

## Профессиональные суеверия и этика медицинских работников

Научный руководитель – Чибисов Борис Игоревич

Тарасова М.Е.<sup>1</sup>, Черпакова Д.Д.<sup>2</sup>

1 - Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Россия, *E-mail: tarasova.m00@mail.ru*; 2 - Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Россия, *E-mail: cherpakovadi@icloud.com*

Доказательная медицина – это подход к оказанию медицинской помощи, основанный на решении проблем на основе лучших современных научных данных. Когда медицинские работники сталкиваются с неожиданными изменениями в состоянии пациента или неконтролируемыми ситуациями во время оказания помощи, они могут испытывать снижение уверенности или страх/тревогу по поводу процесса и результата лечения, что оказывает негативное влияние на реализацию принципов медицинской этики. Медицинские работники могут придерживаться убеждений относительно влияния внешних, сверхъестественных сил на события, что может приводить к суевериям и последующим изменениям предписываемого и ожидаемого поведения. Суеверия могут использоваться медицинскими работниками как механизм преодоления стресса, тревоги и неопределенности в ситуациях, когда стандартные медицинские практики не предлагают готовых решений. 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 [1].

Суеверие определяется как убеждения относительно конкретных событий, которые не могут быть истолкованы научным рассуждением [2]. 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 [5]. 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 [4].

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.). 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. 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 [6].

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 [3]. 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.

### Источники и литература

- 1) 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.
- 2) Huque M., Huq C.A. A scale to measure superstition // Journal of Social Sciences. 2007. № 3. P. 18–23.
- 3) 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.
- 4) Sachs J. Superstition and self-efficacy in Chinese postgraduate students // Psychological Reports. 2004. № 95. P. 485–486.
- 5) 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.
- 6) 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.