

ВЛИЯНИЕ СУЕВЕРИЙ НА ЭТИКУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

М. Е. Тарасова, Д. Д. Черпакова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

M. E. Tarasova, D. D. Cherpakova

Tver State Medical University

THE INFLUENCE OF SUPERSTITIONS ON THE ETHICS OF MEDICAL PROFESSIONALS

Аннотация. Суеверия могут использоваться медицинскими работниками как механизм преодоления стресса, тревоги и неопределенности в ситуациях, когда стандартные медицинские практики не предлагают готовых решений. Хотя суеверия могут помочь уменьшить тревогу и чувство неудачи у медицинских работников, этот вопрос и влияние таких убеждений на поведение медицинского персонала недостаточно изучены. В работе были выявлены предпосылки и возможные последствия суеверий медицинских работников с точки зрения реализации правил и принципов медицинской этики.

Annotation. Superstitious beliefs may be adopted by healthcare providers as a mechanism to cope with stress, anxiety, and uncertainty in situations where standard medical practices offer no ready solution. Although superstitious beliefs may help ease anxiety and feelings of failure in healthcare providers, this issue and the effects of these beliefs on medical staff behavior have not been adequately studied. The work revealed the antecedents and possible consequences of superstitions of medical workers in terms of the implementation of the rules and principles of medical ethics.

Ключевые слова: медицинская этика, суеверия, локус контроля

Keywords: medical ethics, superstitions, locus of control

Фундаментальный характер медицинской науки, основанный на эксперименте, наблюдаемости и верифицируемости, передается от преподавателей студентам медицинских университетов и колледжей в качестве не только практической, но и мировоззренческой установки. Врачи в своей практике ориентируются на научные исследования, конвенциональные стандарты лечения и лабораторные данные. Однако деятельность врача не ограничивается рациональностью законодательства и естественных наук: вопреки логически предсказуемым исходам ведения

пациентов, некоторые из них выздоравливают вопреки прогнозам, или, наоборот – уходят из жизни при клинически благополучных анализах. Данные ситуации создают огромное внутреннее напряжение у медицинских работников: ответственность – колоссальная, контроль над здоровьем пациентов – ограничен. Как начинающие, так и опытные специалисты работают в состоянии постоянного стресса и неопределенности, где и появляется феномен профессиональных суеверий. Во многих отделениях есть неписанные правила: чего нельзя говорить, что допускается делать и чего следует избегать для положительного исхода лечения и деятельности врача в целом. Для человека, не связанного с медицинской деятельностью, такие приметы могут показаться непривычными, однако для врачей – это попытка внести предсказуемость и логику в свою работу.

Цель данной работы – понять, каким образом существующие профессиональные суеверия оказывают влияние на взаимоотношения между врачами-коллегами и их пациентами. В данном исследовании для изучения (1) потери медицинскими работниками контроля над окружающей средой и доминирования иррациональности в принятии решений, (2) отсутствия доказательств для объяснения причинно-следственных связей в ситуациях, связанных со здоровьем, и (3) того, как непроверенные утверждения становятся критерием соответствия среди медицинских работников, была применена стратегия концептуального анализа А. Эллиса, на основе которой можно предложить модель поведения медицинского работника [2, р. 140].

Суеверие определяется как убеждения относительно конкретных событий, которые не могут быть истолкованы научным рассуждением [3, р. 18]. Несмотря на многочисленные научные и технологические достижения в современном мире и информационный взрыв, суеверные тенденции все еще сохраняются в жизни людей. В области психологии суеверия определяются как фокус и локус контроля, который определяет, имеют ли люди влияние на свою жизнь. Те, у кого развит внутренний локус контроля, считают себя хозяевами своей судьбы; люди с внешним локусом контроля, в свою очередь, считают, что их судьбой управляют суеверия и удача [6, р. 194]. С другой стороны, люди становятся суеверными перед лицом таких проблем, как смерть, болезнь и неблагоприятные события, которые всегда вызывали у человечества тревогу и чувство неудачи, страха и гнева. В таких случаях неспособность найти логическое объяснение событию с помощью науки и логики заставляет людей обращаться к суевериям, чтобы избавиться от внутреннего смятения [5, р. 485]. Что касается зарубежья, то в США более 40% американцев верят в суеверные методы лечения, в Африке 70% людей обращаются к амулетам и колдовству для лечения. В Индии 62% пациентов обращаются к колдуньям. Опрос ВЦИОМ 2020 г. показал, что в России приметам в сравнении с 2015 г. (50%) и 2000 г. (57%) верят заметно меньше – 33%. Одновременно стало больше тех, кто не воспринимает их всерьез (42% в 2015 г. и 44% в 2019 г.).

Профессиональные суеверия медицинских работников многочисленны. Пожелание «спокойной ночи» или «хорошего дежурства» дежурному врачу предполагает, что после подобного

пожелания ночь обязательно будет бессонной, обеспечены сложные ситуации, большое количество операций и поступление экстренных пациентов. Правда, есть и защита – нужно послать друг друга «к черту». Это «доброе напутствие» гарантирует спокойное дежурство и небольшой наплыв пациентов. Запасной вариант в этой ситуации – поставить в приемном покое всю обувь ногами к выходу. Считается, что последнее дежурство перед отпуском обязательно будет тяжелое. Поскольку дежурство – это всегда командная работа, в которой многое зависит от того, с кем ты попал в смену, то среди врачей всегда есть те, с кем хотят дежурить. Дежурства с везунчиком (британцы называют таких врачей *white cloud*) всегда проходят гладко, пациенты мирно отдыхают по палатам. Но стоит попасть на дежурство к невезучему (*black cloud*), как поступлениям не будет конца.

Суеверные реаниматологи не строят прогнозов: только сказал про пациента «выбирается» – и будет все с точностью до наоборот. Еще одна работающая примета: если врач присел на пустую кровать, очень скоро на это место прибудет тяжелобольной. Ложиться спать на дежурстве нельзя в носках – обязательно потревожат. В то же время если снимешь на ночь спецодежду – хорошего не жди. В некоторых отделениях реанимации никогда не бреют пациентов-мужчин, поскольку верят, что им после этого становится хуже. Суеверия у реаниматологов имеют рациональные основания. Суеверие бояться горбатых, рыжих и «блатных» по бытовым наблюдениям оборачивается правдой: горбатые неустойчиво лежат на операционном столе, у рыжих чаще возникает аллергия, и к боли они очень чувствительные, «нужным» пациентам хочется все сделать безболезненно и по высшему разряду, а в итоге получается только хуже. Если первый пациент у бригады мужчина – это хорошо, если женщина – весь день придется работать не разгибаясь. Если не попал сразу по адресу – всю ночь придется кататься. Если первый вызов закончился носилками – всю смену придется носить людей. Если в машину залетела муха — вызов может закончиться смертью пациента. Если едешь на «уличный» вызов, нужно заранее надеть резиновые перчатки – тогда резко повысится вероятность, что пациент уже встал и ушел. Самая распространенная примета у хирургов – упавшие инструменты в операционной. В этом случае операция будет длиться долго. Также упавшие инструменты предупреждают о том, что после планируемой операции предстоит еще одна. Чтобы нейтрализовать вредную примету, суеверные врачи стараются ее не замечать: не поднимают инструмент до конца операции или даже стараются на нем основательно потоптаться. Перевозить пациента рекомендуется вперед ногами, чтобы не травмировать ему голову, но некоторые врачи считают это плохой приметой, ведь в таком положении выносят умерших, поэтому транспортируют только вперед головой. Если есть такая возможность, врачи не будут меняться сменами с коллегами: по их мнению, чужое дежурство будет одним из самых сложных. Взятые на дежурство книги, ноутбук или планы посмотреть фильм гарантируют, что времени на это не будет совсем. Нельзя, чтобы ночью в приемном покое было слишком светло, иначе «скорые» будут ехать сплошным

потоком. Нельзя оставлять журнал учета больных открытым, иначе он быстро заполнится [1, с. 86–87].

Другими словами, суеверное мышление существует во всем мире, но оно становится опасным, когда влияет на благополучие людей, становится частью индивидуальных представлений о здоровье или оказании медицинской помощи. Суеверное мышление подрывает все достижения медицины, потому что, если пациент суеверен и отказывается принимать лекарства, даже самые эффективные препараты окажутся бесполезными. Врач, с подозрительностью и предубеждением относящийся к пациенту с рыжим цветом волос, ставит под угрозу его жизнь и здоровье. Эти примеры демонстрируют негативные последствия пагубных убеждений. В структуре суеверия антецедент содержит активизирующие события и убеждения: (1) непредвиденные и неконтролируемые медицинские события происходят в учреждении; (2) вера в то, что существует внешняя сила, управляющая неизвестными событиями. Суеверия медицинских работников могут привести к положительным и отрицательным последствиям, среди которых (1) эффект буферной защиты: создание иррациональных проекций и моделей поведения для уменьшения ответственности и обязательств перед событием посредством такого поведения для снижения стресса; (2) стресс и страх, порождаемые иррациональным восприятием, которые влияют не только на физическое и психическое здоровье медицинских работников, но и их поведение, часто противостоя нормативной медицинской этике. Принимая во внимание существующие зарубежные инструменты оценки, разработанные для измерения суеверного поведения медицинских работников, нужно отметить, что из-за культурных различий шкалы суеверий, предлагаемые европейскими и американскими странами, являются не всегда применимыми к азиатским этническим группам, о чем говорят китайские исследования [7, р. 92].

С точки зрения клинической практики, чтобы помочь медицинским работникам лучше понять концепцию суеверия и, таким образом, соотнести их убеждения и поведение с принципами и правилами медицинской этики, предлагается использовать исследования С. Палмера для интеграции теории рациональной поведенческой терапии А. Эллиса [4]. Медицинские работники, осуществляющие уход, могут воздействовать на неожиданные или трудно контролируемые клинические события (активизирующее событие) посредством открытого обсуждения, изучения и обмена информацией с коллегами о том, как они и пациенты интерпретируют иррациональные убеждения, испытывают положительные и отрицательные эмоции, чтобы помочь в дальнейшем прояснении ситуации. Поддерживается идея изменять и опровергать иррациональные убеждения, создавать эффективные новые убеждения, помогать сторонам в возникновении новых эмоций или чувств и формировать стратегии будущих действий, предпринимаемых перед лицом аналогичных событий.

Литература

1. Якунина Е.А., Ивлиева Д.А. Роль примет и суеверий во врачебной практике // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017. Том 7. № 1. С. 86–87.
2. Ellis A. The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET) // Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. 1991. № 9 (3). P. 139–172.
3. Huque M., Huq C.A. A scale to measure superstition // Journal of Social Sciences. 2007. № 3. P. 18–23.
4. Palmer S. Cognitive and organisational models of stress that are suitable for use within workplace stress management/prevention coaching, training and counselling settings. The Rational Emotive Behaviour Therapist. 2002. № 10 (1). P. 15–21.
5. Sachs J. Superstition and self-efficacy in Chinese postgraduate students // Psychological Reports. 2004. № 95. P. 485–486.
6. Taher M., Safavi B.Z., Ghasemi E. Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension // Medical Journal of The Islamic Republic of Iran. 2015. № 29. P. 194.
7. Yi-Wen Wu, Wei-Shu Lai, Yen-Chin Chen. Superstitious Beliefs Among Healthcare Providers: A Concept Analysis // Hu Li Za Zhi. 2023. № 70 (3). P. 85–93.