витебск, 5–6 февр. 2012 г. / Витебск, 2012. – С. 69–72.
6. Рубцова Л. В. Система запретов в фольклоре медицинских работников / Л. В. Рубцова // Славянская традиционная культура и современный мир. – Москва, 2009. – Вип. 12. Социальные и эстетические нормативы традиционной культуры : сб. научн. статей. – С. 233–237.
7. Тэрнер В. Символ и ритуал. / В. Тэрнер. – Москва : Наука, 1983. 277 с.
8. Шумов К. Э. Мир больницы. Культурные стереотипы / К. Э. Шумов // Современный городской фольклор. – Москва : РГГУ, 2003. – С. 267–279.
9. Щепанская Т. Б. Антропология профессий / Т. Б. Щепанская // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2003. – Т. IV. – № 1 (21). – С. 139–161.
10. Щепанская Т. Б. Традиции городских субкультур / Т. Б. Щепанская // Современный городской фольклор. – Москва : РГГУ, 2003. – С. 27–33.
11. Щепанская Т. Б. Фольклор профессиональных сообществ: приметы / Т. Б. Щепанская // Первый Всероссийский конгресс фольклористов : сб. докладов. – Москва : Государственный республиканский центр русского фольклора, 2006. – Т. 2. – С. 405 – 427.

### **Допоміжна**

1. Ковальова О. М. Деонтологія в медицині : підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – Харків, 2014. – 258 с.
2. Мясоєдов А. М. Ценностные ориентации студентов-медиков в будущей профессиональной деятельности : материалы для проведения воспитат., идеол. и информ. работы / А. М. Мясоєдов. – Витебск, 2011. – 12 с.
3. Мясоєдов А. М. Молодежные субкультуры в медицинской среде : материалы для проведения воспитат., идеол. и информ. работы / А. М. Мясоєдов. – Витебск, 2011. – 7 с.
4. Чередникова М. П. Фольклор больничной палаты / М. П. Чередникова // Современный городской фольклор. – Москва : РГГУ, 2003. – С. 280–282.
5. Ярская-Смирнова Е. Р. "Скрытое знание" в фольклоре профессиональных групп / Е. Р. Ярская-Смирнова, П. В. Романов // Фольклор малых социальных групп: традиции и современность : сб. статей. – Москва, 2008. – С. 33–49.

### **Інформаційні ресурси Інтернету**

1. Сторінка кафедри суспільних наук ХНМУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://knmu.kharkov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=141%3A2011-05-14-19-10-49&catid=7%3A2011-05-05-09-09-08&Itemid=27&lang=uk](http://knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=141%3A2011-05-14-19-10-49&catid=7%3A2011-05-05-09-09-08&Itemid=27&lang=uk)
2. Міністерство охорони здоров'я України <http://www.moz.gov.ua>
3. Європейське регіональне бюро ВООЗ <http://www.euro.who.int/ru>
4. Неформальний сайт скорой допомоги <http://www.feldsher.ru>.



*Навчальне видання*

Троценко Олексій Володимирович

# МЕДИЧНА СУБКУЛЬТУРА

*Навчально-методичний посібник*

Відповідальний за випуск

І. Ю. Робак



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 20-33877.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р