МАТЕРИАЛЫ

Республиканской научно-практической конференции с международным участием

БИОЭТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

2 декабря 2016 г.

Витебск, 2016 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ НАУК

МАТЕРИАЛЫ

Республиканской научно-практической конференции
с международным участием

БИОЭТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

2 декабря 2016 г.
г. Витебск

Витебск 2016

УДК 61+17
ББК 51.1пя431
Б 63

Главный редактор: д.м.н., профессор А.Т. Щастный

Редакционная коллегия:
к.филос. наук, доц. Кулик С. П.
к.филос. наук, проф., эксперт ЮНЕСКО Мишаткина Т.В.
д.м.н., проф. Лоллини В.А.
к.филос. наук, доц. Тиханович Н.У.
к.и.н. Мартинкевич И.А.
отв. секретарь Голубев В.Н.

За предоставленную информацию несут ответственность авторы.

Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Витебск, 2 декабря 2016 г.) / М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». − Витебск : ВГМУ, 2016. − 289 с.
ISBN 978-985-466-868-0

Представленные в сборнике материалы посвящены рассмотрению теоретических и прикладных аспектов биоэтики и современных проблем медицинской этики и деонтологии. Рассматриваются инновационные подходы к биоэтическому образованию.

Предназначен врачам и исследователям, преподавателям и студентам медицинских вузов, членам комитетов по биоэтике.

УДК 61+17
ББК 51.1пя431

ISBN 978-985-466-868-0

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2016 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

Феномен общественного здоровья в контексте глобальной и социальной биоэтики **Т.В. Мишаткина, Е.Л. Богдан** 9
Биоэтика в Республике Беларусь опыт, проблемы, перспективы **Я.С. Яскевич** 14
Социокультурные предпосылки и духовные основания биоэтики как практической философии человеческой жизнедеятельности **В.С. Сайганова** 18
Духовно-нравственные ориентиры биоэтики **Л.В. Лукина** 21
«Основы социальной концепции» русской православной церкви **Н.Г. Болтрушевич** 24
Персоналистическая биоэтика как европейский биоэтический проект **А.А. Шевченко, Д.А. Соколов** 27
Эйтаназия, биоэтика, право **Я.О. Тринева** 30
Право на смерть: некоторые этические замечания **М.Г. Королёв** 33
Биоэтические проблемы жизни и смерти глазами студентов-медиков и медицинских работников **А.М. Мясоедов** 35
Эволюция профессиональной клятвы в медицине **С.С. Корсак** 40
Этические аспекты генетических исследований **С.Б. Мельнов** 43
Этические проблемы трансплантологии **Л.И. Шаркова, А.М. Купченко, В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич** 47
Биоэтические проблемы искусственного оплодотворения **Г.К. Баркун, И.М. Лысенко, Е.Г. Косенкова** 50
Этические аспекты и правовое регулирование суррогатного материнства **Н.Н. Семёнова** 53
Проблема ЭКО: позиции христианской этики и отношение студенчества ГрГМУ **С.А. Ситкевич, Д.А. Ярмолович** 56
Биоэтика и информационная этика с позиций практико-ориентированного подхода **И.И. Гарновская** 59
Нейроэтика как новое направление в биоэтике **В.Н. Голубев** 63
Проблемы возрастного эйджизма и его преодоление в медицинской практике **К.И. Прощаев, Н.Ю. Коневалова, Л.В. Колпина, А.Н. Ильницкий** 64
Разработка механизма преодоления геронтологического эйджизма в системе здравоохранения **Л.В. Колпина, Т.Л. Оленская, К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий** 67
Люди с ограниченными возможностями: биоэтические основы создания инклюзивного общества **Н.Ю. Коневалова, Т.Л. Оленская, С.Г. Наджафова** 70

Медико-социальная реабилитация в гериатрии: проект «Санаторий на дому» **Т.Л. Оленская**, **О.А. Сыродоева**, **Л.Е. Криштопов**, **С.Г. Наджафова**.....73
Системный подход в работе с женщинами «группы социального риска» при формировании ответственного родительства **Н.А. Немцова** 75
Биоэтический персонифицированный подход к оценке некоторых параметров качества жизни женщин репродуктивного возраста Центрального федерального округа **Н.А. Конышко** 78
Оценка качества жизни пациентов с вич-ассоциированным туберкулёзом **Н.В. Буринский**, **И.В. Буйневич, М.Н. Михасёв**.....86
Бисфосфонаты в лечении несовершенного остеогенеза: этические аспекты применения в отечественной педиатрической практике **А.С. Почкайло**..89
Уважение человеческого достоинства пациентов как элемент повышения отзывчивости системы здравоохранения **Л.В. Крячкова** 92
Конфликт и его особенности в сфере здравоохранения **Мусина Н.Е.**.....95
Проблемы коммуникативной компетентности молодого специалиста медицинского профиля **А.М. Талыбов, В.В. Редненко** 98
Этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности фармацевтического работника **Е.А. Ломеко, И.П. Деркач** 100
Этико-деонтологические аспекты фармацевтической помощи **Г.А. Хуткина** 103
Биоэтические аспекты утилизации лекарственных средств **Н.Д. Яранцева, А.В. Лишай** 106
Паміж сакральнасцю і аўтаноміяй: да беларускага дыскурса ўзаемаадносін у сістэме “урач-пацыент” **І.С. Чарнякевіч**.....109
Этика клинического исследования: плейотропные эффекты аторвастатина при хронической обструктивной болезни легких **М.В. Шолкова**, **Э.А. Доценко** 112
Биоэтические комитеты: статус, функции, принципы и перспективы деятельности **В.Н. Сокольчик, М.В. Щавелева** 115
Роль этических комитетов в проведений клинических исследований **В.А. Лоллини** 118
О защите прав и достоинства человека в медико-биологическихисследованиях **С.Д. Денисов** 121

СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В КОНТЕКСТЕ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Биоэтика в образовательном процессе на кафедре анатомии Астраханского ГМУ **Л.А Удочкина**.....125
Деонтологические элементы компетентностного подхода в обучении анатомии первокурсников ВГМУ **А.К. Усович** 127

Формирование навыков и норм врачебной этики в процессе учебной деятельности на морфологических кафедрах медицинского университета **Г.Г. Бурак, Т.И. Ким, И.В. Самсонова**..... 129
Деонтология и учебный процесс в хирургической клинике **В.Н.Шиленок, Э.Я. Зельдин, Ю.С. Небылицын, Г.Н. Гецадзе, С.А.Жулев** 132
Деонтология в хирургии **А.В. Комушенко, Н.Г. Харкевич, А.И. Рундо, Е.А. Маслякова** 135
Рак и репродукция: медицинские и этические аспекты **И.А. Косенко**.... 137
Деонтология в онкологии **Н.Г Луд, В.Л. Кожар, Л.Н. Луд, В.Н. Соболь** 140
Этические принципы в клинической практике ортопеда-травматолога **К.Б. Болобошко** 143
Медико-социальные и нравственно-этические аспектыобучения студентов приемам работы с ВИЧ-инфицированными пациентами **И.В. Жильцов, В.М. Семенов, Т.И. Дмитраченко, Н.Ф. Акулич** 146
Дотестовое консультирование на ВИЧ-инфекцию в практике оториноларинголога **П.А. Затолока, М.Л. Доценко** 149
Проблемы биоэтики в современной неврологии и нейрохирургии **Ю.В. Алексеенко, А.А. Пашков** 152
Стигматизация пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра **Б.Б. Ладик, А.А. Кирпиченко, А.С. Богданов** 155
Формирование этико-деонтологических компетенций врача в процессе изучения внутренних болезней **Л.Р. Выхристенко, О.Г. Величинская**,
Деонтологические аспекты во фтизиатрии **С.И. Падута** 161
Деонтологические проблемы в оториноларингологии **В.С. Куницкий** 165
Духовно-нравственная составляющая профессиональных компетенций врача общей практики **К.Н. Егоров, В.А. Корнеева** 168
Опыт преподавания медицинской деонтологии на кафедре акушерства и гинекологии **Л.Е. Радецкая, А.Г. Бресский, Т.Н. Мацуганова**, **Н.С. Дейкало, Н.И. Киселева** 171
Этико-социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента в условиях информационного общества **И.Г. Красникова** 174
Этическая особенности поведения медработника по отношению к пациентам **В.А Тесфайе, Н.Г. Харкевич**..... 177
Общение с пациентом:проблемы глазами педагога вуза **Л.В. Соболева, Г.И. Юпатов, Л.М. Немцов, О.В.Драгун, М.С. Дроздова, И.В. Арбатская, А.Г. Николаева** 180
Студент-медик как «лишний человек» в ЛПУ **Е.Л. Коноплева, В.М. Остапенко** 183
Этические и профессиональные особенности самостоятельной курации пациентов студентами при обучении на циклах терапевтических дисциплин **А.М. Литвяков, О.В. Сиротко, А.Ю. Пальгуева, В.В. Лагутчев, А.Ю. Афонина, А.В. Сергиевич, Н.А. Подолинская** ... 186

Деонтологические проблемы в образовательном процессе медицинского вуза **Г.М. Шаппо, А.В. Гидранович** 189
Обход в клинике как современный прием врачебной деятельности **Г.И. Юпатов, Л.М. Немцов, Л.В. Соболева, О.В. Драгун, М.С. Дроздова, И.В. Арбатская** 192
Этико-деонтологические требования к профессиональному общению медицинской сестры с пациентами разного возраста **Г.Н. Полховская**.. 195
Оценка некоторых девиантных взаимоотношений врача и пациента **В.П. Сытый, Г.Л. Бородина, Ю.В. Сытый** 198
Этико-правовые аспекты врачебной тайны **О.А.Федчук** 201
Психолого-этические аспекты мышления врача **А.Л. Церковский**..... 204
Удовлетворенность руководителей учреждений здравоохранения подготовкой выпускников по специальностям «Лечебное дело» и «Акушерское дело» по вопросам этики и деонтологии **О.П. Максименко** 207

БИОЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Биоэтика в медицинском вузе (опыт и перспективы преподавания) **В.М. Остапенко, Е.Л. Коноплева**..... 211
Биоэтика как аксиологическая модель профессиональной компетентности медицинских работников **С.П. Кулик, Н.У. Тиханович**..... 214
Морально-нравственное становление личности студентов младших курсов медицинского вуза **Н.Т. Алексеева, А.М. Карандеева, А.Г. Кварацхелия, Ж.А. Анохина** 218
Особенности преподавания биомедицинской этики в вузе: академические и внеакадемические формы работы **В.В. Бурсевич** 221
Методологические подходы для выявления и анализа биоэтических коллизий для целей высшего медицинского образования **В.В. Медведев, А.И. Егоренков**..... 224
Основные задачи биоэтического образования на опыте тверского государственного медицинского университета **Р.Н. Башилов, С.М. Башилова**..... 227
Проблемы биоэтики в преподавании патофизиологии в медицинском вузе **Е.И. Ковзова, И.В. Лигецкая, Л.Е. Беляева, С.А. Хитева, Н.И. Орехова** 230
Информированность студентов стоматологического факультета об основах медицинской этики **В.Г. Морозов, А.С. Конышко, В.М. Зайцева** 233
Фармацевтическая этика в системе подготовки провизоров **Н.С. Гурина** 238
Инновационные технологии преподавания биофармацевтической этики **Н.У. Тиханович, С.П. Кулик**..... 240

Волонтерская деятельность как фактор воспитания и социализации студентов медицинского вуза **О.А. Сыродоева** 244
Праблемы сацыяльнай біяэтыкі ў выкладанні айчыннай гісторыі (на прыкладзе станаўлення сістэмы пратэзавання інвалідаў і ўдзельнікаў Вялікай Айчыннай вайны ў пасляваенныя гады) **І.А. Марцынкевіч** 246
Роль и место педагогики сотрудничества в медицинском вузе метаиндивидные свойства личности преподавателя как фактор формирования профессионально важных личностных качеств студента-медика **О.И. Гапова** 254
Взаимодействие тревожности с учебной мотивацией в подростковом возрасте **О.Е. Оленина, Е.А. Оленин** 257
Формирование гуманистического потенциала личности студента как фактор повышения качества обучения в медицинском вузе **С.А. Петрович** 259

ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ГЛАЗАМИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

Мотивация выбора профессии врача и ценностная ориентация студентов медицинского вуза **А.А. Довнар** 263
Этические риски медикализации **П.Ю. Кулик** 266
Медицина как искусство врачевания и искусство общения с пациентами **П.В. Малиновский** 268
Внутриличностный конфликт студента – медика **Е.А. Гапова** 271
Биоэтические проблемы генной инженерии **В.Ю. Панкрат** 275
Морально-этические проблемы оказания паллиативной помощи **А.С. Радченко** 276
Биоэтические проблемы аборта **Д.В. Коваленко** 279
Деонтологические принципы взаимоотношений провизора и врача **А.Д. Севдалева** 282
Конфликт в системе взаимоотношений «врач-пациент» **А.Р. Халилова** 285

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

ФЕНОМЕН ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛЬНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

Т.В. Мишаткина
кандидат философских наук, профессор, эксперт ЮНЭСКО по биоэтике
УО «Международный государственный экологический институт им. А.Д. Сахарова» БГУ, Минск,
Е.Л. Богдан
председатель Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь
Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск

Обращение к проблеме ***укрепления и поддержания общественного здоровья*** в контексте глобальной и социальной биоэтики обусловлено актуальной необходимостью, ибо феномен общественного здоровья выступает как их естественное воплощение и проявление. Сегодня научные исследования и инновационные технологии в сфере биомедицины требуют интенсивного этического регулирования с целью сохранения здоровья человека и его жизни. Гуманистическое обеспечение клинической медицины, инновационно-прикладных научных исследований в области биомедицины и формирования профессиональных компетенций специалистов связано как с научно-техническими и технологическими достижениями в сфере биомедицины, так и с устойчивой тенденцией их гуманизации и социализации, что и требует обращения к феноменам глобальной и социальной биоэтики, разработки системы этических регулятивов биомедицинской практики.

Вместе с тем ряд социальных проблем биоэтики остается слабо разработанным. К ним относятся, в частности: специфика сущности и особенностей проявления в биомедицине моральных ценностей, способствующих поддержанию и укреплению общественного здоровья; разночтений в этико-философском понимании таких категорий, как жизнь, смерть, здоровье, их критерии; решение связанных с ними вопросов о праве человека на жизнь и смерть, статусе эмбриона, моральных проблем искусственного оплодотворения, клонирования, генетики человека, трансплантологии, реаниматологии, эвтаназии и др. Сегодня эти проблемы перешагнули рамки естественнонаучного знания: для их решения требуется более широкая теоретико-методологическая разработка проблем *глобальной* и *социальной биоэтики*, отвечающих задачам поддержания и укрепления общественного здоровья.

В своей программной книге *Global Bioethics* (1988) основоположник биоэтики В.Р. Поттер представляет ***глобальную биоэтику*** как

всеохватывающую и всеобъемлющую этику, носящую тотальный, универсальный характер. Цель глобальной биоэтики – ***приемлемое выживание*** человечества – не только биологическое выживание, но и социальная стабильность, устойчивое развитие общества, сохранение и развитие здоровой экосистемы. При этом основная идея приемлемого выживания состоит в том, что она охватывает не только всех живущих людей, но и будущие поколения, все другие живые организмы, а также природу, окружающую среду. Таким образом, специфическим содержанием и целью глобальной биоэтики выступает ***забота***:

- *обо всех ныне живущих людях;*
- *о правах и интересах будущих людей;*
- *обо всех живых организмах;*
- *об окружающей среде в целом.*

В условиях новых, глобальных вызовов безопасности общественному здоровью *глобальная биоэтика* в ее *социальном контексте* открывает новые перспективы дальнейшего анализа этических аспектов применения инновационных биотехнологий в биомедицине, генетике, экологии**.** Ряд *социально-биоэтических проблем* нашли свое отражение и подтверждение во ***Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека*** (ЮНЕСКО, 2005). Кроме принципов защиты *индивидуальных прав человека* в биомедицине, она включает в себя и *глобальные социально-коллективистские принципы* (такие как *солидарность и сотрудничество, совместное использование медицинских благ, защита будущих поколений, окружающей среды, биосферы и биоразнообразия*).

Эти проблемы и основополагающие принципы определяют ***основные направления глобальной и социальной биоэтики*** в контексте общественного здоровья. Это, в частности:

– изучение ***моральных аспектов*** обеспечения *биобезопасности: безопасной медицины,* генной инженерии, влияния на них применения инновационных технологий;

– исследование ***социально-этических и биоэтических проблем и рисков*** при использовании инновационных технологий в биомедицинских и генетических исследованиях и клинической медицине;

– анализ возможностей применения ***организационной этики*** на уровне биомедицинских *институций*; поиск и разработка механизмов этического контроля над внедрением инновационных технологий;

– разработка системы ***операциональных этических стандартов и процедур*** для регулирования их применения в области здравоохранения, биомедицины, генетики и экологии человека;

– исследование проблем ***гендерной идентификации и трансформации*** в контексте глобальной биоэтики и прав человека (нравственно-правовых аспектов *деконструкции сексуальности* – гомосексуализма и транссексуализма*;* проблем репродуктивного здоровья и искусственного оплодотворения);

– ***защита будущих поколений,*** включающая в себя: принцип хронологической объективности; «долг перед потомками»; нормы-императивы диалога с будущим; отказ от действий, которые могут подорвать возможность существования или интересы будущих поколений.

Для решения этих задач глобальная биоэтика должна строиться на междисциплинарной основе, объединяя в себе *социальную биоэтику*, *этику биомедицинскую* и *этику экологическую*, которые в своем тесном взаимодействии составляют ***структуру глобальной биоэтики***, обретая в ее рамках новые качества, общую проблематику, новые методологические подходы и механизмы решения.

Социальная биоэтика – это методологический шаг к пониманию многих специфических моральных проблем в стратегии укрепления и поддержания общественного здоровья. Социобиоэтика – это не только социальная сторона биомедицинской этики; это воплощение постоянного воздействия биоэтики на общество и наоборот, их взаимодействие и глубинные сущностные модификации. Разворачивается это взаимодействие в рамках двух противоположно направленных процессов. Во-первых, происходит ***биоэтизация социума*** – необходимое и последовательное становление общественной морали по отношению ко всем уровням живой материи, в том числе Жизни, Смерти и Здоровью человека – в настоящем и будущем. Во-вторых, происходит ***адаптация биоэтики*** – ее культурное приспособление к нуждам социума и здоровья общества, несущее в себе новую мудрость и систему ценностей, особый образ жизни и новый менталитет, особую биоэтическую политику в отношении к проблемам *биомедицины и общественного здоровья*.

Круг проблем социальной биоэтики чрезвычайно широк. Она включает в себя *моральную оценку* проблем «опасного» знания, медикализации, роста населения планеты, агрессии, насилия и терроризма, биологического и химического оружия, торговли людьми, проблемы старения, детей-сирот, инвалидов и ветеранов, проблемы садомазохизма, проституции и нетрадиционной сексуальной ориентации, стигматизации, стерилизации, суицида, смертной казни, эвтаназии, аборта, проблемы больных СПИД-ом, психических больных, людей без определенного места жительства, но прежде всего – проблемы *общественного здоровья*.

Анализ проблемы общественного здоровья предполагает, прежде всего, однозначную определенность используемой терминологии.

Здоровье – это состояние полного физического и психического благополучия, сопровождающееся активной жизнедеятельностью (определение ВОЗ). *Индивидуальное здоровье* человека – это показатель состояния здоровья конкретного индивида, предполагающее его *биологическое* (физическое) здоровье, *психическое* и *социальное* здоровье. *Формула здоровья* определяется: на 50 % – образом жизни, на 20 % – наследственностью, на 20 % – состоянием окружающей среды, на 10 % – деятельностью по охране и поддержанию здоровья. Отсюда следует,

что, во-первых, проблема улучшения здоровья имеет комплексный характер; во-вторых, ее основу составляет *здоровый образ жизни*.

Общественное здоровье – Public Health – это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социально-экономических, экологических, биологических факторов и оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, продолжительностью жизни и трудовой активностью большинства населения, уровнем его заболеваемости и инвалидности. Общественное здоровье – это медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психологическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенной социальной общности. В структуре общественного здоровья выделяются три составляющие: 1) *физическое здоровье* – ожидаемые продолжительность жизни и продолжительность здоровой жизни, прирост населения, уровни смертности, заболеваемости и инвалидности; 2) *психическое здоровье* – уровни самоубийств, наркомании, алкоголизма, гендерной трансформации; 3) *социальное здоровье*, измеряемое уровнем распространения тревог и депрессий, количеством браков и разводов, приоритетами общества и отношением к социальным институтам.

Общественное здоровье является предметом заботы и поддержания ***общественного здравоохранения*** – области научной и практической деятельности, обеспечивающей управление здравоохранением как крупнейшей социальной системы, где медицина является одним из компонентов структуры социума. Это система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья каждого человека и населения в целом. Это также система организаций, учреждений, научных сообществ, специалистов, деятельность которых связана с производством, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, с работой по предупреждению заболеваний, с организацией управления процессами и финансами в сфере охраны общественного здоровья и профессионального образования медицинских работников. *Служба общественного здравоохранения* базируется на интеграции усилий медицинских, социальных, государственных и общественных организаций по защите и улучшению здоровья населения.

Особое место в общественном здравоохранении занимают анализ, типология, исследование медико-социальной обусловленности, роли и последствий так называемых **социально-значимых заболеваний** – заболеваний, обусловленных преимущественно социально-экономическими условиями, наносящих серьезный ущерб обществу и требующих не только медицинской, но и социальной защиты человека. Среди них серьезной *социально-гигиенической проблемой* являются *инфекционные заболевания*, требующие информации специальных лечебно-профилактических учреждений, а также организации санитарно-эпидемиологического надзора

разного уровня сложности. Вместе с тем в контексте общественного здоровья более распространена и значима *эпидемиология неинфекционной патологии,* требующая, с одной стороны, знания социально-экономических факторов этих заболеваний, с другой – оказывающая определенное влияние на социально-экономическую ситуацию в стране. К заболеваниям такого плана, прежде всего, относятся: болезни системы кровообращения (БСК), болезни органов дыхания (БОД), туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, онкологические заболевания, травматизм. Их *медико-социальная значимость* определяется рядом параметров, в том числе социальных, морально-этических и поведенческих. Такие заболевания полностью «подпадают под юрисдикцию» социальной биоэтики, ибо, с одной стороны, нуждаются в биоэтизации социума, а с другой – адаптируют принципы и нормы биоэтики к нуждам и медицинским проблемам социума.

В контексте защиты общественного здоровья, многомерности и поливариативности социальной биоэтики особую актуальность и сложность приобретает проблема ***биоэтической толерантности,*** сущность и роль которой может быть установлена лишь в непосредственном соотношении с *биосоциальной коммуникацией* и *социобиоэтикой*. Включение биомедицинского мира в поле действия социальной коммуникации трансформирует последнюю в *биосоциальное общение*, которое провоцирует *биоэтическую толерантность*, ибо при этом автоматически включаются биоэтизация социума и адаптация биоэтики. *Биоэтизация* направлена на внедрение моральных принципов биоэтики, ее норм и правил в социальную среду. *Адаптация биоэтики* способствует приспособлению биоэтических знаний к восприятию их определенной части населения, способности одних людей вести диалог с другими, корректно интерпретировать, а не отвергать друг друга. Так биоэтическая толерантность – новый концепт в пространстве биоэтики – позволяет людям различных цивилизаций и конфессий привести к общему знаменателю единые требования биоэтики относительно самых разных, особенно нетрадиционных феноменов общественного здоровья. Вне ее участия невозможно решение проблем, связанных с ***укреплением и поддержанием общественного здоровья***.

Рассмотрение феномена общественного здоровья и основных проблем здравоохранения в Беларуси позволило сделать следующие ***выводы***.

Обращение к проблеме ***укрепления и поддержания общественного здоровья*** в контексте глобальной и социальной биоэтики обусловлено актуальной необходимостью, ибо феномен общественного здоровья выступает как их естественное воплощение и проявление.

При этом ***глобальная биоэтика*** выступает как *всеохватывающая и всеобъемлющая этика, носящая тотальный, универсальный характер и имеющая целью* ***приемлемое выживание*** человечества – не только как биологическое выживание, но и как социальная стабильность, устойчивое развитие общества, сохранение и развитие здоровой экосистемы.

Социальная биоэтика – это не только социальная сторона биомедицинской этики, но и воплощение постоянного воздействия биоэтики на общество и наоборот; их взаимодействие и глубинные сущностные модификации, которые происходят в рамках двух процессов – ***биоэтизации социума*** и ***адаптации биоэтики.***

Проблемы общественного здоровья принципиально отличаются от других областей медицины: они касаются в большей мере популяции в целом, чем конкретных индивидуумов, и предупреждения заболеваний больше, чем их лечения. В связи с этим область общественного здоровья зачастую оказывается вне действия основных биоэтических принципов, регулирующих биомедицинские исследования и клиническую практику, или традиционные биоэтические принципы имеют здесь свою специфику.

В контексте социальной биоэтики и поддержания общественного здоровья особое значение имеют ***социально-значимые заболевания*** – заболевания, приносящие ущерб обществу, требующие социальной защиты человека и пристального внимания к вопросам биоэтизации социума и адаптации биоэтики.

БИОЭТИКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Я.С. Яскевич
доктор философских наук, профессор,
УО «Белорусский государственный университет», Минск

Вот уже 15 лет, начиная с 2000 года, когда в Минске была проведена I Международная конференция «Биомедицинская этика: проблемы и перспективы» и издан сборник ее материалов, проблемы биоэтики находятся в центре внимания естественнонаучной и гуманитарной общественности Беларуси. Для Беларуси с ее кризисным уровнем баланса в системе «Природа-Общество» статус биоэтических параметров имеет особое значение. Данные биомедицинских исследований свидетельствуют о прямой и явной угрозе здоровью населения и сохранению генофонда, особенно в силу радиационно-химического загрязнения территории Беларуси, связанного с последствиями Чернобыльской катастрофы. Поэтому современная модель биоэтики и разработка программ биомедицинских исследований адаптирована к системе здравоохранения республики, ее научным, социокультурным, правовым и духовно-мировоззренческим традициям, но требует вместе с тем дальнейшего теоретического и практического развития.

В настоящее время в Республике Беларусь сложились объективные и субъективные условия для развития ***институциональных основ биоэтики***. Уже с 2000 г. этическая экспертиза доклинических и клинических исследований, медицинских технологий и др. осуществляется

сетью *локальных комитетов по этике*, созданных при лечебно-профилактических учреждениях и медицинских университетах, которые непосредственно осуществляют проведение этической экспертизы. В рамках отдельных регионов или ведомств действуют *региональные комитеты,* а на территории всей страны – *Комитеты и центры по биоэтике исследований* (Национальный координационный центр по безопасности при НАН Беларуси; Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении; Фармакологический комитет и др.).

В 2006 г. при поддержке Московского бюро ЮНЕСКО и Национальной комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО был создан Национальный Комитет по биоэтике (НКБЭ), призванный выступать с законодательными инициативами по защите прав человека в области биомедицины, осуществлять координацию действий локальных и региональных комитетов, вырабатывать генеральную линию биоэтического образования специалистов и населения. Цели НКБЭ Беларуси, прежде всего – осуществление общественного контроля над соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики; проведением фундаментальных биоэтических исследований, касающихся общечеловеческой и моральной ценности достижений биомедицинских наук; обеспечением независимой экспертизы, консультирования и принятия решений для защиты прав и достоинства участников биомедицинских, генетических и др. видов исследований с участием человека или животных; оценка этических, правовых и социальных вопросов биомедицинских исследований.

Одной из приоритетных областей развития биоэтики в Республике Беларусь является ***учебно-образовательная деятельность***. Осуществляется она на основе базовой программы ЮНЕСКО и разработанных в республике учебных программ «Основы биомедицинской этики» для студентов и «Актуальные проблемы биомедицинской этики» для аспирантов и магистрантов медицинских вузов. С 2001 г. в Международном государственном экологическом университете им. А.Д. Сахарова (МГЭУ), а затем и в Белорусском государственном медицинском университете (БГМУ) введен курс «Основы биомедицинской этики» для студентов биомедицинских специальностей. Подготовлено и соответствующее методическое обеспечение: разработаны учебные программы по биомедицинской этике для различных категорий слушателей в системе повышения квалификации: практических врачей и медиков-исследователей, преподавателей медицинских вузов, членов биоэтических комитетов, журналистов, освещающих проблемы биомедицины в СМИ и др. Издан также ряд учебных пособий и справочников [1 –7].

Сегодня в Республике Беларусь выстраивается три уровня биоэтического образования. Первый – биоэтическое образование будущих профессионалов – студентов медицинских вузов. Целью изучения курса «Основы биомедицинской этики» является формирование у них

осознанного нравственно-понимающего отношения к Живому и благоговейного отношения к человеческой Жизни. Второй уровень – обеспечение биоэтической компетентности действующих медиков через систему повышения квалификации. Наиболее фундаментальную биоэтическую подготовку получают преподаватели БГМУ на специальных семинарах «Современные проблемы теории и практики биомедицинской этики». Третий участок работы – биоэтическое просвещение населения, поскольку уровень некомпетентности населения, влияющий на общественное мнение и принятие решений по жизненно важным вопросам – от «информированного согласия» до принятия законов – требует незамедлительного вмешательства. Наиболее оптимальный путь – формирование грамотного общественного мнения населения через подготовленные на современном уровне СМИ.

Большую роль в создании системы биоэтического образования в Республике сыграл проект ЮНЕСКО «Образование и просвещение в области биоэтики в Республике Беларусь» (2006-2007 гг.). Сотрудничество с ЮНЕСКО в области биоэтики ведется сегодня не только в сфере образования. Оно осуществляется в рамках таких проектов ЮНЕСКО, как «Экологическая этика в системе биоэтического образования Республики Беларусь» (2008-2009), «Экологический информационно-образовательный центр «Волма» (2009), «Образовательный семинар-тренинг по эко- и биоэтике для молодежи Республики Беларусь» (2011), «Семинар-тренинг по проблемам биоэтики для журналистов Республики Беларусь» (2011), «Глобальная биоэтика в контексте образования молодежи» (2015). Результаты выполнения этих проектов обсуждаются в рамках ежегодных международных научных конференций МГЭУ «Сахаровские чтения», где традиционно организуются Круглые столы по различным аспектам биоэтики; докладываются нами на конференциях, семинарах и совещаниях региональных экспертов по биоэтике в Москве, Минске, Киеве, Вильнюсе, Кишиневе, Ереване. Особой честью для Беларуси стало выступление с сообщением о состоянии биоэтического образования в странах СНГ на специальном заседании18-й сессии Международного биоэтического комитета (IBC) ЮНЕСКО, посвященном проблемам биоэтики (2011, Баку), а также приглашение наших экспертов в Казахстан и Таджикистан для чтения курса лекций по проблемам биоэтики для преподавателей и членов Национальных этических комиссий.

Важнейшим направлением развития биоэтики в Беларуси явилась также разработка ***концептуальной теоретической модели биоэтики*** и механизмов ее аппликации к конкретным областям биомедицины. В последние годы активизировался интерес специалистов Беларуси к ***исследованию прикладных аспектов биоэтики***, в частности, в области биомедицинских и генетических исследований. В 2005-2007 гг. совместно с Институтом философии Российской Академии Наук разрабатывалась тема «Социально-философские и этические проблемы геномных исследований и

клинической медицины», результатом исследования которой стала коллективная монография «Биоэтика и гуманитарная экспертиза: проблемы геномики, психологии и виртуалистики» (2008). В 2010-2012 гг. совместно с Государственным Университетом медицины и фармации им. Н. Тестемицану (Молдова) – тема «Биоэтические основания медико-биологических и генетических исследований», по материалам которой издан 4-хтомный сборник «Стратегия безопасного развития современной цивилизации в контексте биоэтики, философии и медицины».

В течение последних трех лет объектом научного интереса МГЭУ им. А.Д. Сахарова являются ***биоэтические аспекты применения высоких технологий,*** в частности, нанотехнологий и наноматериалов в медицине, генетике и экологии человека. В совместном проекте с Национальным научным центром медико-биотехнических проблем при Президиуме НАН Украины нами разработана ***концептуальная модель наноэтики*** как теоретико-методологического основания этической оценки применения нанотехнологий и наноматериалов в биомедицине; обоснован статус ***наноэтики***, исследовано ее содержание и инновационно-прикладные механизмы ее функционирования; выявлены, обоснованы и предложены научному сообществу ***основные принципы наноэтики.*** На основе выявленных принципов, норм и императивов наноэтики разработан ***Кодекс этических правил***, соблюдение которого должно обеспечить биобезопасность проведения биомедицинских и генетических исследований.

В 2013-2015 гг. МГЭУ им А.Д. Сахарова совместно с Академией наук Украины разрабатывал проект «***Биобезопасность и проблемы взаимной адаптации природных и искусственных наноструктур в биомедицине и генетике: естественнонаучный и биоэтический аспекты***». Цель проекта – исследование методологических оснований естественнонаучного и биоэтического анализа возможностей, перспектив и механизма *взаимной адаптации природных и искусственных наноструктур.*

В настоящее время в МГЭИ им. А.Д. Сахарова в рамках БР ФФИ совместно с Республикой Молдова разрабатывается новый международный проект ***«Проблемы укрепления общественного здоровья в контексте социальной биоэтики и внедрения инновационных биомедицинских технологий»***, цель которого – на основе концептуальных моделей глобальной и социальной биоэтики и исследования возможностей и рисков внедрения инновационных биомедицинских технологий и генетики, разработать принципиальные подходы и практические рекомендации по решению проблем укрепления общественного здоровья, биоэтизации социума и адаптации биоэтики к потребностям современного здравоохранения и необходимости поддержания экологии человека. Предполагается, что разработка принципов и механизмов действия социальной биоэтики, анализ особенностей процессов биоэтизации общества и адаптации биоэтики к решению проблем здравоохранения, а также возможностей и рисков внедрения

инновационно-прикладных генетических и биомедицинских исследований, могут стать теоретико-методологическим основанием для реализации задач поддержания и укрепления общественного здоровья, формирования профессиональных биоэтических компетенций у специалистов (медиков и биологов) и просвещения населения. Впервые в целях совершенствования здравоохранения и оптимизации биомедицинских исследований будут изучены сущность, особенности и потенциал *социальной биоэтики*, разработана система этических стандартов и регулятивов деятельности ученых и практиков в области биомедицины и генетики в целях укрепления общественного здоровья, стабильности экологического статуса человека и сохранения его как биологического вида.

Список цитируемых источников

1. Биомедицинская этика / Ред. Т.В. Мишаткина и С.Д. Денисов. – Мн., 2000; 2-изд. – Мн., 2003. – 180 с.
2. Практикум по биоэтике и экоэтике: для школьного и внешкольного образования / Ред. Т. В. Мишаткина. – Мн., ЮНЕСКО–МГЭУ, 2011. – 252 с.
3. Биоэтика в Республике Беларусь / Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич. – Мн., МГЭУ, 2011. – 52 с.
4. Биоэтика: словарь-справочник / Ред. Т. В. Мишаткина. – Мн., МГЭУ, 2011.– 186 с.
5. Основы биоэтики / Ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов. – Мн., 2009. – 350 с.
6. Глобальная биоэтика для студентов и школьников / Ред. Т.В. Мишаткина – Мн., 2015.– 176 с.
7. Глобальная биоэтика в социальном измерении: словарь-справочник / Ред. Т.В. Мишаткина – Мн., 2015.– 196 с.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И ДУХОВНЫЕ ОСНОВАНИЯ БИОЭТИКИ КАК ПРАКТИЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В.С. Сайганова
кандидат философских наук, доцент
УО «Белорусский государственный университет», Минск

Становление и развитие техногенной цивилизации, начиная с XVI-XVII веков в Западной Европе, выдвинуло на первый план ценность научного познания, истины, новаций и активной деятельности человека по преобразованию природы. Традиционная же цивилизация (Древний Восток, античность, средневековье), вынося на первый план нравственно-практические и религиозные основы мировоззрения, опираясь на ценность традиций, гармонию человека и природы, минимизацию человеческого действия, с началом Нового времени начинает проигрывать в

удовлетворении растущих потребностей человека. Сциентизм и техницизм стали на долгое время мировоззрением техногенного типа цивилизационного развития, охватившего сегодня весь земной шар [1].

Однако уже к концу XIX – нач. XX века в культуре происходит осознание взаимосвязи и взаимообусловленности разума и нравственности, науки и этики, человека и природы. В русской философии это нашло выражение в философии космизма. Вл. Соловьев заключает, что София (мудрость) – это единство истины, добра и красоты. В западно-европейской философии предметом осмысления становится Жизнь (А.Шопенгауэр, Ф.Ницше, Дильтей, О.Шпенглер, А.Швейцер). Альберт Швейцер (врач и гуманист) в своей работе «Культура и этика» провозглашает принцип «благоговение перед жизнью».

Развитие всей культуры XX – нач. XXI вв. со всей очевидностью подтвердило практическую значимость этих философских положений. Постепенно происходит осознание человечеством того, что технический, научный, экономический, социально-политический прогресс должен быть дополнен *духовным, нравственным прогрессом*. В философском и научном осмыслении это проявилось в концепциях биосферы, ноосферы и этосферы, когда, соответственно жизнь, разум, нравственность становятся факторами коэволюции Человека и Вселенной. В то же время качественные изменения в современной науке привели к становлению постнеклассической науки, которая включила в сферу своего рассмотрения «человекоразмерные» объекты. В ткань всей современной науки входят непривычные для классической науки блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за полученные результаты. Ценности человека становятся сопряженными научной истине, а аксиологическая компонента становится неотъемлемой составляющей норм научной рациональности. Актуализируются проблемы этики науки и социальной ответственности ученого.

В свою очередь, глобализация в современной культуре проблемы здоровья и успехи биомедицинских исследований выводят медицину и фармацию на широкий круг новых проблем, имеющих ярко выраженные экологическую, экономическую, политическую, правовую и, наконец, духовную, нравственно-философскую и социально-психологическую составляющие.

Именно осознание взаимообусловленности естественнонаучной и гуманитарной культуры, принципа «благоговения перед жизнью»; взаимосвязи биосферы, ноосферы и этосферы в эволюции Вселенной; актуализация аксиологической составляющей в развитии постнеклассического типа научной рациональности и появление этики науки; глобализация проблемы здоровья и успехи биомедицинских исследований подготовили духовную почву для становления биоэтики как нового типа мышления и синтетической, междисциплинарной отрасли научного знания.

Слово «биоэтика» появилось сравнительно недавно, однако уже прочно вошло в наш словарный запас. Первым отчеканил этот термин и ввел в употребление известный онколог *Ван Ренсселер Поттер (Potter)* в 1971 году в книге «Биоэтика: мост в будущее». Введя данное понятие, он подчеркивал, что биоэтика должна стать «новой дисциплиной, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей». «Я выбрал, – писал он, – корень bio для символизации биологического знания, науки о живых системах, и Ethics для символизации познания системы человеческих ценностей» [2]. По словам Поттера, образовавшаяся пропасть между этическими ценностями человеческой культуры и биологическими основами его существования, лежащими в основе научно-технического прогресса, стали угрожать человечеству и самому существованию жизни на Земле. По его мнению, единственное, что может спасти нас от неизбежной катастрофы, это создание «моста» между двумя культурами – научной и нравственно-гуманитарной. Определение биоэтики как науки выживания приобретает широкий, философско-мировоззренческий смысл.

В то же время, осознание вмешательства человека во внешнюю природу, биосферу после открытий в сфере генетики человека, появления генной инженерии и успехов трансплантологии, дополнилось осознанием вмешательства человека в свою собственную биологию, во внутреннюю природу, что может угрожать здоровью человека. Это позволило *У.Т. Райху* в «Энциклопедии по биоэтике» (1978 г.) определить биоэтику как «систематическое исследование человеческого поведения в рамках наук о жизни и здоровье, проводимое в свете нравственных ценностей и принципов» [3]. В те же 80-е годы XX в. биоэтика получила новый научный импульс в работах знаменитого акушера голландского происхождения *Андре Хеллегерса*, который указал на междисциплинарный характер биоэтики: биоэтика для него это майевтика, т.е. наука способная обрести смысл лишь в процессе диалога ее с медициной, философией и этикой. Он сузил предмет биоэтики до этических аспектов, не рассматриваемых специально в клинической практике медицины. Именно его концепция биоэтики стала превалирующей: биоэтика начала рассматриваться большинством ученых как особая дисциплина, способная синтезировать биомедицинские и этические познания [4; 5].

Таким образом, становление биоэтики как науки обусловлено необходимостью выработки этических ориентиров человеческой деятельности, основанных на ценности Живого, Человека, его жизни и здоровья. Если философия как рефлексия над культурой представляет собой целерациональную деятельность по осмыслению ценностно-значимых ориентиров человеческой жизнедеятельности в мире, то биоэтика возникает как спасительная попытка реализации ценностей и целей бытия и жизни в коллизиях существования современного общества и человека. Предметом биоэтики выступает нравственное отношение

общества и человека к самому Человеку, его жизни и здоровью, иному Живому. В этом смысле биоэтика по праву предстает как практическая философия человеческой жизнедеятельности.

Список цитируемых источников

1. Человек. Наука. Цивилизация. К 75-летию академика В.С. Степина. – М.: Наука, 2004.
2. Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р. Поттер. – Киев, 2002. – С.7.
3. Цит. по: Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне – М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2002. – С. 14.
4. Основы биоэтики : учеб. пособие / Я.С. Яскевич [и др.]; под ред. Я.С.Яскевич, С.Д. Денисова. – Минск : Выш. шк., 2009. – 351 с.
5. Хрусталев, Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: Учебник / Ю.М. Хрусталев. – М.: ГЭОТ АРМедиа, 2013. – 400 с.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ БИОЭТИКИ

Л.В. Лукина
кандидат исторических наук, доцент
УО «ВГАВМ», Витебск

Биоэтика работает в режиме исторической модели биомедицинской этики, наряду с моделями Гиппократа, Парацельса и деонтологии. Историческая специфика и логические основания моделей определили становление и выработку ряда морально-нравственных принципов, составляющих ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Так, принципы врачевания «отца медицины» Гиппократа (460-377 гг. до н.э.) изложены в его «Клятве», в текстах «О законе», «О врачах». В их содержании отражено появление профессиональной врачебной этики. «Модель Парацельса», понимаемая как составляющая стратегии терапевтического поведения врача, учитывает эмоционально-психические особенности, душевно-духовные контакты личности с врачом и включенность этих контактов в процесс лечения. Нравственной основой, в формате данной модели, выступает принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание по существу и представляет организованное осуществление добра. Добро же по сути своей имеет божественное происхождение. «Всякое даяние доброе... нисходит свыше, от Отца светов» (Иак. 1,17). У Максима Исповедника находим, что всякая добродетель «безначальна», и время не предшествует ей, поскольку добродетель имеет от вечности своим Родителем единственнейшего Бога. В учении Парацельса сделан акцент, что сила искусства врача заключена в его сердце и работа его должна

руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью, а важнейшая основа лекарства это любовь. Деонтологическая модель врачебной этики, связанная с религиозной культурой, представляет собой совокупность «должных» правил, соответствующих определенной, конкретной области медицинской практики. Истоки представлений о «должном» заложены в религиозно-нравственном сознании, для которого характерно постоянное соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам**.** Примером этой модели врачебной этики служит хирургическая деонтология Н.Н. Петрова, изложенная им в работе «Вопросы хирургической деонтологии».

Биоэтика как принцип «уважения прав и достоинства человека» включает весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента и относится к исследованию социальных, экологических, медицинских, религиозных, социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека. В этом смысле биоэтика имеет этико-философскую направленность, оценивает результаты развития современных технологий и идей в медицине и биологии в целом, рассматривает медицину в контексте прав человека.

Биомедицинское знание и практика, как и в предшествующие эпохи истории, связано с этическим знанием, которое в пространстве культуры неотделимо от христианских традиций. Сознательно или бессознательно не видеть связь медицины, этики и религии приводит к неизбежному искажению сущности и назначению каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования. В учении старца Нектария Оптинского звучит, что если вы будете жить и учиться так, чтобы ваша научность не портила нравственности, а нравственность – научности, то получится полный успех вашей жизни. Связь научности и нравственности выступает одним из условия существования и выживания современной цивилизации.

Религиозное сознание указывает человеку на действительную цель его существования в мире. Воля Бога не в том, чтобы судить человека по предписанным инструкциям, а в том, чтобы человек достигал совершенства «по образу Бога». Осмысливая реальность современных биомедицинских технологий, опыт нравственно-этических отношений, Православие определяет основную онтологическую ориентацию, не предлагая пунктуального регламентированного учения. Вместе с тем, Истина Православия «таинственно сочетается» с догматами. Согласно В.Н. Лосскому, догматы в богословии это не «противоречащие разумному рассуждению внешние авторитеты, по послушанию принятые и затем к нашему пониманию приспособленные», но и зачатки «нового познания» [3]. Тайна же человеческого существа заключается в том, что человек является «причастником божественного естества» (2 Пет. 1,4),

реализованное в Боговоплощении, оно создает и гарантирует «тайну Личности». Сообразно синергии Господь делами своими «указует» пути и возможности духовного воздействия человека на его природу. Исцеление человека от духовных и телесных болезней, вплоть до частичной победы над смертью – все это «дела» Христовы, которые являются примером и призывом к делам человеческим. И можно провести аналогию между некоторыми евангельскими чудесами и современными биомедицинскими технологиями, которые усматриваются между «исцелениями», «оживлениями» и высоким уровнем развития реанимационных методик, жизнеподдерживающих систем и т.п. Ведущая онтологическая линия, опирающаяся на принцип синергии, предполагает, что в области биомедицинских исследований лечение болезней находится во власти человека, и чудесные исцеления, осуществляемые Богом и человеком, «отличаются не по цели и существу», а лишь по «способам их достижения». Различия же в способах не должны принижать принципа возможности исцелений, ведь мир не представляет собой механизм в его законченности. Принцип «святости жизни», помимо догмата о Боговоплощении и принципа синергии, представляет не маловажное значение для этических проблем врачевания. В Евангелии святость, освящение представляются везде как свойство христианства во всех его проявлениях: «да святится имя Твое» (Мф. 6,9), «Отче Святый... освяти ил истиною Твоею» (Ин. 17,11,17) [2].

Раскрытие содержания и смысла принципа «святости жизни» обнаруживает противопоставление двух нравственных сверхзадач врачевания, которые заключены в спасения жизни и готовности «дать» человеку умереть. Проблема жизни и смерти стоит в ряду основных проблем христианского сознания, решение которой определяет Воскресение Христово. Отношение врача к больному не может быть просто научным. Это отношение включает сострадание, жалость, уважение к человеку, готовность облегчить его страдания, продлить его жизнь. Отрыв этих задач от христианского контекста может привести к потере достоинства, свободы и милосердия в делах медицины, которая традиционно, веками вместе с религией отсчитывает ритм жизни и смерти.

Внимание к религиозно-этическому аспекту биоэтики вызвано тем, что биоэтика применяется к значительному спектру понятий, относящихся к биотехнологии. Сюда относят манипуляции с генами, нанотехнологии, экологию, биофармакологию, репродуктивную медицину, исследования стволовых клеток и т.д. В биоэтике, биотехнологии нередко упускается человеческая личность, изменения, происходящие в ней под действием различных технологий, деформация взаимоотношений между людьми в результате применения биотехнологий. И, как следствие, недостаточно внимания уделяется размышлениям о духовной жизни человека, о его взаимоотношениях с Богом, своими близкими и родными в

контексте погружения в мир биотехнологий. Таким образом, различные религиозно-этические рекомендации, правила, принципы, исходя из исторических особенностей, должны быть синтезированы в ценностно-нормативном содержании «уважения прав и достоинства человека» в рамках биоэтики.

Список цитируемых источников

1. Антоний Сурожский, митрополит. О медицинской этике// Независимый психиатрический журнал. 1995. – Вып. 1. – С.46-54.
2. Библия. Книги Священного Писания, Ветхого и Нового Завета, Канонические / В рус. переводе с параллельными местами. США Швеция: Издание «Русское библейское общество», б.г. – 600.с.
3. Лосский В.Н. Бог и мировое зло. М.: Республика,1994. – 432с.
4. Першин М. Против «цивилизованных» убийств (к принятию закона о биоэтике) // Православная беседа. 1998. – № 1. – С. 42 – 44.
5. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat http://www.dissercat.com/content/formirovanie-bioeticheskogo-mirovozzreniya-aspekty-metodologii#ixzz2hdKgjH7B

ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Н.Г. Болтрушевич
кандидат исторических наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Коренные общественные и политические изменения, произошедшие в нашей стране в 1980-1990-х гг., позволили всем христианским направлениям не только восстановить из руин тысячи храмов и сотни монастырей, но и возродить традиции образовательного, просветительного, благотворительного, миссионерского, церковно-общественного служения.

Отражением церковного возрождения в Русской православной церкви стали Архиерейские Соборы, на которых свободно обсуждались актуальные проблемы церковного возрождения, принимались решения по каноническим, дисциплинарным и вероучительным вопросам.

Особое значение имеет принятие Юбилейным Архиерейским Собором Русской православной церкви (13 - 16 августа 2000) Основ социальной концепции Русской Православной Церкви. Этот документ, подготовленный Синодальной рабочей группой под руководством митрополита Смоленского и Калининградского Кирилла и явившийся первым документом такого рода в православном мире, излагает базовые положения учения Церкви по вопросам церковно-государственных отношений и по ряду современных общественно значимых проблем.

Необходимость выработки всеобщей концепции была осознана Русской православной церковью еще в начале 1990-х годов. Архиерейский собор РПЦ в декабре 1994 года поручил Священному Синоду создать рабочую группу для выработки проекта такого документа с последующим представлением его на обсуждение Собора.

В группу вошли архиереи и клирики РПЦ, профессора духовных школ, сотрудники синодальных отделов - всего 26 человек. С января 1997 года начались рабочие заседания. Состоялось около 30 заседаний рабочей группы. Предварительные результаты подготовки концепции обсуждались на Богословской конференции Русской православной церкви «Православное богословие на пороге третьего тысячелетия» (7-9 февраля 2000 года) и на специально организованном для этой цели симпозиуме «Церковь и общество – 2000», который состоялся в Свято-Даниловском монастыре 14 июня 2000 года с участием около 80 представителей различных церковных, государственных и общественных институтов. Замечания и предложения, высказанные в ходе этих обсуждений, были учтены при доработке проекта концепции.

Проект был рассмотрен и одобрен (с внесением некоторых поправок) на заседании Священного Синода 19 июля 2000 года. При этом документ получил название «Основы социальной концепции Русской православной церкви». Юбилейный Архиерейский собор 2000 года утвердил данный документ и постановил:

1. Утвердить «Основы социальной концепции Русской православной церкви», излагающие базовые положения её учения по вопросам церковно-государственных отношений и по ряду современных общественно значимых проблем. Считать данный документ отражающим официальную позицию Московского Патриархата в сфере взаимоотношений с государством и светским обществом.

2. Синодальным учреждениям, епархиям, монастырям, приходам и другим каноническим церковным подразделениям, а также клирикам и мирянам руководствоваться «Основами социальной концепции» во взаимоотношениях с государственной властью, различными светскими объединениями и организациями, внецерковными средствами массовой информации. Употреблять указания данного документа в пастырской практике, связанной с новыми явлениями жизни общества. Полагать полезным принятие церковным Священноначалием на основе этого документа определений по различным более конкретным вопросам.

3. Включить «Основы социальной концепции Русской православной церкви» в учебный процесс в духовных школах Московского Патриархата.

4. Считать необходимым ознакомление с данным документом всех священнослужителей и мирян Русской православной церкви, для чего издать его достаточным тиражом и опубликовать в компьютерной сети Интернет.

Основы социальной концепции состоят из 16 разделов, каждый из которых освещает ту или иную общественно значимую проблему, сторону жизни государства и общества: I. Основные богословские положения; II. Церковь и нация; III. Церковь и государство; IV. Христианская этика и светское право; V. Церковь и политика; VI. Труд и его плоды; VII. Собственность; VIII. Война и мир; IX. Преступность, наказание, исправление; X. Вопросы личной, семейной и общественной нравственности; XI. Здоровье личности и народа; XII. Проблемы биоэтики; XIII. Церковь и проблемы экологии; XIV. Светские наука, культура, образование; XV. Церковь и светские средства массовой информации; XVI. Международные отношения. Проблемы глобализации и секуляризма. Материал разделов изложен по параграфам.

Принятие в 2000 году «Основ социальной концепции Русской православной церкви» стало знаменательным событием в развитии всего социального учения русского православия. По сути в этом документе, впервые получили официальное закрепление ранее разрозненные концепции и подходы православной идеологии к актуальным проблемам современного развития. В основных своих идеях «Основы социальной концепции Русской православной церкви» во многом повторяют уже хорошо отработанные за последние десятилетия выводы. Однако есть и целый ряд новых моментов.

Серьезная переоценка заметна при определении места и роли Русской православной церкви в рамках современного государства. В отличие от 1970- 1980-х годов прошлого века, когда Русская православная церковь большей частью в своей деятельности ориентировалась на политику советского государства, в «Основах современной концепции Русской православной церкви» довольно четко проводится идея о большей самостоятельности церкви в обществе: «Церковь может взаимодействовать с государством в делах, служащих благу самой Церкви, личности и общества. Церковь призвана принимать участие в устроении человеческой жизни во всех областях, где это возможно, и объединять соответствующие усилия с представителями светской власти».

Сохраняется традиционное осуждение Русской православной церковью основных социальных пороков, таких как наркомания, проституция, пьянство. Широко развёрнута православием и пропаганда в защиту семьи, материнства и детства. Подчёркивая «исключительность брачных отношений», отмечая, что «продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза», идеологи православия традиционно считают аборт «тяжким грехом». «Православная церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта».

Таким образом, на протяжении многих столетий в истории Беларуси Русская православная церковь являлась одной из хранителей духовных и нравственных ценностей. В современном изменяющемся мире всё более

отдаляющегося от своей духовной составляющей, Церковь выстраивает тесное взаимодействие с обществом во всех сферах его деятельности. Сегодня Русская православная церковь, отделенная Конституцией от государства, все чаще участвует в общественно-политической жизни страны, обсуждает пути решения глобальных проблем человечества. Однако при таком влиянии в целом в обществе на наш взгляд она выполняет самую главную задачу, отражённую в словах Патриарх Московский и всея Руси Алексия II (с 7.06.1990 по 5.12.2008 – патриарх Московский и всея Руси): «Церковь видит свою миссию не в общественном устройстве... а в единственном, от Бога заповеданном служении спасению душ человеческих. Это свое предназначение она выполняла во все времена, при любых государственных формациях».

Список цитируемых источников

1. Основы социальной концепции Русской православной церкви. – Москва, 2000.
2. Круглова, Г. А. Глобальные проблемы современности в «Основах социальной концепции Русской православной церкви» / Г. А. Круглова // Вестник БГУ. Сер. 3. – 2004. – №3. – С. 61-66.

ПЕРСОНАЛИСТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА КАК ЕВРОПЕЙСКИЙ БИОЭТИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ

А.А. Шевченко
кандидат философских наук
БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», Воронеж, Россия
Д.А. Соколов
кандидат медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО «Воронежской государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение. Эволюция биоэтики в условиях глобализации позволяет утверждать, что в настоящее время на смену североамериканской биоэтической модели приходит новый биоэтический проект, создаваемый в Европе. В докладе обсуждается современное состояние и перспективы европейской биоэтики.

Основная часть. Во второй половине двадцатого века в одну точку сошлись три процесса, способствовавшие радикальному повороту в истории этической мысли, которые привели к созданию биоэтики. Во-первых, кризис гиппократовской медицинской этики патернализма. Злоупотребления в медицине, связанные с ее коммерциализацией, процессами дегуманизации, остро поставили проблему равноправия

больного и врача в вопросе принятия решений, относящихся к здоровью и жизни. Во-вторых, обнаружились серьезные противоречия между теорией и практикой внутри самой медицины, положившие начало медицине, основанной на доказательствах. Самой сутью этих противоречий было выявление теоретической несостоятельности медицинского знания, базирующегося лишь на анатомическом представлении о человеке как наблюдаемом извне теле с биологическими функциями. В-третьих, это процессы секуляризации морали, нравственности и этики, особенно сильно заметные после второй мировой войны в связи с падением тоталитарных режимов в Европе, зачастую, опиравшихся на этический авторитет христианской церкви. Либерализация общества в двадцатом столетии сопровождалась повсеместным отказом от церковных авторитетов и от христианской этики, в том числе в научной мысли, – в частности, в медицинской мысли.

Биоэтика как мост между естественнонаучными и гуманитарными дисциплинами, возникает в США, и оттуда быстро распространяется как биоэтика принципализма по всему миру [1]. Два основных недостатка этого популярного проекта становятся в скором времени все более и более очевидными. Прежде всего, предложенные принципы биоэтики возможно наполнить совершенно произвольным этическим содержанием и проранжировать по степени значимости разными способами. Кроме того, биоэтика принципализма как вариант нормативной этики находится в противоречии с христианской этикой, основанной не на внешних предписаниях, а на внутренних регулятивах поведения, которыми являются совесть и любовь, которые невозможно использовать как этические предписания на манер юридических норм. Поэтому с самого своего возникновения и по сей день не существует единой биоэтики. После папской энциклики Humanae vitae, ставшей ответом на дискуссию экспертов ООН и Всемирной организации здравоохранения по вопросам рождаемости, биоэтика была обречена оставаться расколотой на секулярную и богословскую [2]. Биоэтика, задуманная как воссоединение, как мост, стала этикой раскола. К этому можно добавить незавидную участь светской биоэтики в странах-аутсайдерах по признаку создания новых медицинских технологий. Вне этих стран создавались новые технологии диагностики и лечения, которые ставили острые этические вопросы, которые разрешались там же, где и возникали. Прочие страны получали новые медицинские технологии вместе с готовыми биоэтическими решениями, что превращало биоэтику в выхолощенную, схоластическую и довольно скучную для преподавания дисциплину.

Нельзя не заметить, что христианская церковь внесла свою лепту в размежевание двух биоэтик высказываниями этических мнений о жизни, не утруждая себя тщательными исследованиями биологии и не замечая кризиса учения о «естественном нравственном законе». Инерции повторений мыслей о греховности новых медицинских технологии пора бы

уже противопоставить создание церковного интеллектуального пространства, где эти технологии будут мыслиться не как «зло по существу», а как форма соработничества человека и Бога [3]. Такой подход более соответствует истории христианской мысли, создававшей опросы, – интеллектуальные горизонты за которые человеку не следует выходить, дабы не впасть в ересь, но внутри которых человек свободен в своем личном интеллектуальном и нравственном выборе [4]. Трудность диалога секулярной и светской биоэтики связана с тем, что существует очевидная невыразимость религии на языке науки. Диалог науки и религии может совершаться только изнутри веры и внутри церкви, но никак не между верующими и неверующими.

Биоэтика – это дисциплина о границах жизни, о том, где живое умирает. Социальная реальность глубоко биоэтична: живое умирает, если к нему относиться как к неживому. Человек не может быть без ущерба для жизни и состояния здоровья редуцирован к правам и обязанностям, к номеру в страховом полисе или индивидуальному налоговому номеру, он не потребитель благ и не объект управления. Он есть личность, понимаемая церковью как образ и подобие Бога. Социобиологию с ее идеей генно-культурной коэволюции и представлениями об альтруизме как движущей силе биологической эволюции, сегодня сменила нейтроэтика и нейтротеология. Но не в лаборатории ученого, а только в пространстве личной веры будет решаться вопрос о том, является ли Бог созданием или создателем головного мозга, и могут ли без участия Бога эволюционировать нейронные сети в направлении этического усовершенствования человечества.

Этический проект Европы может быть создан как альтернатива этике принципализма. Этой альтернативе вполне соответствует формирующаяся этика персонализма [5], источниками которой стали европейская философия персонализма, христианская этика и христианская биоэтика, а также движение «За жизнь», с его интуицией святости человеческой жизни. Европейской культуре, взращенной на христианских ценностях, есть что сказать о жизни и о человеке. Европейской биоэтике есть, что ответить на критику взаимоотношений религии и медицины по вопросам религиозных границ врачебного вмешательства, возможности нанесения морального вреда религией больному человеку, и по проблеме сравнительно-конфессиональных исследований о связях вероисповедания со здоровьем.

Заключение. Современный статус биоэтики характеризуется, с одной стороны, противоречивостью биоэтики патернализма, противоречиями между секулярной и христианской биоэтикой. С другой стороны, обнаруживаются признаки стагнации биоэтики, оторванной от обсуждения реальных проблем жизни, относящихся к социально-политическим и экономическим процессам человеческой жизни.

Персоналистическая биоэтика является европейским ответом на современные вызовы биоэтической науки [6].

Список цитируемых источников

1. Gracia, Diego: Procedimientos de decisión en ética clínica. – Madrid, Eudema, – 1991.
2. Gafo, Javier. Bioética teológica. – Madrid, 2003.
3. Cruz Antonio. Bioética cristisna. Una propuesta para el tercer milenio. – Barcelona, 1999.
4. Velasco, Juan María. La bioética y el principio de solidaridad : una perspectiva desde la ética teológica. – Bilbao, 2003.
5. Elio Sgreccia. Bioetica Personalista e Diritti dell'Uomo // Studia Bioethica. – 2012. – №3. – P. 47-56.
6. Gabriel Amengual I. Coll. Persona y dignidad humana. En torno a un debate en bioética. // Cuadernos Salmantinos de Filosofía. – 2012. – 39:369-386.

ЭЙТАНАЗИЯ, БИОЭТИКА, ПРАВО

Я.О. Тринева
кандидат юридических наук, доцент
Киев, Украина

Введение. Согласно Концепции государственной политики в области биоэтики в Украине, чрезвычайно важной задачей биоэтики является четкая формулировка современных биоэтических принципов, поскольку необходимость их выполнения не вызывает сомнений у научного сообщества. Во исполнение этой задачи и в рамках основных принципов биоэтики, изложенных во Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, мною была разработана более подробная и адаптированная к украинскому законодателю и правоприменителю совокупность этих принципов. С их помощью становится возможным выяснить каким образом возможно обезопасить общество от опасного знания, результатом которого стала озабоченность общества задуматься над необходимостью легализации ейтаназии.

Основная часть. Опасное знание – это знание, которое стало результатом неравномерного развития разных научных отраслей (знаний), вследствие чего значительный «рывок» в одной отрасли, сопровождался отставанием других отраслей знаний, в частности отсутствовала моральная готовность общества к такому знанию и соответственно – правовое обеспечение опасного знания. Подобный перекос неизбежно приводит к социально-правовому дисбалансу в обществе.

Предупредить подобный социально-правовой дисбаланс возможно с помощью уже имеющихся или потенциальных мер государственно-

правового реагирования. Так с помощью разработанных мною биоэтических принципов попробую доказать «биоэтичнисть» и способы легализации лишения жизни другого человека по просьбе на примере ейтаназии в соответствии с законодательством Украины.

Уточню, что к биоэтическим принципам мною относятся: принцип экоцентризма, принцип альтруизма, принцип транспарентности, принцип рационализма, принцип равновесия, принцип ограничений, принцип безопасности жизнедеятельности и принцип реализма. Приведенные принципы могут применяться как отдельно так и дополняя друг друга.

Проведя исследование в области права, посвященное перспективам легализации лишения жизни другого человека по просьбе, к его видам мною были отнесены: ейтаназия, ортаназия, самоубийство, ассистируемое врачом (САВ) и, так называемое, привилегированное «убийство» (преступление – ненасильственное лишение жизни другого человека, за которое предусматривается смягченная уголовная ответственность).

Под последней формой лишения жизни другого человека по просьбе, понимается потенциальный состав преступления «Лишение жизни другого человека по его просьбе» (ст.118 -1 Уголовного кодексы Украины).

Под САВ понимается консультирование врачом и предоставление летального средства неизлечимо больному пациенту, который терпит неутолимые физические и/или моральные страдания, настойчиво и осознанно обратился к врачу за предоставлением консультации и летального средства.

Ортаназией называется лишение жизни врачом, в соответствии с процедурой, определенной в законе, неизлечимо больного пациента, уполномоченные представители которого обратились к врачу с осознанной и настойчивой просьбой о лишении жизни такого пациента.

Эйтаназией называется лишение жизни неизлечимо больного пациента, который терпит неутолимые физические и/или моральные страдания, по его осознанной и настойчивой просьбе о прекращении его жизни, произведенное врачом в соответствии с определенной в законе процедурой. Проект закона «Про обеспечение права человека на достойную смерть» мною также был разработан и представлен в Верховный Совет Украины.

Обосновывая необходимость легализации ейтаназии, обратимся к принципу *альтруизма.* Согласно этому принципу в основе существования человечества, природы лежит всеобщая любовь: к жизни, природе, другому человеку. Эта любовь содержит в себе эмоцию сочувствия. Однако сочувствие не праздное, а такое, которое находит свое проявление в предоставлении возможности другому человеку избежать страданий, вызванных неизлечимой болезнью, и проявляется в возможности применения ейтаназии. Закон, предусматривающий такую возможность будет отвечать потребностям человека, его можна рассматривать как

правовой закон, который является идеальным для этого общества в определенный (современный) промежуток времени.

Необходимость легализации ейтаназии подтверждает и принцип *транспарентности,* который заключается в «прозрачности» получения новых знаний. Поскольку он не был соблюден – человечество не имело возможности подготовиться к «навязыванию» (государством, медициной) жизни ужасного качества вследствие «затягивания» существования человека, обремененного наличием неутолимых физических и/или моральных страданий. Исходя из этого, государство, в лице законодательной власти, просто не имеет права лишать права человека самому найти выход из «тупика», куда его загнало государство. Подобным выходом является право человека распоряжаться собственной жизнью по своему усмотрению, прибегая к квалифицированной помощи медицинского работника.

Необходимость ограничения абсолютизации права на жизнь человека заключается и в принципе *рационализма.* Ведь рассуждая здраво, трудно найти веские аргументы против желания человека, который терпит невыносимые физические страдания из-за неизлечимой болезни, которому осталось прожить в этих муках не более полугода, закончить жизнь. Вполне естественно, что больному, хочется закончить жизнь таким образом, чтобы этими последними ужасными минутами не перечеркнуть все то хорошее ради чего он жил.

Принцип *равновесия*, к которому апеллируется в дальнейшем, тесно переплетается с принципом *экоцентризма*, ведь это два основополагающих биоэтические принципы. Согласно принципу равновесия – все в природе должно быть уравновешенным. Если это равновесие нарушается, непременно происходит что-то, что устанавливает status quo сторон. Достоянием человечества, благодаря научно-техническому прогрессу, появилась возможность осуществлять контроль не только над рождением человека, но и над его смертью. Однако для предупреждения злоупотребления этим принципом, он должен быть дополнен принципом *реализма*. Согласно ему недопустимо искусственное воспроизводство баланса в природе. В контексте легализации ейтаназии это означает, что принудительное лишение жизни человека, даже страдающего из-за невыносимых мук, однако не высказавшего осознанную просьбу о прекращении его жизни – недопустимо. Такое деяние должно квалифицироваться как убийство при отягчающих обстоятельствах.

Заключение. Учитывая указанные биоэтические принципы в качестве основы правового обеспечения противодействия преступности в сфере легализации лишения жизни другого человека по просьбе (это родовое понятие в которое входят эйтаназия, ортаназия, САВ и привилегированное «убийство» – «Лишение жизни другого человека по его просьбе»), мною был предложен проект закона Украины «Про обеспечение права человека на достойную смерть», а для предупреждения злоупотреблений в этой

области – изменения в Уголовный кодекс Украины, предлагающие дополнить его статьей 143-1 «Нарушение порядка проведения процедуры ейтаназии». Также, в качестве, временной альтернативы легализации ейтаназии и ортаназии, предложено дополнить УК Украины составом преступления «Лишение жизни другого человека по его просьбе», который предусматривает смягченную ответственность за это деяние. Что касается САВ, то его легализация должна происходить через позитивное законодательство, предусматривающее процедуру его проведения (например – упомянутый проект закона). Формально же в Украине за проведение САВ юридической ответственности не предусмотрено.

ПРАВО НА СМЕРТЬ: НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

М.Г. Королёв

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Развитие современной науки и техники позволило значительно улучшить качество жизни человека, что, в том числе, способствовало увеличению его средней продолжительности жизни. Однако, усовершенствуя медицинскую технику, борясь за жизнь, человек не заметил обострения другой этической проблемы − спокойного принятия смерти. Подключение к аппаратам жизнеобеспечения и другие экстраординарные меры способны продлить биологическое существование организма на неопределённый срок. Но очень часто это именно существование, а не полноценная жизнь. Поэтому важно понимать, что фундаментальное право на жизнь неразрывно связано с не менее фундаментальным правом на смерть. Современное общество ставит преграды на естественном перетекании первого во второе, что актуализирует биоэтические проблемы эвтаназии и врачебной жестокости, а если посмотреть на них с позиции врача – проблему нравственного выбора при оказании помощи пациенту.

Суть эвтаназии – ускорить наступление смерти перед лицом её неизбежности или нестерпимой боли. О ней пишут и говорят очень много, поэтому в рамках данного дискурса мы не будем останавливаться на этой проблеме, а своё внимание обратим на противоположный полюс «бунта против смерти» − врачебную жестокость.

Под термином «врачебная жестокость», который ещё не в полной мере устоялся в русскоязычной научной мысли, понимается состояние, когда человеку не дают умереть, настаивают на поддержании жизни любой ценой, в том числе ценой напрасных страданий. Согласно И. Карраско де Паула, медицинское вмешательство оборачивается врачебной жестокостью, когда осуществляется при помощи средств, слишком мучительных для больного или несоразмерных скромным результатам (фактически они сводятся к тому, что до бесконечности продляют агонию) [1, с. 206].

Другими словами, речь идёт о том, что больному нужно оказывать всю необходимую ординарную и экстраординарную помощь, чтобы он жил, пока остаётся надежда на выживание. Но в случаях смертельных болезней экстраординарные средства не всегда обязательны к применению. Если болезнь на последней стадии или состояние человека несовместимы с жизнью (например, рак, обширнейшие ожоги), когда все врачи говорят, что состояние необратимо, то следует отказаться от экстраординарных мер. Не стоит делать переливание крови, чтобы продлить на день жизнь угасающего человека, не стоит подключать его к аппаратам жизнеобеспечения, если установлено, что мозг не подаёт ключевых признаков жизни. Если человек мучается, то ему следует дать обезболивающее, успокоительное, препараты, которые позволят ему расслабиться, но больше ничего не предпринимать. Держать пациента в состоянии агонии – это неуважение к жизни и смерти, прямой пример врачебной жестокости.

Для врача этот вопрос напрямую связан с положением о должном оказании медицинской помощи, за нарушение которого предусмотрена ответственность вплоть до уголовной. В этой связи нравственный выбор становится ещё более сложным. Согласно документам ВОЗ, решение об экстраординарном медицинском вмешательстве не может быть правомочным без согласия пациента, а если же он находится в бессознательном состоянии, то надлежит обращаться к его родственникам. Поэтому для клинических случаев моральная ответственность с врача в определённой степени снимается. Но в ситуациях чрезвычайных происшествий именно врач должен максимально объективно оценить состояние пострадавшего и принять решение об оказании того или иного вида помощи. Самое главное здесь, если опираться на принципы христианской биоэтики, нести до конца ответственность за сделанный выбор. Врач должен или позволить человеку умереть, снизив боль и мучения, или применить меры реанимации, а потом прилагать силы для наступления выздоровления (но ни в коем случае не склонять позднее пациента или его родственников к эвтаназии). Конечно, выбор этот не простой. Но врач в первую очередь должен руководствоваться принципам блага пациента. А поддержание жизни организма любой ценой – не всегда можно считать благом.

Таким образом, проблема принятия смерти в современном обществе становится всё более актуальной. Человеку удалось за последнее столетие значительно продлить свои дни на земле, ежегодно тратятся большие деньги на исследования по преодолению смерти. Однако от неё не уйти. И многие хитрости продления жизни для конкретных людей становятся ловушками, не дающими достойно встретиться со смертью. Сегодня в западном обществе дискуссии по данному вопросу ведутся вокруг проблемы эвтаназии и врачебной жестокости. В этой связи нравственный выбор врача при оказании медицинской помощи во многом становится

определяющим фактором. Самое важное − чтобы этот выбор действительно служил на благо человека.

Список цитируемых источников

1. Карраско де Паула, И. Биоэтика. Этика человеческой жизни и целостности личности / И. Карраско де Паула // Нравственное действие христианина. − М. : Христианская Россия, 2007. − С. 135-218.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ И СМЕРТИ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

А.М. Мясоедов

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Развитие медицинской этики в XX–XXI вв., изменение акцентов в решении некоторых ее традиционных вопросов подтверждают, что основной мировоззренческо-аксиологической проблемой медицины все больше становится проблема отношения врача к *жизни* и *смерти*. Медики по роду своей профессиональной деятельности непосредственно соприкасаются с этой проблематикой, несущей в себе глубокое научное содержание и большой ценностный смысл. Именно в ней, по нашему мнению, сосредоточены и новые акценты в трактовке медицинского гуманизма. В этом вопросе интересы медицины тесно переплетаются с интересами философии, юриспруденции, религии, этики.

Вместе с тем до сегодняшнего дня нет единства в понимании и однозначной экспликации сущности и критериев *жизни и смерти* человека как высших базовых ценностей, что трагически сказывается на судьбах многих людей, например, ждущих пересадки донорских органов от умерших людей. Кроме того, решение этой проблемы даст возможность определиться и в решении вопроса о праве человека на достойную жизнь и столь же достойную смерть. А это, в свою очередь, выступает необходимым основанием деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов.

Новые подходы в отношении к *жизни* привнесла в медицинскую деятельность *биоэтика*. Швейцеровский принцип «благоговения перед жизнью» [1], предлагает и предписывает благоговейное отношение к жизни всюду и всегда, когда индивид встречается с другими проявлениями воли к жизни.

Всеобщая *Декларация ЮНЕСКО по биоэтике и правам человека* (2005) [2] требует и в клинической практике, и в биомедицинских исследованиях проявления особого, бережного отношения к любой форме жизни. Эти требования становятся особенно актуальными в свете развития новейших генно-инженерных и биомедицинских технологий, когда встает вопрос о судьбе эмбрионов, стволовых клеток, об экспериментах в области

вспомогательных репродуктивных технологий и вмешательстве в человеческую природу.

Значительное место занимает в современной культуре *феномен смерти*. Особенно обсуждаемыми являются такие ее аспекты, как философское понятие смерти, ее медицинские и юридические критерии, биохимические процессы старения и умирания, психология восприятия и отношения к смерти, ритуалы погребения и др. Сегодня единый критерий смерти еще не выработан, что осложняет работу врачей.

Вместе с тем в системе ценностей современного общества произошла эволюция: во второй половине XX века все чаще стали говорить не только о праве человека на жизнь, но и о *праве на достойную смерть*.

Жизнь человека ограничена зачатием и смертью. Смерть – естественное явление, венчающее конец жизни, поэтому право на достойную жизнь и на достойную смерть – это естественное право каждого человека. П.Д. Тищенко утверждает, что коренящаяся в основаниях культуры установка на «одомашнивание» смерти требует общественного признания и защиты права на достойную смерть [3, с. 24]. Автор считает, что смерть в современной культуре должна пониматься, прежде всего, как поступок самодетерминации, как реализация права человека и на жизнь, и на смерть. Это серьезная проблема для профессиональной медицинской культуры.

До середины XX в. вопрос о призвании врача и целях медицины был очевидным: врач должен бороться с болезнью, поддерживать здоровье пациента, облегчать его страдания и, по мере возможности, продлевать ему жизнь. В новых условиях продление жизни зачастую оборачивается не облегчением, а продлением вместе с жизнью и страданий больного. Поэтому возникает вопрос, решение которого зависит от господствующих в медицинской культуре ценностей и который требует от врача внутреннего самоопределения: не превращается ли благороднейшая и гуманнейшая задача медицины – *борьба с болезнью* – в свою противоположность – *борьбу за поддержание болезни* на максимально долгий срок [4, с. 89]. В связи с этим высвечивается и другая проблема. Вступают в противоречие право пациента на *жизнь*, требующее от врача спасать жизнь пациента, иногда вопреки его желанию, и право пациента на *моральную автономию* – право принимать собственное решение, требующее от врача уважать его обдуманное решение, возможно, ценой его жизни.

Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается праву человека на смерть, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни. Человечество столкнулось с новой областью объективной реальности: впервые предметом изучения медицины становятся не только болезнь и здоровье, но и процесс умирания. Проблема смерти составила стержень поисков и решений многих биоэтических исследований, она легла в основу понимания других философско-этических проблем: понимания сущности человека,

предназначения жизни, критерия живого и неживого. Почти все сложные и противоречивые проблемы биомедицинской этики (эвтаназия, аборт, трансплантация) прямо и непосредственно связаны с проблемой смерти. Сегодня все больше людей считают, что каждый имеет право умереть, не позволяя продлевать свою жизнь искусственно. Решающий аргумент – чрезмерные страдания умирающего, которые врачи не могут облегчить. Однако если осознание права человека на достойную смерть постепенно укореняется в культуре, то поиск путей его реализации остается сложнейшей биоэтической проблемой, которая интенсивно обсуждается в двух направлениях: как *проблема эвтаназии* и как *проблема паллиативной медицины*, находящей свое воплощение в создании *хосписов*.

В обществе отношение к смерти обсуждается довольно активно. Так, о принципиальной смене ценностных установок профессионального сознания врачей свидетельствуют социологические исследования отношения врачей к эвтаназии как способу решения медицинской проблемы. Согласно исследованию 1994 г. 51,5% и 44,8% российских врачей в возрасте соответственно 41–50 и 51–65 лет на вопрос «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» ответили «никогда об этом не думал». Но весьма показательным результатом исследования явилось то, что в возрастной группе от 21 года до 30 лет 49% врачей ответили на этот вопрос положительно [5, с. 148].

А.А. Чмырева и А.А. Тылецкая (2009) отмечают, что больше половины респондентов из числа учащейся молодежи положительно относятся к эвтаназии (63% – «за», 17% – «против», 20% затруднились ответить) [6, с. 485]. В результате опроса врачей, среднего и младшего медицинского персонала было выяснено, что рассматривают эвтаназию как право человека 86% медсестер, 63% санитарок и 47% врачей [6, с. 486].

Исследование, проведенное автором в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», позволило выяснить, как сегодня относятся к проблеме эвтаназии студенты-медики и врачи.

Среди студентов 2 курса выступают против эвтаназии 43,6%, поскольку считают, что: медицина динамично развивается, возможно, скоро появится излечение от данного заболевания – 50,5%; человек – это творение Бога, и никто кроме него не вправе распоряжаться жизнью человека – 47,1%; жизнь – высшая ценность – 44,1%; возможны злоупотребления в применении эвтаназии – 32,4%; эвтаназия в Республике Беларусь запрещена законом – 5,8%.

За эвтаназию выступает 34,6%, поскольку, по их мнению: пациент не видит перспектив лечения и не может терпеть сильные боли – 63,7%; право распоряжаться жизнью – личное право каждого – 59,3%; наступает моральное истощение больного и его родственников – 55,6%; родственники и государство несут большие материальные затраты – 7,4%. Затруднились ответить на этот вопрос 21,8% [7].

Среди студентов 4 курса против эвтаназии выступает 38,7%, так как считают, что человек – это творение Бога, и никто кроме Бога не вправе распоряжаться жизнью человека – 41,4%; медицина динамично развивается, возможно, скоро появится излечение от данного заболевания – 31%; жизнь – высшая ценность – 27,6%; возможны злоупотребления в применении эвтаназии – 20,7%.

За эвтаназию выступают 38,7% студентов 4 курса, поскольку: пациент не видит перспектив лечения и не может терпеть сильные боли – 48,2%; наступает моральное истощение больного и его родственников – 44,8%; право распоряжаться жизнью – личное право каждого – 31%; родственники и государство несут большие материальные затраты – 17,2%. Затруднились ответить на данный вопрос 22,7%.

Среди врачей со стажем работы *до 5 лет* за эвтаназию выступают *30,77%.* По их мнению, эвтаназия возможна, поскольку серьезное заболевание морально истощает больного и его родственников – 34,62%, право распоряжаться жизнью – личное право каждого – 30,77%, пациент не видит перспектив лечения и не может терпеть сильные боли – 23,08%, поддерживать жизнь – большие материальные затраты родственников и государства – 15,38%.

Против эвтаназии выступает 46,15% молодых врачей со стажем работы до 5 лет, так как считают, что необходимо поддерживать жизнь умирающего человека, поскольку жизнь – высшая ценность и человек – это творение Бога, и никто кроме него не вправе распоряжаться жизнью человека – по 30,77%, возможны злоупотребления в применении эвтаназии – 19,23%, медицина динамично развивается, возможно, скоро появится излечение от данного заболевания – 11,54%, эвтаназия в Республике Беларусь запрещена – 7,69%.

23,08% врачей со стажем работы до 5 лет затруднились выразить свое отношение к проблеме эвтаназии.

За эвтаназию выступают *18,9%* врачей со стажем работы от 6 до 19 лет, поскольку пациент не видит перспектив лечения и не может терпеть сильные боли – 32%, право распоряжаться жизнью – личное право каждого – 22%, моральное истощение больного и его родственников – 19%, большие материальные затраты родственников и государства – 5%.

Против эвтаназии выступает 54,1% врачей со стажем работы от 6 до 19 лет, поскольку медицина динамично развивается, возможно, скоро появится излечение от данного заболевания – 26,1%, жизнь – высшая ценность – 23,9%, человек – это творение Бога и никто кроме него не вправе распоряжаться жизнью человека – 19,6%, возможны злоупотребления в применении эвтаназии – 19,6%, эвтаназия в Республике Беларусь запрещена – 8,7%, человек – творение Бога и никто кроме него не вправе распоряжаться жизнью человека – 19,6%.

27% респондентов со стажем работы от 6 до 19 лет затруднились ответить относительно проблемы эвтаназии.

Среди врачей со стажем работы более 20 лет лишь 4,5% считают, что эвтаназия возможна, поскольку право распоряжаться жизнью – личное право каждого – 41,7%, пациент не видит перспектив лечения и не может терпеть сильные боли – 30,5%, большие материальные затраты родственников и государства – 16,7%, моральное истощение больного и его родственников – 11,1%.

58,2% врачей со стажем работы более 20 лет убеждены, что необходимо поддерживать жизнь умирающего человека, так как: человек – творение Бога и никто кроме него не вправе распоряжаться жизнью – 28,8%, жизнь – высшая ценность – 27,9%, медицина динамично развивается, возможно, скоро появится излечение от данного заболевания – 22,2%, эвтаназия в Республике Беларусь запрещена – 8,6%.

37,3% врачей со стажем работы более 20 лет затруднились выразить свое отношение к проблеме эвтаназии.

Таким образом, можно сделать вывод, что сегодня практически равное количество будущих медиков и врачей выступает как «за», так и «против» применения эвтаназии, около трети опрошенных из-за сложности данной проблемы еще не определились. Разные группы людей по-разному относятся к ней, причем понимание данной проблемы связано с их возрастными, профессиональными и культурными особенностями. Так, В.Е. Лапшин [8] утверждает, что эвтаназия выступает социально необходимым процессом и элементом реализации субъектных прав человека, поэтому она должна быть легализована и четко регламентирована правом.

Развитие биотехнологий, представление смерти как длительности, не только биологической, но и социальной, множественность критериев смерти также затрудняют поиск универсального ответа на вопрошание человека о смерти. Современные споры биоэтики о критериях смерти, попытки выделить феномен «социальной смерти», пусть пока еще в сфере медицины, только приоткрывают направления нового осмысления человеком собственного бытия.

Критерии жизни и смерти человека детерминируются сегодня не только результатами медико-биологических научных исследований, но и доминирующим в культуре аксиологическим отношением к жизни и смерти, пониманием сущности и предназначения человека, прав и свобод личности. По мнению автора, только нахождение оптимального соответствия между ними позволит выйти на определение норм деятельности врача при решении этих открытых проблем.

Список цитируемых источников

1. Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А. Швейцер; под общ. ред. А.А. Гусейнова, М.Г. Селезнева. – М. : Прогресс, 1992. – 572 с.
2. Universal Declaration on Bioetics and Human Rights, 19 Oct. 2005 // United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Electronic

resource]. – 2012. – Mode of access : http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. – Date of access : 22.05.2012.
3. Тищенко, П.Д. Биотехнологии и проблема самоидентичности человека: автореф. дис. … д-ра филос. наук : 09.00.08 / П.Д. Тищенко ; Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М., 2001. – 42 с.
4. Мишаткина, Т.В. Три круга этики / Т.В. Мишаткина // Человек. – 2006. – № 5. – С. 89–98.
5. Быкова, С. Эвтаназия: мнение врачей / С. Быкова, Б. Юдин, Л. Ясная // Человек. – 1994. – № 2. – С. 148.
6. Чмырева, А.А. Эвтаназия глазами медицинских работников и молодежи / А.А. Чмырева, А.А. Тылецкая // Студенческая медицинская наука XXI века : материалы IX междунар науч.-практ. конф., Витебск, 29–30 окт. 2009 г. / Витеб. гос. мед. ун-т ; редкол.: С.А. Сушков (пред.) [и др.]. – Витебск, 2009. – С. 485–487.
7. Мясоедов, А.М. Ценностные ориентации студентов-медиков в сфере будущей профессиональной деятельности / А.М. Мясоедов // Адукацыя і выхаванне. – 2011. – № 3. – С. 13–19.
8. Лапшин, В.Е. Смерть как правовое явление : автореф. дис. … канд. юрид. наук : 12.00.01 / В.Е. Лапшин ; Владим. юрид. ин-т Федер. службы исполн. наказания. – Владимир, 2005. – 21 с.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КЛЯТВЫ В МЕДИЦИНЕ

С.С. Корсак

УЗ «Буда-Кошелёвская центральная районная больница», Буда-Кошелёво

Введение. Глоссарий понятия «клятва»:

- клятвенное заверение, заклятие, присяга [1];
- торжественное обещание, уверение [2];
- присяга, заклинание [3].

В мире есть немного профессий, представители которых приносят клятву на верность избранному пути. Пожалуй, самая известная профессиональная присяга – медицинская *«Клятва Гиппократа»*. Между тем, многие современные медики считают, что эта клятва безнадёжно устарела.

Основная часть. Самый знаменитый врач античности Гиппократ (460 - 370 годы до нашей эры) оставил после себя наставления о подготовке к хирургическим операциям, инструкции по трепанации черепа и вправлению вывихов, а также рецепты для быстрого заживления ран. Однако его имя прославила клятва, две с половиной тысячи лет служившая для медиков этической точкой отсчёта. Она первые была принята его учениками на греческом острове Кос.

«Клятва Гиппократа» — общеупотребительное название торжественного обещания, приносимого каждым, кто собирается вступить на путь врачевания.

К ней же (не будучи знакомыми с её содержанием) аппелируют и больные, пытаясь мотивировать медиков оказать им медицинскую помощь, когда те, по каким-то причинам, отказывают в ней, или больным кажется, что им отказывают.

Первоначальный её вариант был написан Гиппократом в V веке до нашей эры, на ионийском диалекте древнегреческого языка, – «Hippocratis jus — jurandum». С тех пор текст клятвы многократно переводился на другие языки, подвергался редактированиям, существенно изменившим его первоначальный смысл.

Во многом, все существующие на сегодняшнее время медицинские клятвы являются современными редакциями клятвы Гиппократа. Тем не менее, во многих странах есть и свои *«Клятвы Гиппократа»*.

В России до революции врачи принимали, так называемое, *«Факультетское обещание»*, текст которого прилагался к свидетельству об окончании медицинского факультета университета.

В сентябре 1948 года в Швейцарии 2-я Генеральная ассамблея Всемирной Медицинской Ассоциации приняла *«Женевскую декларацию»*, которая, по существу, была современной редакцией *«Клятвы Гиппократа»*.

Позже в 1949 году декларация вошла в *«Международный кодекс медицинской этики»*.

Эта декларация была дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, август 1968 года), 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, октябрь 1983 года) и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 года).

В Израиле врачи приносят «*Клятву еврейского врача»*. Это связано с тем, что в традиционном тексте *«Клятвы Гиппократа»* упоминаются боги древнегреческого Пантеона, что идёт вразрез с иудаизмом, где Бог один.

В СССР Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364-VIII от 26 марта 1971 года была утверждена *«Присяга врача Советского Союза»*, которую принимали все врачи, при получении дипломов.

4-й Конференцией Ассоциации Врачей России (Москва, ноябрь 1994 года) была утверждена *«Клятва российского врача»*.

Государственной Думой Российской Федерации (РФ) 17 ноября 1999 года принята *«Клятва врача РФ»*.

В Республике Беларусь (РБ) врачи принимают *«Клятву врача РБ»*, текст которой изложен в статье 55 Закона РБ № 2435-XII от 18 июня 1993 года (в редакции Закона РБ № 164-З от 16 июня 2014 года).

Конечно, клятва Гиппократа не дожила до нас в неизменности. Были отвергнуты многие её положения, отражавшие религиозные представления

того времени и разделение труда между врачами – терапевтами и хирургами (цирюльниками). Однако почти 25 веков подряд эта клятва объединяла медиков!

Сегодня авторитетные организации европейских и американских врачей предлагают пересмотреть то, что осталось от старой клятвы. Мир стал другим, преданность врача пациенту испытывается на прочность бурным развитием технологий, меняющимися тенденциями рынка и глобализацией. Так мотивируют необходимость перемен представители Американского Совета по Внутренним Болезням (ABIM), Американского Колледжа Терапевтов – Американского Общества по Внутренним Болезням (ACP – ASIM) и Европейской Федерации по Внутренним Болезням (EFIM).

В ряде случаев традиционная *«Клятва Гиппократа»* вступает в противоречие с требованиями части общества, в том числе, некоторых медицинских работников. В частности, всё чаще обсуждается возможность узаконить эвтаназию, которая в корне противоречит традиционной *«Клятве Гиппократа»*.

В Северной Америке и Европе в 2006 году текст клятвы был заменён *«Профессиональным Кодексом»*. По мнению авторов этого документа, текст, предложенный греческим врачом ещё две с половиной тысячи лет назад, не отражает реалий сегодняшнего дня. Например, во времена Гиппократа не было такого важного принципа работы современных медиков, как право пациента на собственный выбор. Кроме того, врачи того времени не сталкивались с постоянными подозрениями в непрофессионализме со стороны общества, властей и журналистов.

В настоящее время на территории США действие Клятвы Гиппократа ограничено судебным прецедентом, основанным на «Homeland Security Act». В соответствии с этим прецедентом, врачебная помощь террористам и потенциальным террористам признана незаконной экспертной помощью и является уголовно наказуемой [4]!

В предложенной западными медиками *«Хартии медицинского профессионализма»* имеется десять профессиональных обязательств и три фундаментальных принципа: приоритет интересов пациента, автономность пациента (его решения по лечению должны быть определяющими) и социальная справедливость (недопустимость любой дискриминации).

Имеются рассуждения, зачем вообще современному медику нужна клятва? Для неверующих есть законы, а христианину достаточно заповедей!? Ведь сказано в Евангелии: «не клянись» (Матфей. 5, 34).

В истории христианства никогда не отрицалась присяга, – её принимали военные и медики. А *«Клятву Гиппократа»* надо воспринимать, как некий моральный кодекс. Если врач без уважительной причины отказывается помочь больному, тот может всегда апеллировать к его совести: ведь ты же давал *«Клятву Гиппократа»*!

Заключение. Для верующего врача *«Клятва Гиппократа»* в своём первоначальном виде неприемлема, – хотя бы потому, что начинается со слов обращения к языческим богам. Но для своего времени она была очень большим достижением, подняв высокую нравственную планку в медицине! Поэтому не случайно, что в христианском мире она всё-таки была принята, – с поправками и изменениями.

Таким образом, *«Клятва Гиппократа»* и через два с половиной тысячелетия после своего возникновения имеет большое нравственно – воспитательное значение и остаётся актуальной и нужной не только для медиков, но и для общества в целом.

Список цитируемых источников

1. Александрова, З.Е. Словарь синонимов русского языка: практический справочник / З.Е. Александрова. – 13-е изд. – М.: Русский язык медиа, 2005. – С. 176.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов; под общ. ред. И.К. Сазоновой. – 7-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1968. – С. 272.
3. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. / В.И. Даль; под общ. ред. К.В. Виноградовой. – М.: Русский язяык, 1989. – Т. 2. – С. 124.
4. Клятва Гиппократа // Википедия: свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Клятва_Гиппократа. – Дата доступа: 25.10.2016.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

С.Б. Мельнов
доктор биологических наук, профессор
директор РНПЦ «Экология», Минск

Последние десятилетия XX в. ознаменовались бурным развитием молекулярной генетики, приведшим к появлению *генной инженерии,* на основе которой разрабатываются различного рода биотехнологии. Появились возможности генной терапии некоторых заболеваний человека, его зародышевых и соматических клеток, получения идентичных генетических копий организма. Эти формы генетического вмешательства требуют этической оценки и обсуждения своих последствий. Генно-инженерные исследования начала XXI в. еще больше затрагивают интересы общества, а дискуссии по этическим проблемам пользы и вреда достижений генной инженерии становятся важным компонентом научной деятельности биологов и медиков. Большинство ученых считает, что исследования в этом направлении следует продолжать, однако главной целью их должно быть не улучшение природы человека, а лечение болезней.

Проведение генетических исследований порождает некоторые *специфические этические проблемы*. Основанием для их регулирования выступает, прежде всего, *Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека* (ЮНЕСКО, 1997), в которой сбалансированы гарантии соблюдения прав человека и необходимость обеспечения свободы исследований. В Декларации говорится: «Цель прикладного использования результатов научных исследований по геному человека, в том числе в области биологии, генетики и медицины, должна заключаться в уменьшении страданий людей и в улучшении состояния здоровья отдельного человека и всех людей».

Специфические биоэтические проблемы порождаются проведением ***генетического тестирования,*** следующие аспекты которого подлежат *этической экспертизе*:

– значимость исследования, научные предпосылки к его проведению;

– дизайн (оформление протокола) исследования;

– допустимости использования тех или иных процедур в исследовании;

– выбор объектов исследования;

– риски и преимущества исследования;

– коммерческие интересы при исследовании.

Самый серьезный блок этических проблем при проведении генетического тестирования (ГТ) связан с получаемой при этом ***информацией***.

1) Является ли полученная в результате ГТ информация собственностью исследователя или она должна предоставляться и участникам исследования?

2) При необходимости анализа родословной семьи и генетической информации о ряде других членов семьи может возникнуть проблема внутрисемейного прессинга (родственники, которые желают знать информацию, могут оказывать давление на других, которые данную информацию знать не хотят); если такой прессинг происходит при прямом или косвенном участии исследователя, то возникает ситуация принуждения и даже насилия.

3) Сохранение *личной информации* участников исследований (*privacy*): если в ходе ГТ выявляется нежелательная для оглашения семейная информация (усыновление, инцест, отсутствие биологического родства), значимая для данной семьи, то родственников участника исследования необходимо рассматривать как отдельных участников исследования и брать у них информированное согласие. Подобные ситуации должны анализироваться с позиции рисков и преимуществ исследования.

4) При проведении ГТ важен вопрос об *объеме информации*, которая будет предоставлена участникам исследования. С позиции принципа автономии, пациентам всегда должны предоставляться результаты тестов, с

которыми они могут затем делать что угодно. С позиции принципа пользы, информация о результатах ГТ должна предоставляться только тогда, когда данные научно обоснованы и доказана их клиническая значимость.

5) Доступ к данным ГТ или ограничение к их предоставлению должны базироваться на *трех условиях*: а) величина предполагаемого вреда (угрозы) здоровью пациента от его генетического статуса; б) точность, с которой результаты ГТ могут выявить этот вред (угрозу); наличие возможных методов (вмешательств), способных устранить данный вред (угрозу).

Наряду с проблемой получения и доступа к индивидуальной информации новой биоэтической проблемой является ***общее согласие на использование генетических данных.*** Международный и совместный характер современных исследований предполагает необходимость широкого доступа к биомедицинским и генетическим данным для круга ученых, занятых в различных областях исследований. Поэтому так важна необходимость крупномасштабных глобальных коллекций тканей и баз данных. Вместе с тем это может потребовать пересмотра этических норм отношения к пациенту и получаемой информации.

Хранилищами собраний человеческого биоматериала различного типа являются ***биобанки*** – увеличивающие потенциал исследований коллекции образцов ДНК, тканей, опухолевых клеток или крови, вместе с которыми обычно хранятся связанные с ними медицинские или фенотипичные данные доноров. Общая цель биобанков заключается в хранении уже собранных образцов и использовании их не только в текущих, но и будущих исследованиях. Основные этические вопросы в отношении биобанков возникают: к уровню доступа посторонних к их содержимому; наличию или перспективам промышленных и коммерческих интересов; характеру связей с другими национальными или международными биобанками; к особенностям получения и использования *информированного согласия* от участников исследований (доноров биобанков).

Обычно информированное согласие связано с конкретным исследованием. В ситуации биобанка потребовалось бы получения нового согласия у доноров каждый раз, когда образцы будут использоваться иной группой исследователей или в иных целях. Это может быть дорого и непрактично, что серьезно ограничит полезность биобанков как ресурса для исследователей. Поэтому биобанками используется ***концепция общего согласия,*** ставящая своей целью содействие как можно большему числу исследований. *Общее согласие* – это данное участником поручение или разрешение исследователю выполнять манипуляции на основе предоставленной информации. Однако, поскольку образцы, содержащиеся в биобанке, предназначены для неоднократного использования в исследовательских проектах, которые могут проводиться и по прошествии долгого времени после сбора, характер предоставляемой информации будет

уже несколько иного рода, чем обычное информированное согласие. При этом общее согласие отличается от «открытого», или «чистого» согласия (согласие на неограниченное использование образца). Общее же согласие подразумевает расширенное, но в определенных пределах, использование. Оно основывается на информации о видах проводимых исследований и политике использования биобанка, которая предполагает потенциальную пользу от исследования, низкий уровень сопряженного риска (при наличии защиты конфиденциальности) и признание автономности субъекта исследований. Вместе с тем здесь и возникают основные этические проблемы.

1. Отсутствие конкретной информации о тех или иных аспектах возможного использования образцов в будущем делает такое согласие не полностью автономным, поскольку общему согласию не хватает моральной значимости конкретного согласия на основе полной информации. Поэтому для защиты участников исследования от вреда больше ответственности ложится на исследователя.

2. Если при обычном согласии на конкретное исследование у участника всегда существует возможность выхода из него, то при общем согласии это может быть затруднительно, поскольку образцы и данные могут быть использованы в самых разных исследовательских проектах и находиться в различных лабораториях и исследовательских центрах. Однако образцы и данные, если они адекватно отслеживаются, могут быть выведены из включения в будущие исследования, если донор того пожелает.

3. Следующий моральный аспект — это защита частной жизни и конфиденциальности, средством которых выступает *анонимность*. Разрыв связи между образцами (данными) и донорами приведет к тому, что для донора нет необходимости контролировать частные случаи их использования для защиты своих интересов. Однако при возникновении возможности сопоставления анонимных данных с личностью донора, может возникнуть нарушение неприкосновенности частной жизни или конфиденциальности.

4. Существует также проблема обратной связи с донором (особенно при выявлении побочных обстоятельств). В ходе генетических исследований может быть случайно обнаружена клиническая предрасположенность или другие обстоятельства, существенные для донора. В случае полной анонимности образцов (нет шифра, чтобы проследить источник), невозможно будет установить обратную связь с донором и передать ему важную информацию, касающеюся опасного, но излечимого заболевания. Это требует не стремиться к полной анонимности образцов, но шифровать их и оговаривать в общем согласии набор обстоятельств, в которых будет использоваться код для обратной связи.

В какой же степени генетические исследования и данные следует рассматривать отдельно от другой медицинской информации? Являются ли

эти различия достаточными, чтобы в генетике применялись особые правила?

Есть два возможных пути выделения значимых различий генетической информации от прочих ее видов. Так, можно считать такую информацию более личной, интимной, чем любые другие медицинские данные, поскольку в некотором смысле состав генома определяет наше «я» и воплощает нечто основополагающее, неизменное в нас, заслуживающее особой защиты. Это наиболее распространенная формулировка *генетической исключительности*.

Другая трактовка *генетической исключительности* указывает на коллективный характер наследственной информации, которая характеризует не только единичную личность. С этой точки зрения наследственную информацию лучше рассматривать как находящуюся в совместном владении и требующую особых стандартов конфиденциальности и разглашения. Вместе с тем размещение генома конкретного пациента в свободном доступе может привести к раскрытию информации (возможно даже, секретной) о членах его семьи. Достаточно ли будет, если только данный пациент даст свое согласие или необходимо участие членов семьи? Насколько это зависит от степени уникальности данной генетической информации и от ее значения для его близких?

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Л.И. Шаркова
кандидат медицинских наук, доцент
А.М. Купченко
В.В. Становенко
кандидат медицинских наук, доцент
Н.Г. Харкевич
доктор медицинских наук, профессор
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Конец XX и начало XXI века характеризуются активным развитием науки о пересадке органов и тканей. До настоящего времени возможности трансплантации вызывают в мире удивление и восхищение профессиональной уникальностью выполненных операций. По характеру выполненных оперативных вмешательств, в том числе в сфере трансплантации органов и тканей, в настоящее время судят об уровне развития медицины в стране.

Трансплантология является отраслью медицины, которая изучает не только проблемы пересадки органов и тканей, но и разрабатывает методы консервирования органов, а также создание и применение в практической

медицине разнообразных искусственных органов, применение которых позволяет ослабить, а иногда и решить проблему нехватки донорских органов.

Таким образом, трансплантология стала областью медицины, сконцентрировавшей в себе новейшие достижения хирургии, анестезиологии, реаниматологии, иммунологии, фармакологии и других медико-биологических наук. Именно в трансплантологии разрабатываются новейшие медицинские технологии высшей категории сложности, которые затем находят широкое применение и в других областях практической медицины.

Однако, в трансплантологии имеется еще много проблем, прежде всего, этических, возникающих в результате манипуляций с телом человека, как живым, так и мертвым. При пересадке органов и тканей неразрывно связаны два очень важных момента человеческого жизненного пути: это вероятная смерть пациента в случае отсутствия возможности заменить жизнеспособный орган, либо смерть человека, тело которого может стать донором какого либо органа или угроза потери физического здоровья живого донора. Дальнейшее развитие трансплантологии имеет определенные ограничения, как медицинского, так и этико-правового характера. Успехи в пересадке органов не снимают моральную напряженность вокруг этого вида медицинской деятельности.

Именно поэтому, несмотря на колоссальнейшие достижения трансплантологии, изучение этических проблем в трансплантологии является очень актуальной и на сегодняшний день.

Основная часть. Этико-правовые проблемы трансплантологии связаны с основными этапами самой пересадки органов. Это, прежде всего, констатация смерти человека и забор органов и тканей у него, а также консервирование этих органов и тканей и дальнейшее распределение их между нуждающимися реципиентами. То есть, у кого взять и кому отдать – важнейшая из проблем трансплантации.

Пересадка органов выполняется у пациентов в таких случаях, когда без такой операции они неизбежно погибли бы. При этом трансплантация не только продлевает жизнь человеку, но и, что особенно важно, обеспечивает ее более высокий качественный уровень. Врачебная профессиональная этика в отношении трансплантации органов от живых доноров однозначна: помочь больному-реципиенту необходимо обязательно, но только не за счет здоровья донора или ухудшения качества его жизни.

Запрещается законом пересадка органа, если заведомо известно, что эта операция нанесет необратимый вред донору, вызовет у него нежелательные последствия или тяжелые осложнения. Безнравственно продлевать жизнь на какое то время ценою ухудшения здоровья, или сознательного причинения травмы и сокращения продолжительности жизни здорового донора. Еще одно правило объясняет механизм принятия

решения врачом о трансплантации: пересадка органа допустима, если результат операции оправдывает нежелательные побочные эффекты, которые могут возникнуть в послеоперационном периоде. Следовательно, в случаях живого донорства речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда должно действовать правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред.

К медицинским факторам, ограничивающим более успешное развитие трансплантологии, относятся проблемы иммунологического подбора донора, показатели здоровья реципиента, а также научно-медицинские проблемы разработки и применения технологий трансплантации органов и тканей.

Среди многих морально-этических проблем, возникающих при трансплантации, наиболее серьезной является проблема установления момента возможного забора органа, то есть, проблема констатации смерти. В зависимости от того, какое состояние человеческого организма признается моментом его смерти как человека, появляется возможность для прекращения поддерживающей терапии и проведения мероприятий по забору органов и тканей для их последующей трансплантации.

В большинстве стран мира главным критерием смерти человека, как состояния необратимой деструкции критических незаменимых систем организма, является смерть мозга. Диагноз смерти мозга устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов) коллегиально при организационной и финансовой независимости врачей профессионалов и согласно разработанным единым инструкциям.

Принцип коллегиальности заключается в обязательном участии нескольких врачей в диагностике смерти мозга. Три специалиста являются минимально допустимым количеством врачей, имеющим право констатировать смерть мозга. Такой принцип позволяет значительно уменьшить риск преждевременной диагностики и вероятность злоупотреблений.

Еще одним принципом является организационная и финансовая независимость бригад в трансплантации. Одна из бригад констатирует смерть мозга, другая осуществляет забор органов и третья осуществляет саму пересадку органа.

Еще одной проблемой в трансплантологии является распределение донорских органов, так как во всем мире существует дефицит донорских органов.

Именно степень иммунологической совместимости пары донор-реципиент является главным критерием, влияющим на решение врача – кому выполнять трансплантацию. Согласно этому принципу орган пересаживают тому реципиенту, кому он больше всего подходит по иммунологическим показателям. Иммунологические и биологические данные человека, нуждающегося в пересадке органа, заносят в базу данных, так называемый «лист ожидания».

Одной из важнейших этических проблем в трансплантологии является коммерциализация трансплантации. Это связано с тем, что человеческие органы становятся товаром, а в условиях всеобщего дефицита донорских органов – дефицитным и очень дорогим товаром. Коммерциализация противоречит высочайшей гуманистической идее трансплантологии: смерть служит продлению жизни, поэтому является недопустимой.

Таким образом, трансплантация органов или тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья пациентов, но только в соответствии с гуманными принципами.

Заключение. Несмотря на грандиозные успехи в технике выполненных операций, этические проблемы, возникающие при осуществлении трансплантации органов и тканей, не снижаются, а только возрастают. Именно поэтому проводится большое число международных конференций, публикаций, общественных дискуссий по данной теме. Но трансплантация, в соответствии с морально-этическими нормами и законодательством, остро необходима для лечения ранее безнадежных пациентов и является высочайшей степенью врачебного риска и последней надеждой для пациента.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Г.К. Баркун
кандидат медицинских наук, доцент
И.М. Лысенко
доктор медицинских наук, профессор
Е.Г. Косенкова
кандидат медицинских наук
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Биоэтика, возникшая в последнее десятилетие XX века, явилась ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной клинической практике. Широкое обсуждение «проблемных ситуаций» в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. В связи с последним обстоятельством некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании медицинской помощи. Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли к проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как

личности. Соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом [2].

Основная часть. Биоэтические проблемы возникают в технологиях искусственного оплодотворения. Зарождение человеческой жизни выступает целью таких медицинских технологий как искусственное осеменение, экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, гаметы, зиготы, «суррогатное материнство». Потребность в технологиях искусственного оплодотворения связана с проблемой бесплодия. Статистика свидетельствует о том, что 18% брачных пар в России страдают бесплодием [1], трем миллионам супружеских пар показано искусственное оплодотворение. Причинами первичного бесплодия чаще всего выступает генетический или физический дефект. Вторичное бесплодие возникает в процессе жизнедеятельности человека, как у женщины, так и у мужчины. У мужчин на первое место выходят нервно-психические перегрузки, стрессы, нарушающие репродуктивную функцию. У женщин вторичное бесплодие является следствием эндокринных расстройств, эндометриоза, перенесенных воспалений, абортов. Исследования показывают, что 55% вторичного бесплодия составляют последствия абортов. Для супружеских пар в 3% случаев причиной бесплодия может быть иммунологическая несовместимость [1]. Спрос на технологии искусственного оплодотворения поступает не только по медицинским показаниям, но и по социальным. Практика репродуктивных центров свидетельствует о том, что желание иметь своих детей выражают представительницы тех профессий, для которых беременность сопровождается потерей партнеров по бизнесу, супружеские пары нетрадиционных сексуальных ориентаций. В связи с этим возникает непростой вопрос: есть ли смысл законодательно закреплять подобные социальные запросы?

Применение технологий искусственного оплодотворения вызывает к жизни ряд непростых биоэтических проблем:

- права супружеской пары в решении вопроса иметь или не иметь ему потомства;
- коммерциализации услуг, предоставляемых центрами вспомогательной репродукции;
- права врача и ученого на использование для лечения методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и проведение исследований и разработок в области репродуктологии человека;
- ранний зародыш человека: его защита законом, предел допустимости исследований на ранних эмбрионах человека;
- донорство гамет и эмбрионов человека;
- консервация гамет и эмбрионов человека;
- суррогатное материнство: медицинские, этические и правовые вопросы;

- понятия «семья», «родители», «дети» и их изменения в свете использования ВРТ [2].

Острота поставленных вопросов обусловлена тем фактом, что в последние годы в программы вспомогательной репродукции за рубежом стали включаться одинокие женщины и представители сексуальных меньшинств. Применение ВРТ изменить привычное понимание структуры семьи, в которой будут сразу 5 родителей: юридические отец и мать, донор спермы (биологический отец), донор яйцеклетки (биологическая мать), суррогатная мать [2,3]. Методы искусственного осеменения спермой донора (ИОСД) и спермой мужа (ИОСМ) применяются, в основном, в случаях мужского бесплодия и мужской импотенции, при несовместимости мужа и жены по резус-фактору и некоторых других случаях. Первый известный науке случай искусственного осеменения был произведен на собаках в конце XVIII века аббатом Спаланцани. В связи с использованием технологии искусственного осеменения возникают следующие биоэтические проблемы: анонимность доноров и реципиентов; возможность для пар, использовавших донорскую сперму, получить информацию о доноре; родительские права доноров половых клеток и эмбрионов; право совершеннолетних детей иметь информацию о «биологическом отце»; возрастной предел для донорства спермы и др. Опыт медицинской практики зарубежных стран проливает свет на некоторые вопросы. Так, во Франции, где функционируют более 20 центров искусственной инсеминации, отбор спермы донора обязательно включает следующие требования: доноры обследуются на наличие заболеваний, передающихся половым путем; донорами могут стать только мужчины, имеющие детей. Свое отношение к ВРТ высказало и православие. Позиция православия в этом вопросе непосредственно связана с пониманием христианством сущности брака. Брак – это таинство, целостность супружества. Это единение «душ и телес», а деторождение – не единственная цель брака. Поведение человека, идущее вразрез с этими положениями, оценивается как грех, как зло [4].

Заключение. Таким образом, к оценке разных способов осеменения православие подходит дифференцированно: искусственное осеменение незамужней женщины отвергается и оценивается как форма блуда; искусственное осеменение замужней женщины, но без согласия мужа, отвергается и оценивается как прелюбодеяние, как грех. Искусственное осеменение замужней женщины спермой мужа оценивается неоднозначно: одни представители православия считают осеменение спермой мужа неестественной, так как ребенок не зачат в результате нормального полового сношения; другие считают, что осеменение спермой мужа не разрушает целостности супружеских отношений. Вышеизложенные позиции характерны как для зарубежного, так и для отечественного православия.

Список цитируемых источников

1. Акопов, В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. – М: Книга-сервис, 2002. – 352 с.
2. Биомедицинская этика. Словарь-справочник / под ред. Т.В. Мишаткиной. – 91 с.
3. Яровинский, М.Я. Лекционный курс по медицинской этике. Ч.1,2. / М.Я. Яровинский. – М. – 2000.
4. Силуянова, И.В. Этика врачевания / И.В. Силуянова. – М., 2000.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Н.Н. Семёнова

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Согласно Конституции гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Важной составной частью общего здоровья человека является репродуктивное здоровье. Обеспечение репродуктивных прав граждан и содействие формированию высоких репродуктивных потребностей населения – одна из основных задач обеспечения демографической безопасности.

В современном мире, в том числе и в Республике Беларусь, проблемы бесплодия имеют огромное социально-демографическое значение. Количество бесплодных пар в Республике Беларусь увеличивается с каждым годом. Причины бесплодия многообразны: это и пороки в развитии половой системы, и нарушения функций половых органов, общие заболевания либо сильная интоксикация организма, психические и неврологические расстройства.

Однако, научно-технический прогресс не стоит на месте: появляются новые методы лечения бесплодия благодаря созданию высокотехнологического оборудования, позволяющего получать и поддерживать жизнедеятельность половых клеток и эмбрионов вне организма. Широкое внедрение и использование репродуктивных технологий вызывает ряд моральных, этических и правовых вопросов. Однако, еще большую озабоченность и тревожность вызывают манипуляции в области суррогатного материнства.

Основная часть. Суррогатное материнство – вид вспомогательных репродуктивных технологий, заключающийся в соединении сперматозоида и яйцеклетки, изъятой из организма генетической матери, или донорской яйцеклетке вне организма женщины, развитии образовавшегося в результате этого соединения эмбриона, дальнейшем переносе данного

эмбриона в матку суррогатной матери, вынашивании и рождении ею ребенка [1].

В Республике Беларусь условия и порядок применения суррогатного материнства установлены законодательством.

Немаловажным условием является то, что услугой суррогатной матери может воспользоваться женщина, для которой вынашивание и рождение ребёнка по медицинским показаниям физиологически невозможны либо связаны с риском для ее жизни или жизни ее ребенка.

Показаниями к суррогатному материнству являются:

- отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- наличие соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности и родов;
- ненаступление беременности при проведении вспомогательных репродуктивных технологий при переносе эмбрионов высокого качества [2].

Таким образом, недопустимо заключение договора суррогатного материнства, обусловленное нежеланием женщины рожать, например, из-за карьеры или по иным причинам, не связанным с медицинскими показаниями.

Суррогатное материнство признается законным, если оно осуществлено на основании договора суррогатного материнства, заключенного между суррогатной матерью и генетической матерью в письменной форме и нотариально удостоверено. При этом лица, состоящие в браке, заключают договор с письменного согласия своих супругов. Договор может быть заключен как на возмездной, так и безвозмездной основе.

К суррогатной матери законодательством установлены определенные требования, в частности, суррогатной матерью может быть женщина, состоящая в браке, в возрасте от 20 до 35 лет, не имеющая медицинских противопоказаний к суррогатному материнству, и имеющая ребенка. Вышеназванные требования, скорее всего, обусловлены избежанием проблем с привязанностью к рожденному ребенку. В случае если женщина одинока и не имеет детей риск привязанности к будущему ребенку возрастает многократно, что, в свою очередь, является огромной психологической травмой, как для самой суррогатной матери, так и для ребенка, так и для биологических родителей.

Кроме того, существует еще множество противоречий и вопросов со стороны нравственности и морали. Насколько общество готово принять рождение ребенка при помощи суррогатного материнства, не осуждать суррогатную мать, а также супругов, решившихся прибегнуть к такой помощи.

Противники суррогатного материнства утверждают, что данный метод является безнравственным, противоестественным и аморальным. По сути, происходит торговля детьми, что может превратится в обычный «бизнес», при том незаконный, когда рожденные дети по сути могут использоваться для других целей, совершенно не связанных с материнством, а для суррогатных матерей это может превратится просто в «прибыльную работу». Кроме того, существует риск рождения ребенка с различными пороками, и он оказывается ненужным ни биологическим родителям, которые еще не прониклись чувством материнства, так как не ощущали ни духовную, ни эмоциональную связь с ребенком, ни тем более суррогатной матери, которая выполняла роль «инкубатора».

Ярым противником вспомогательных репродуктивных технологий является церковь, которая придерживается мнения о недопустимости суррогатного материнства, как явления аморального, противоречащего сущности деторождения и зачатия как такового, разлагающего основы традиционной семьи, брака и материнства.

Однако, есть и сторонники суррогатного материнства, утверждающие, что суррогатное материнство является единственной возможностью помочь бездетным парам обрести собственного ребенка, несмотря на все риски и дороговизну этого метода.

Заключение. В Республике Беларусь в целях преодоления бесплодия и реализации своего права на материнство и отцовство допускается применение вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе и суррогатное материнство в отношении лиц, достигших 18-летнего возраста, обладающих полной дееспособностью и имеющих медицинские показания для их применения. Вместе с тем, для защиты генетического материнства и отцовства законодательством установлены ограничения, связанные с порядком применения суррогатного материнства.

Этические проблемы суррогатного материнства заключаются в первую очередь в том, что имеется угроза физическому и психическому здоровью, как суррогатной матери, так и ребенку, во вторых, нарушаются кровнородственные связи, происходит негативное влияние на психику генетических родителей.

Следует заметить, что всегда существуют опасения того, что число женщин желающих поправить свое материальное положение при помощи суррогатного материнства будет расти. И не станет ли женщина в будущем ассоциироваться не с любящей матерью с нетерпением ждущего своего долгожданного ребенка, а с женщиной бездушной, сдающей в аренду само женское начало. И тем самым образ женщины-матери может быть безвозвратно потерян.

Полагаю, что суррогатное материнство оправдано лишь для достижения одной единственной цели – преодоление бесплодия женщин, для которых данный метод является единственным шансом иметь собственного ребенка.

Список цитируемых источников

1. О вспомогательных репродуктивных технологиях: Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный правовой портал: http://www.pravo.by.
2. О некоторых вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный правовой портал: http://www.pravo.by.

ПРОБЛЕМА ЭКО: ПОЗИЦИИ ХРИСТИАНСКОЙ ЭТИКИ И ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСТВА ГРГМУ

С.А.Ситкевич
кандидат исторических наук, доцент
Д.А. Ярмолович
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Введение. XXI век называют веком биотехнологий. Особую популярность в современном мире приобретает искусственное оплодотворение. Согласно статистике, каждая седьмая супружеская пара в мире сталкивается с проблемой бесплодия. Однако до сих пор однозначный взгляд на последние в обществе не сформирован. Медицинское сообщество считает, что новые репродуктивные технологии – это не только способ преодоления бесплодия, но и базовыйподход для профилактики наследственных и хромосомных болезней, клонирования. Возникает вопрос: насколько допустимо вмешательство медицины в такие сферы человеческой жизнедеятельности? Будет ли новая медицинская методика соответствовать словам Писания: «Дай место врачу, ибо и его создал Господь» (Сир.39:12). Особой моральной проблемой метод ЭКО является для всех верующих людей.

Основная часть. Современная технология ЭКО подразумевает осуществление манипуляций, несовместимых с нравственным чувством христианина. Ее развитие, широкое внедрение в жизнь и пропаганда в качестве альтернативного метода зачатия делают необходимым обсуждение возникающих этических вопросов. Нас заинтересовала позиция христианства, а также мнение студенческой молодежи на примере ГрГМУпо рассматриваемым вопросам.

Различные проблемы биоэтики, к которым относятся и вопросы преодоления бесплодия, Русская православная церковь рассматривает в официальном документе «Основы социальной концепции» (2000) [1]. Однако церковная позиция по вопросу допустимости ЭКО в этом документе сформулирована неоднозначно. С одной стороны,

декларируется, что «…пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными». С другой стороны, из документа следует, что использование не всякого метода является греховным: «Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, не предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов». Искусственное оплодотворение незамужней женщины осуждается, исходя из интересов ребенка, который «заведомо лишается возможности быть воспитанным в полноценной семье».

В целом, позиция Русской православной церкви сводится к следующему:

1. Искусственное оплодотворение замужней женщины без согласия и участия ее мужа недопустимо, «ибо ложь и двусмысленность разрушают целостность брачных отношений».

2. Искусственное оплодотворение с согласия мужа и с использованием донорского генетического материала «разрушает связь супружеской верности. Если муж неспособен к оплодотворению и медицинская наука не может ему помочь, жена должна принять его таким, каким он есть, не пытаясь в той или иной форме найти подмену».

3. Способ искусственного оплодотворения invitro вызывает этические возражения в связи с необходимостью уничтожения «лишних» эмбрионов.

4. «Возможна, однако, и модификация оплодотворения в пробирке с использованием единственной яйцеклетки или с имплантацией всех образовавшихся эмбрионов в утробе матери».

5. Практика донорства яйцеклеток и оплодотворенных эмбрионов представляется недопустимой.

Католическая церковь осуждает методы искусственного оплодотворения, исходя из традиционного для моральной теологии понятия естественного закона. «Искусственное оплодотворение противоречит единству брачного союза, достоинству супругов, родительскому призванию и праву ребенка быть зачатым и произведенным на свет в браке и в результате этого брака». Католическая церковь приводит следующие аргументы против метода ЭКО:

1. Происходит разделение полового акта и акта зачатия.

2. Сперма «добывается» актом мастурбации, которая является нарушением естественного закона.

В конечном итоге это разобщение приводит к тому, что ребенок больше не является даром, а становится вещью, добытой техническим способом.

Уровень знаний о репродуктивных технологиях,отношение к ним студенческой молодежи, а также сформированностьу нее духовно-

нравственных ориентиров на основе христианских ценностеймы определили с помощью социологического опроса.

Методом социологического опроса было выбрано анкетирование, так как оно позволяет сохранить анонимность респондента и собрать большой объем информации за сравнительно небольшой промежуток времени.

Наше исследование было проведено среди студентов всех курсов Гродненского государственного медицинского университета.

В анкетировании участвовали 200 человек (52 юноши и 148 девушек) в возрасте от 18 до 23 лет. Выбор респондентов осуществлялся случайным образом, опрос проводился по их согласию.

По результатам опроса оказалось, что 49.3% респондентов относятся к репродуктивным технологиямположительно, 39.9% – нейтрально, а отрицательное отношение у 10.8% опрошенных. Основная часть, а именно 69.5% респондентов, считают репродуктивные технологии одной из тенденций мирового прогресса, 23.8% считают, что это приведет к мировой деградации, а 6.7% считают, чтоэти технологии – замечательная альтернатива для людей с бесплодием, и надеются, что тенденцией дальнейшего прогресса будет снижение первопричины использования данных технологий, т.е. собственно бесплодия. В случае невозможности иметь детей в силу объективных обстоятельств, подавляющее большинство респондентов (79.8%) придерживается мнения о допустимости применения этих технологий, 11.2% считают, что лучше посоветуют молодой паре взять ребенка из дома малютки (или детского дома), 7% опрошенных не имеют определенной точки зрения на данный вопрос, а остальные 2% придерживаются иного способа решения данного вопроса. 58.7% респондентов считают возможным использование ЭКО для себя, учитывая все риски, 17.5% не использовали бы ЭКО для себя, а взяли бы ребенка из детского дома, а 23.8% воздержались от ответа на данный вопрос. 43.5% студентов на вопрос о правильном избавлении от части эмбрионов при использовании ЭКО затруднялись ответить, 35.4% считают, что при этом возрастает риск родить недоношенных детей, а 21.1% считают, что это приравнивается к детоубийству.

Заключение. В целом, по результатам анкетирования, студенты медицинского вуза считают ЭКО одним из самых лучших решений проблемы бесплодия в 21 веке. РПЦ допускает ЭКО, правда без уничтожения «избыточных» эмбрионов. Что касается Католической церкви, то нравственная оценка ЭКО всегда отрицательна, даже если оно производится с использованием гамет одних только супругов. Однако не стоит забывать, что по мере развития науки взгляд церкви на этическую сторону некоторых вопросов может измениться.

Список цитируемых источников

1. Основы Социальной Концепции Русской Православной Церкви. – М.: Изд. Московской Патриархии, 2000.
2. Тарабрин Роман, свящ. «Репродуктивная технология ЭКО и ее оценки с позиций православной биоэтики в начале XXI в.» Дипломная работа. – Московская Духовная Академия. Сергиев Посад, 2014. – С. 35-36.

БИОЭТИКА И ИНФОРМАЦИОННАЯ ЭТИКА С ПОЗИЦИЙ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

И.И. Гарновская
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Использование практико-ориентированного подхода в преподавании дисциплин предметной области «информатика» позволяет наиболее полно реализовать образовательный потенциал дисциплины, расширить диапазон изучаемых студентами прикладных аспектов информатики, сделать образовательный процесс междисциплинарным и индивидуализированным. Практико-ориентированный подход является универсальным методом, который может применяться не только к прикладным дисциплинам, но также к изучаемым в образовательном процессе явлениям, процессам, понятиям. Влияние информационных технологий (ИТ) на жизнь современного общества порождает ряд этических проблем. При активном внедрении ИТ в медицинскую науку и практику эти проблемы распространяются также на отрасль здравоохранения, тесно взаимодействуя с ее внутренними этическими проблемами и противоречиями. Биоэтика, по определению её основоположника, американского онколога В. Р. Поттера, представляет собой междисциплинарную область знаний, объединяющую два важнейших для медицинской науки элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности. Наша цель – с позиций практико-ориентированного подхода к понятиям биоэтики и информационной этики, рассмотреть перспективы использования этих актуальных понятий в образовательном процессе предметной области «информатика».

Основная часть. В качестве структурной основы нашего анализа возьмем ключевые проблемы биоэтики: права человека, этические проблемы репродуктивных технологий трансплантологии, генной инженерии, вопросы усовершенствования человека, ухода за тяжелобольными, этики биомедицинских исследований и социальной справедливости. Для сопоставления с ними будут рассмотрены основные составляющие этики информационной: киберэтика, компьютерная этика, а также информационная культура.

Компьютерная этика рассматривает проблемы обеспечения безопасности информации с точки зрения ее конфиденциальности, доступности и целостности, профессиональной ответственности

специалистов, этические и социальные аспекты высокотехнологичных научных и промышленных разработок, искусственного интеллекта, генной инженерии, клонирования.

Киберэтика занимается проблемами киберпреступности в глобальной Сети, этическими особенностями и нравственными принципами коммуникации в сетях, этикой научной и творческой работы в Интернет (плагиат, открытость программных кодов), этическими и социальными последствиями коммуникационных технологий (интернет-зависимость и игромания), вопросами доступности и цензуры информации в Сети, правовой защиты, цифрового неравенства, особенностями механизмов межкультурного диалога в киберпространстве.

Биоэтика тесно связана с правами человека. Право личности на неприкосновенность закреплено в Конституции Республики Беларусь, а также в ряде других законодательных актов. Согласно Гражданскому Кодексу, «жизнь и здоровье, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, право выбора места пребывания и жительства, право на имя, право авторства, иные личные неимущественные права относятся к нематериальным благам, принадлежащим гражданину от рождения или в силу акта законодательства, и не могут быть отчуждаемы иным способом» [2]. Таким образом, информация о перечисленных нематериальных благах должна быть защищена законодательно. Задача преподавателя в процессе преподавания дисциплин предметной области «информатика» – сформировать у аудитории осведомленность о правовых инструментах защиты информации, последствиях нарушения информационной этики в условиях медицинской и социальной практики, обратить внимание на общность правовых механизмов для реализации основных принципов информационной этики и биоэтики. В качестве примеров при изучении тем, связанных с защитой информации, приводятся конкретные статьи Уголовного Кодекса, описывающие ответственность за правонарушения в области использования компьютеров и ИТ, вызвавших серьезные последствия для жизни и здоровья людей. Эти примеры являются наглядной демонстрацией пересечения проблем биоэтики и информационной этики на едином правовом поле.

Рассматриваемые в биоэтике нравственные проблемы репродуктивных технологий и трансплантологии также влекут за собой информационную составляющую в области защиты конфиденциальной информации и правовой легитимности совершаемых действий [3]. Этические вопросы генной технологии требуют квалифицированной оценки отдаленных последствий, соблюдения принципов доказательности в исследованиях, высокоточного анализа данных, выполняемого на основе использования современных ИТ. Знакомство в образовательном процессе медицинского университета с методами статистического анализа данных, как общепризнанной научной основы принципа доказательности в

медицине, служит залогом компетентности специалистов в вопросах применения этих методов в условиях профессиональной деятельности.

Проблема усовершенствования человека с точки зрения биоэтики тесно связана с высокотехнологичными исследованиями в области робототехники и искусственного интеллекта, такими как экспериментальная деятельность К.Уорвика (США). В 1998 году он установил себе компьютерный чип для обмена информацией между мышцами руки и компьютером, и, таким образом, впервые в мире соединил машину и человека. Разработанные Уорвиком технологии способны облегчить жизнь инвалидов, престарелых, тяжелобольных, людей с ограниченными возможностями. Ознакомление студентов на элективных курсах с работами Уорвика и его последователей формирует познавательный интерес к исследованиям в области медицинских приложений искусственного интеллекта, а также дает представление о опасностях использования данной технологии во вред человеку, с целью оказания информационного влияния на его сознание. Проблемы помощи тяжелобольным связаны с техническими средствами мониторинга пациентов, телемедицинскими технологиями, и соответственно, с защитой информации, сохранением конфиденциальности и врачебной тайны в подобных системах. Этика биомедицинских исследований охватывает широкий спектр вопросов от обеспечения доказательности при выполнении исследований до этических проблем использования лабораторных животных. ИТ предлагают решения в форме компьютерного моделирования экспериментов и реализации клеточных систем отдельных органов человека на основе чипов. Ознакомление студентов с методами замещения животных в экспериментах, рекомендации к использованию программ для организации виртуальных опытов по физиологии и биологии (например, Digital Frog) воспитывают у студентов бережное и гуманное отношение ко всему живому, рациональность и взвешенность при принятии решений, ответственность за их реализацию.

Заключение. Таким образом, в ВГМУ накоплен некоторый опыт освещения вопросов биоэтики и информационной этики при преподавании дисциплин предметной области «информатика», который позволяет нам сделать вывод о заинтересованности студенческой аудитории в изучении рассмотренных вопросов в образовательном процессе.

Список цитируемых источников

1. Манжуева, О. М. Основные составляющие информационной этики /О.М. Манжуева. Мир современной науки. 2014. №3 (25). С.106-109.
2. Гражданский кодекс Республики Беларусь, 7 дек. 1998 г., № 218-З : принят Палатой представителей 28 окт. 1998 г: текст по состоянию на 5 янв. 2013 г.// Эталон-Беларусь

3. Cash, Richard. Casebook on ethical issues in international health research/ edited by Richard Cash [et al]. Daniel Wikler,Abha Saxena, Alexander M Capron. World Health Organization.

НЕЙРОЭТИКА КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В БИОЭТИКЕ

В.Н. Голубев

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Головной мозг человека – важнейшая часть организма, которая отвечает за умственную деятельность, за эмоции, настроение, интеллект, за физическую активность, включая дыхание, сердечный ритм, сон, а также за всё то, что делает человека живым и полнеценно функционирующим. Эволюция знаний о мозге способствует появлению различных междисциплинарных направлений под общим названием нейронауки (нейробиология, нейроинженерия, нейрофизиология и т.д.). Различные направления нейронаук описывают и объясняют структуру и функции нервной системы и мозга, а на основе этих знаний разрабатываются инновационные технологии, создаются фармакологические (психофармакологические) препараты, с помощью которых можно воздействовать на мозг. Следовательно, актуализируется вопрос о согласовании знаний о мозге с этическими категориями.

Одним из направлений биоэтики, которое выделяют в современной американской и западноевропейской науке является нейроэтика. Нейроэтика – относительно новое направление, круг вопросов которого связан как с прогрессом вокруг исследования и изучения нейронауками головного мозга, бросающими вызов таким характеристикам человека, как свобода воли, автономия личности, сознание. Всё это создаёт пласт проблем, которые в будущем могут иметь серьёзные социальные правовые, этические последствия.

Многие открытия и знания о функционировании мозга постепенно выходят за пределы исследовательских лабораторий и проникают в повседневную жизнь человека: лечение психических и неврологических расстройств, улучшение познавательных способностей через использование фармакологических (психофармакологических) препаратов, в том числе и создание технологий «чтения мыслей», которые уже прошли апробацию и дают конкретные результаты. В Индии, в рамках судебного процесса была доказана вина и вынесен приговор обвиняемому в убийстве на данных, полученных во время допроса с помощью сканирования мозга технологией BEOS (Brain Electrical Oscillations Signature), считывающей электрические колебания мозга [1, с. 75]. Стоит отметить, что, в современном мире уже существуют кампании, которые пытаются ввести подобные технологии в массовое использование и сделать их коммерческим продуктом. Подобные технологии пытаются использовать и

при исследовании активности мозга у парализованных пациентов с сохранённым интеллектом, а также находящихся в коме с последующими возможными манипуляциями и воздействиями. Данные процедуры затрагивают проблему контроля разума (сознания), его подчинения, подавления. Открытия в нейронауках используются и в маркетинге (нейровизуализация) с целью определение желаний и отношений потребителей к различным торговым брендам, товарам [1, с. 75].

В связи с развитием нейронаук перед нейроэтикой появляется множество вопросов. К примеру, существует ли неприкосновенность частной жизни мозга? Можно ли использовать препараты для улучшения познавательных способностей? Возможно ли манипулировать мозгом через употребление фармакологических препаратов? Справедливо ли применение технологий визуализации головного мозга в правосудии? Насколько безопасны нейротехнологии? Какова природа сознания, разума, «Я»? Все эти вопросы требуют философско-теоретического осмысления и концептуализации в рамках нейроэтики, а для этого необходимо привлечение исследователей из различных научных областей: медицины, философии, этики, юриспруденции, кибернетики и т.д. С этой целью создаются различные нейроэтические общества (The International Neuroethics Society), во многих ведущих университетах мира образованы научно-исследовательские центры (The Oxford Centre for Neuroethics), где разрабатываются программы по изучению нейроэтических проблем, объединяющие специалистов из разных отраслей науки со всего мира.

Таким образом, задача нейроэтики определить границы дозволенного (разработать этические правила) в исследованиях мозга и напомнить учёным об ответственности за будущее человечества.

Список цитируемых источников

1. Лазуренко, Д.М. Современные проблемы нейроэтики. / Д.М. Лазуренко, В.Н. Кирой // Научно-практический журнал «Валеология». –2012. – № 4. – С. 74-80.

ПРОБЛЕМЫ ВОЗРАСТНОГО ЭЙДЖИЗМА И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

К.И. Прощаев
д.м.н., профессор
АНО *НИМЦ «Геронтология», Россия*
Н.Ю. Коневалова
д.б.н., профессор
УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь.
Л.В. Колпина
к.соц.н., доцент

Белгородский государственный университет, Россия
А.Н. Ильницкий
д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», Россия

Эйджизм, наряду с сексизмом и расизмом, относится к основным видам дискриминации. И если последние связаны с полом и цветом кожи человека, то эйджизм – с его возрастом.

Чаще всего от него страдают наиболее молодые и пожилые люди, что обусловлено, во-первых, их большей незащищённостью, во-вторых, как указывает Дж. Тракслер, с превалированием в современном обществе утилитарного подхода к человеку, отношение к которому зависит от его способности производить товары и услуги. Поэтому оба конца жизненного цикла обществом рассматриваются как непроизводительные, а соответствующие им группы населения – как бремя.

Однако дети являются носителями экономического потенциала, а пожилые люди – напротив, своего рода «финансовым обязательством» [4]. И если эйджизм в отношении молодых – явление, проходящее по мере их взросления, то в отношении пожилых людей (геронтологический эйджизм), напротив, по мере увеличения их возраста проблема усугубляется и влечет более пагубные последствия. Еще одной причиной геронтологического эйджизма в современном мире является снижение социального статуса пожилых людей, обусловленное утратой ими социально значимых функций, в связи с тем, что они перестают быть основным источником знаний и опыта. Эти функции теперь реализуют: система образования, литература, СМИ и т.д.

А современные динамичные трансформации культурной, политической и социально-экономической жизни, предполагающие высокий динамизм в мышлении, освоении новых технологий, функционирование на высоких скоростях, затрудняя социальную адаптацию граждан старших возрастов, запускают механизмы их социальной эксклюзии. Этому же способствует существующая ныне мода на молодость с болезненным восприятием старения, которая тесно связанна с геронтофобией – страхом старости и смерти. В одном из определений эйджизма директор Национального института старения США Р. Батлер описал его как отражающий глубоко затаенную тревогу людей, их личностное отвращение и ощущение неприязни к стареющим людям, болезням, инвалидности, их страх беспомощности, бесполезности и смерти, преобразующиеся в негатив к престарелым людям как символам этих явлений.

Указанное позволяет утверждать, что в отношении пожилых людей действуют практики исключения – дискриминации. Актуализация данной проблемы связана с именем Р. Батлера, который предложил рассматривать

эйджизм как дискриминацию и пренебрежительное отношение к населению старших возрастов, а также, обуславливающие их установки и стереотипы.

К основным из них относятся следующие: старые люди – болезненные, слабые, беззащитные, часто страдают нарушениями мозговой деятельности, не могут работать, осваивать новые навыки, лишены творческого потенциала; их развитие затормаживается; они утрачивают умение принимать правильные решения, нуждаются в постоянной помощи и опеке. Пожилые люди ведут изолированную жизнь, ничем не интересуются, консервативны, сварливы, скучны, ригидны, непривлекательны, асексуальны, несчастны.

Указанные социокультурные стереотипы, будучи элементом массового сознания, характерны и для определенной части медицинских работников, обуславливая их ошибочные суждения о пожилых людях, их нуждах, физических и психических возможностях. Проявлением предвзятости в суждениях, основанной на возрастной стереотипизации, служит, в частности, следующее: когда пожилые люди забывают чье-то имя, это нередко объясняется старческими изменениями, а когда молодые – плохой памятью; проблемы со слухом у пожилого человека обычно связывают с процессом старения, у молодого же – предполагают наличие болезни и т.д. А представление о том, что болезнь является непременным атрибутом старости, имеет своим следствием широко распространенную и порой единственную реакцию медицинских работников на жалобы пожилых пациентов относительно своего здоровья в виде фразы «в вашем возрасте эти болезни иметь уже положено».

В практике медицинского обслуживания влияние негативных геронтостереотипов проявляется и в том, что при одинаковых симптомах врачи нередко приписывают пожилым людям более тяжелую степень заболеваний, чем молодым, и стратегия лечения при одинаковой симптоматике бывает также необоснованно разной. Случается, что жалобы пожилых пациентов воспринимаются как капризы, а потому игнорируются. Вследствие представления о снижении у пожилых людей когнитивных функций, неспособности принимать правильные решения медицинские работники не информируют надлежащим образом таких пациентов о причинах тех или иных медицинских назначений, не посоветовавшись с ними, принимают решения о том, что для них лучше, без их согласия ставят в известность их родственников, членов семьи о состоянии их, тем самым нарушая их личную автономию.

Эйджизм может существовать и на институциональном уровне – в виде юридически закрепленной дискриминации или обязательных к исполнению негласных дискриминационных требований официальных структур в отношении пожилых людей. В Англии и Ирландии по данным исследований имеют место возрастные ограничения в приглашении пожилых людей на скрининг рака молочной железы, на операции по

шунтированию сердца, эндопротезированию коленного сустава, на оказание помощи людям старшем 65 лет, перенесшим инсульт и пр. [3]. В России, в частности, существует ограничение к назначению гемодиализа пациентам старше 70 лет.

Эйджизм нередко имеет бессознательный и скрытый характер. Как показал анализ консультаций кардиологов с консультантом сердечно-торакальный хирургии по поводу потенциальных кандидатов на операцию, во многих случаях именно возраст пациента, а не состояние его здоровья, оказывал решающее влияние на исход обсуждения. Возрастное ограничение здесь было использовано также и не явно – путем постановки клиента в невыгодное место в очереди на операцию [2].

Преодоление геронтологического эйджизма в сфере здравоохранения должно идти путем повышения информированности о данной проблеме медицинских работников, а также пожилых людей, их родственников и опекунов. Кроме того, требуется разработка механизмов выявления фактов институционального и бытового эйджизма в системе здравоохранения, включая указания по учету и отчетности о фактах возрастной дискриминации. Но первым шагом в такой работе должно стать официальное признание фактов эйджизма и недопустимости использования возраста в качестве критерия, ограничивающего доступ пожилых людей к тем или иным услугам и программам. Другим важным шагом должно стать изменение отношения всего населения к старости, развенчание негативных геронтостереотипов, существующих в общественном сознании, повышение социального статуса пожилых людей.

Список цитируемых источников

1. Butler, R.N. Ageism: Another form of bigotry // The Gerontologist. – 1969. – Vol. 9. – P. 243-246.
2. Hughes, D. and Griffiths L. But if you look at the coronary anatomy: risk and rationing in cardiac surgery // Sociology of Health and Illness. – 1996. – № 18. P. 172-97.
3. Perceptions of Ageism in Health and Social Services in Ireland: Report based on research undertaken by Eileen McGlone and Fiona Fitzgerald. – National Council on Ageing and Older People, 2005.
4. Traxler, A.J. Let’s Get Gerontologized: Developing a Sensitivity to Aging The Multi-Purpose Senior Care Concept: A Training Manual for Practitioners Working With the Ageing. – Springfield, IL: Illinois Department of Aging, 1980.

РАЗРАБОТКА МЕХАНИЗМА ПРЕОДОЛЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЭЙДЖИЗМА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.В. Колпина
к.соц.н., доцент,
Белгородский государственный университет, Россия
Т.Л. Оленская
к.м.н., доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь.
К.И. Прощаев
д.м.н., пфессор,
АНО НИМЦ «Геронтология», Россия
А.Н. Ильницкий
д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», Россия

Исследования показывают, что медицинским работникам присущи негативные представления о престарелых людях, агрессивное, враждебное отношение к ним, растущее по мере увеличения рабочего стажа, манипулирование пожилыми людьми [1]. Их считают депрессивными, дряхлыми, не подлежащими лечению. По отношению к ним часть врачей испытывает фрустрацию или неприязнь, вызванную физическими или когнитивными ограничениями пожилых людей. Врачи подходят к их лечению заранее уверенные в его бесперспективности [2].

Эйджизм в деятельности медицинских работников проявляется также в стереотипах о способностях пожилых пациентов, оценочных суждениях о качестве или ценности жизни этой категории населения, заблуждениях об их желаниях при выборе тех или иных форм лечения [3].

Материалы и методы исследования. В период с 2012 по 2015 годы в Белгородской области было проведено социологическое исследование, которое также подтвердило наличие различных эйджистских проявлений в практиках медицинского обслуживания, что предопределило задачу исследования механизмов преодоления эйджизма в отечественной системе здравоохранения.

С целью обоснования механизмов преодоления эйджизма в системе здравоохранения, был осуществлен теоретический анализ научных работ по данной теме, а также проведён экспертный опрос методом анкетирования (январь, 2015 года, N= 18 человек). В роли экспертов выступили руководители разного уровня в учреждениях здравоохранения Белгородской области (64%), опытные медицинские работники со стажем работы более 10 лет (18%) и ученые, специализирующиеся в области геронтологии (Москва и Белгород, 18%).

Обсуждение полученных результатов. Данные экспертного опроса подтвердили значимость проблемы эйджизма в отечественных учреждениях здравоохранения. 18,75% опрошенных сообщили, что эта проблема является очень актуальной и 68,75% – достаточно актуальной.

Результаты ответов на вопрос о проявлениях эйджизма в деятельности медицинских работников указали на распространенность таких практик. 68,75% экспертов считают, что в учреждениях здравоохранения эйджизм проявляется в недостаточно внимательном или некорректном, грубом поведении медицинского персонала с пожилыми пациентами, 37,5% - в ошибках диагностики и лечения, основанных на стереотипном представлении об особенностях пожилого возраста, нуждах и потребностях пожилых людей, 25,0% – в отказе или минимизации обслуживания пожилых людей, 18,7% – в обмане (назначение необязательных процедур, прописывание дорогих лекарств и пр.) и запугивании (респонденты могли выбрать любое количество ответов из предложенных в анкете, потому сумма значений ответов превышает 100%).

Судя по ответам экспертов, эйджизм в учреждениях здравоохранения обусловлен, преимущественно, характеристиками медицинского персонала, такими как: недостаток знаний в области гериатрии, неразвитость психологических и морально-этических качеств работников (68,8%); наличием стереотипов о пожилых людях, например, о том, что положено в этом возрасте, а что нет, какие есть нужды у пожилых людей, а что для них не актуально, что – лучше, а что – хуже (37,5%). Менее трети экспертов считают эйджизм в медицинских учреждениях продолжением государственного эйджизма – социальной политики, дискриминирующей права пожилых людей (31,3%) и следствием низкой престижности, высоких нагрузок и плохой оплаты труда работников, обслуживающих пожилых людей (31,25%). Каждый четвертый эксперт назвал в качестве причины эйджизма организацию системы здравоохранения, затрудняющую качественное оказание медицинской помощи пожилым людям (например, официальные или неофициальные указания, ориентирующие на отказ или минимизацию медицинского обслуживания этой возрастной категории). Варианты ответа о том, что эйджизм заложен в ныне существующей системе организации здравоохранения и распространяется на все ее учреждения, и что эйджизм в конкретном медицинском учреждении – это результат низкой организационной культуры, обусловленный соответствующим отношением к этой проблемы со стороны руководства, выбрали по 18,75%.

В рамках экспертного анкетирования нами задавался вопрос относительно превенции эйджизма в учреждениях здравоохранения. Вариант ответа «такая работа ведется систематически в профилактических целях» не выбрал ни один эксперт. Логичным следствием минимизации работы по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения является то, что, по мнению основной части экспертов (56,25%), сотрудники медицинских учреждений скорее не осведомлены, чем осведомлены о проблеме эйджизма и еще 18,75% категорически утверждают наличие такой неосведомленности.

Среди мер по преодолению эйджизма в учреждениях здравоохранения наиболее эффективными экспертам видятся такие, как: повышение геронтологической компетентности медицинских работников, проведение тренингов по их эффективному взаимодействию с пожилыми пациентами (на что указали 56,25% экспертов) и разработка системы диагностики качества обслуживания пожилых людей (31,25%). По 25% экспертов считают, что эффективными мерами для профилактики эйджизма могут стать: а) разработка инструкций по обслуживанию пожилых пациентов и б) систематическое информирование персонала медицинских учреждений о проблеме эйджизма на планерках, совещаниях и т.п. Об эффективности остальных мер говорит лишь незначительная доля экспертов: 18,75% – об усилении контроля за диагностикой пожилых пациентов и назначении лечения; 12,5% – о необходимости организации мониторинга качества обслуживания пожилых людей; по 6,25% – о разработке внутренних документов – нормативов качества обслуживания пожилых пациентов и определение системы наказаний в случаях выявлений эйджистских практик в деятельности медицинских работников.

Выводы. 1. Механизм преодоления эйджизма в учреждениях здравоохранения заключается в создании специальных межведомственных структур на федеральном и региональном уровнях, в состав которой должны входить представители органов управления отраслями здравоохранения и социальной защиты, соответствующих учреждений, а также ученых – геронтологов, социологов, медиков, ветеранских организаций. Указанные структуры должны осуществлять свою работу в тесном взаимодействии со СМИ, институтом образования и культуры, тем самым обеспечивая распространение антиэйджистских программ в социуме.

2. К наиболее эффективным мерам по преодолению геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения на организационном уровне следует отнести: повышение геронтологической компетентности медицинских работников и проведение с ними тренингов по взаимодействию с пожилыми пациентами, коррекция системы диагностики качества обслуживания пожилых людей с включением в нее показателей эйджизма, разработка инструкций по обслуживанию пожилых пациентов, обеспечивающих профилактику действия негативных геронтостереотипов; систематическое информирование персонала медицинских учреждений о проблеме эйджизма на планерках, совещаниях.

Список цитируемых источников

1. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Психология старости и старения. Хрестоматия. – М.: ACADEMA, 2003. – 416 с.
2. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. Thirty years of ageism research // T.D. Nelson (Ed.). Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. – 2002.

3. Williams P. Age discrimination in the delivery of health care services to our elders // Marquette law. Scholarly commons faculty. Publications, 2009. P. 11. URL: http://scholarship.law.marquette.edu/facpub/79/ (дата обращения 18.11.2014)

ЛЮДИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЗДАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБЩЕСТВА

Н.Ю. Коневалова
д.б.н., профессор
Т.Л. Оленская
к.м.н., доцент
С.Г. Наджафова
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Актуальность. Проблемы создания инклюзивного общества были актуальны всегда, особенно остро стал этот вопрос с сентября 2015 года, когда Республика Беларусь присоединилась к Конвенции ООН «О правах инвалидов». В октябре 2016 года издан закон о ее ратификации. Людей, передвигающихся при помощи инвалидной коляски в нашей стране насчитывается около 20 тысяч(около 2000 – Витебск и Витебска область). Учитывая тот факт, что таких людей с каждым годом становится больше в среднем на 400 человек, нельзя не отметить важность создания условий для интеграции именно этой категории людей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день в Витебском государственном медицинском университете на базе кафедры медицинской реабилитации факультета «Здоровьесбережение» действует группа волонтеров, работающих с людьми на колясках. Форма работы – это участие ассистентов-медиков в слетах активной реабилитации, проводимых Общественным объединением «Республиканская ассоциация инвалидов-колясочников», тематических акциях и мероприятиях, работа с населением, организация и осуществление сопровождения людей в колясках, продвижение личных инициатив по работе с данной категорией лиц.

Активное участие в данной деятельности представителей этой волонтерской группы обеспечено за счет соответствующей подготовки к работе с людьми на колясках, полученной на слетах активной реабилитации, где студенты ВГМУ имели возможность работать с людьми с различными по своей тяжести осложненными травмами позвоночника и некоторыми патологиями (ДЦП, рассеянный склероз, мышечная дистрофия). Выполняемая на данных слетах работа сводилась к обеспечении безопасного сопровождения людей, обучаемых на данных

слетах, страховки на тренировочных занятиях, помощь при обучении самообслуживанию, оказанию первой медицинской помощи, психологическая поддержка каждого обучаемого на слете, а также посещение обучающих лекций на актуальные для людей на колясках темы.

Результаты. Острая нехватка знаний об анатомических, физиологических и психологических особенностях людей – первое, с чем студенты-волонтеры сталкиваются при работе с людьми на колясках. Нет опыта общения с такими людьми. Предварительно получив информацию о некоторых особенностях общения с людьми на коляске, на первых порах все равно после каждого слова следует задумываться о том, как не обидеть или не задеть человека. Какие вопросы задавать можно, а какие нет, на какие темы можно общаться, на какие – нельзя. Подобных вопросов возникала масса.

Во-вторых, незнание о способностях данных людей, в частности о способности к самообслуживанию, зачастую приводит негативному явлению со стороны здоровых людей – гиперопеке, которая сперва кажется благом, но в дальнейшем лишает человека шансов вновь стать самостоятельным. Отсюда – невозможность его интеграции в социум.

В-третьих, недостаток информации об уже существующих формах участия в жизни социума таких людей. Людей зачастую удивляет, что человек на коляске работает, занимается спортом и путешествует.

В-четвертых, многие считают, что люди на коляске лишены половой дифференциации, и у них нет надобности вести личную жизнь, создавать семьи и рожать детей.

В-пятых, многие люди до сих пор уверены, что пандусы существуют исключительно для женщин с детскими колясками и чемоданов на колесах, но самая важная проблема – это отрицание обществом существование таких людей. Сегодня действительно есть перемены: дома, недоступные для людей с ограниченными возможностями, не могут быть сданы в эксплуатацию, все общественные места постепенно становятся более доступными, работники из сферы услуг получают обучение по работе с людьми на колясках и т.д. Но создание инклюзивного общества – это изменение отношения к людям с ограниченным возможностями в каждом.

Выводы. Реабилитация – сложный процесс. Социализация людей на колясках – социальная реабилитация. Это взаимодействие системы «человек на коляске-общество», к чему оба звена необходимо подготовить. Поскольку «реабилитация» – понятие медицинское, то и студенты медицинского ВУЗа, несут ответственность за результат этого процесса. Получив опыт работы с людьми на колясках, студенты-волонтеры ощутили на себе основные проблемы инклюзии. И увидели несколько важных для их решения задач.

Основа работы врача – это осознание ценности жизни и здоровья каждого человека. И задача медицинского ВУЗа в процессе интеграции – донести до людей ценность каждого, будь то человек с ограниченными

возможностями, либо здоровый. Это моральный долг будущего врача, и для его осуществления следует содействовать:

- активной работе студентов-волонтеров с населением по вопросам взаимоотношения здоровых людей и людей с ограниченными возможностями;
- активной работе с людьми на колясках: как можно раньше просвещать таких людей о профессиональных возможностях и путях поиска их реализации, в возможности прохождения курсов реабилитации, в том числе участие студентов-волонтеров на слетах активной реабилитации через сотрудничество с ОО «РАИК»;
- подробное разъяснение с человеком на коляске вопросов возможностей их репродуктивной функции, т.к. именно стереотип о невозможности общения, а также вступление в близкие отношения с противоположным полом, создания семьи, деторождения, порождает серьезные комплексы и как результат – тысячи одиноких людей, пребывающих в депрессивных состояниях;
- содействие в создании инклюзивных классов в школах, групп в университетах и ССУЗах;
- предложение и поддержка личных инициатив студенческой молодежи относительно создания инклюзивного общества;

И самое главное, заботясь о моральном здоровье нашего общества, каждый врач должен сам стать примером человека, который видит в человеке человека. Возможно, Вы заметили, что слово «инвалид» в данной статье было упомянуто дважды: в названии Конвенции ООН и ОО «РАИК». «Invalide», в переводе с английского языка, означает «неспособный». Убрав это слово из своего лексикона, что уже делается за рубежом, современное общество сделает маленький шаг к инклюзии – не будет ярлыков «неспособных», останутся просто люди, просто со своими особенностями, как и все.

Список цитируемых источников

1. www. raik.by.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы/ Под ред. Б.Г. Юдина. – М.: Эдиториал УРСС. – 1998.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ГЕРИАТРИИ: ПРОЕКТ «САНАТОРИЙ НА ДОМУ»

Т.Л. Оленская
к.м.н., доцент
О.А. Сыродоева
Л.Е. Криштопов
к.м.н., доцент

С.Г. Наджафова
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Актуальность. Пожилым по данным ВОЗ принято считать возраст от 60 лет и выше. По данным, предоставляемым Национальным статистическим комитетов в Беларуси за последние 10 лет численность людей пожилого возраста увеличилась на 74,8 тыс. человек, или на 4,2%. На начало 2015 года в Республике Беларусь проживало 1 млн. 916,3 тыс. человек пожилого возраста, или каждый пятый житель республики. Общеизвестно, что население Беларуси относится к категории стареющего, следовательно, вопросы реабилитации пожилых людей с каждым годом становятся все более актуальными не только для специалистов в области реабилитологии и гериатрии, но и, в первую очередь, сотрудников территориальный центров социального обслуживания населения.Рост числа людей, находящихся на надомном обслуживании в результате снижения навыков самообслуживания – увеличение нагрузки на данную отрасль инфраструктуры. И безусловно, этическая сторона этой проблемы – ослабление связи и переемственности поколений, что подрывает моральное здоровье нашей нации.

Материалы и методы исследования. В целях решения данной проблемы в г.Витебске при содействии кафедры медицинской реабилитации народного факультета «Здоровьесбережение» Витебского государственного медицинского университета и Территориального центра социального обслуживания населения Первомайского р-на г. Витебска уже на протяжении года реализуется проект «Санаторий на дому».

«Санаторий на дому» – это проект медико-социальной реабилитации одиноких пожилых людей, находящихся на надомном обслуживании в результате снижения либо полной утраты навыков самообслуживания вследствие перенесенных травм либо заболеваний. Только в Первомайского районе г. Витебска на надомном обслуживании находится 640 человек. Цель проекта – помочь таким людям в поддержании либо восстановлении этих навыков, что также способствует их социальной и психологической адаптации. Достижение цели осуществляется через проведение индивидуальных занятий на дому эрготерапией, которые проводят организованная на базе кафедры группа студентов-волонтеров ВГМУ всех курсов и факультетов, а также социальные работники. Занятия включают в себя:

- упражнения на развитие общей и мелкой моторики;
- терренкур – оздоровительную прогулку;
- бытовой (точечный) массаж;

Данная программа разработана сотрудниками кафедры медицинской реабилитации факультета «Здоровьесбережение» ВГМУ, проведение занятий по данной методике не требует наличия медицинского образования. Но каждый участник перед началом работы в проекте

проходит обязательное обучение, которое также проводят сотрудники кафедры в виде лекций и практических занятий.

Продолжительность одного занятия – 1 час 50 минут, полный курс занятий составляет 10 дней. Занятия проводятся под обязательным контролем общего самочувствия человека, при необходимости – это измерение артериального давление, подсчет пульса, частоты дыхания до и после занятия. Количество курсов, который может пройти один человек, не ограничено, однако за каждым курсом следует перерыв в 1-1,5 месяца. Также нашим «пациентам» мы рекомендуем выполнение некоторых упражнений самостоятельно и ежедневно для поддержания достигнутого результата.

Постоянное обучение команды проекта – залог его процветания. Авторы проекта заинтересованы в том, чтобы каждый участник постоянно самосовершенствовался, для чего ищут возможности проводить совместные занятия с сотрудниками кафедры медицинской реабилитации, психологами для обсуждения наиболее проблемных вопросов, консультации по работе в проекте, обмен опытом. Также сами волонтеры принимают участие в обучении социальных работников.

Результаты. За год работы проекта «Санаторий на дому», помимо организации процесса, проведены 15 курсов эрготерапии, несколько из них являются повторными, что говорит о качестве выполняемой работы.

По окончанию курса занятий мы видим улучшение общего состояния человека, видимые положительные изменения физического здоровья.

Самое трудное – это окончания цикла занятия, поскольку наши «пациенты» всегда с нетерпением ждут прихода волонтера или социального работника, и окончание занятий зачастую воспринимается ими с трудом из-за постоянной нехватки общения, а потому мы можем сделать вывод, что наш проект – это и мощная психологическая поддержка пожилых людей.

Выводы. Проанализировав работу участников проекта «Санаторий на дому», можно сделать ряд выводов:

- работа в данном проекте – это повышение качества образования студентов-медиков, приобретение ими необходимого профессионального опыта вне зависимости от специализации;
- это повышение качества социального обслуживания;
- обеспечение тесного сотрудничества сфер медицинского и социального обслуживания;
- это пропаганда здорового образа жизни;
- самое важное: это поддержка одиноких пожилых людей, это личный пример того, что после выхода на пенсию человек не должен быть забыт ни родственниками, ни обществом.

Донести до населения необходимость поддержки этих людей также является задачей медицинских работников. Авторы проекта считают, что в

любом возрасте человек достоин хорошего качества жизни, что является одним из аспектов современной гериатрии.

Список цитируемых источников

1. www.belstat.gov.by/Demography.html
2. Пожилой человек и общество: медицинские и социальные аспекты гериатрической службы Республики Беларусь / А. В. Байда [и др.] // Лечеб. дело.— 2015.— № 3.— С. 15—22.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С ЖЕНЩИНАМИ «ГРУППЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА» ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.А. Немцова

ГУ «Территориальный Центр социального обслуживания населения Первомайского района г. Витебска», Витебск

Введение. Многим беременным женщинам необходима помощь и поддержка в период ожидания ребенка. Некоторые женщины чувствуют себя растерянными и испуганными, ожидая момент родов с непреодолимым страхом. Беременность кажется им тягостной и изнуряющей. А ведь так важно, чтобы она проходила в атмосфере спокойствия и радостного ожидания ребенка, без стрессов, без переутомлений и депрессивных состояний, т.к. психологическое состояние женщины влияет на формирование психики будущего ребенка, определяет его здоровье, наклонности и способности, а также влияет на дальнейшие взаимоотношения с матерью, отцом и окружающими людьми. Поэтому, именно в этот период беременной женщине необходимо внимание, помощь и поддержка специалистов.

Основная часть. В Территориальном Центре социального обслуживания населения Первомайского района г.Витебска уже более двух лет функционирует проект Мама-школа. Он включает в себя доабортное психологическое консультирование женщин в состоянии кризисной беременности, тренинг «Мама-школа» и семинары-тренинги в УЗ «Витебский областной клинический роддом». Сегодня наши курсы пользуются большой популярностью среди жительниц Витебска.

Доабортное психологическое консультирование проходят женщины, которые хотят прервать беременность. **Целью** данного консультирования является повышение степени осознанности ситуации, ведь многие из тех, кто решается на аборт, делают это неосознанно. На консультации женщины получают информацию о том, что такое аборт, каковы его психологические последствия.

Незапланированная беременность – это всегда стресс для женщины. Кто-то решается на аборт по молодости, из-за испорченных отношений с партнером, по незнанию о последствиях, кто-то – из-за сиюминутных обстоятельств, под внешним давлением, по причине других планов, из-за непонимания ценности жизни.

Но практически никогда не бывает единственной проблемы, решение прервать беременность – это верхушка айсберга. Наша задача как психологов – вскрыть основной болевой момент, ту причину, которая подводит женщину к этому решению.

Опыт Красноярского филиала Центра национальной славы по психологическому доабортному консультированию за период 2007 – 2009 гг. позволяет выделить следующие причины абортов [1]: 24% – другие планы; 18% – нестабильность отношений с отцом ребенка; 17% – желание жить «для себя»; 13% – неудовлетворительное финансовое положение семьи; 10% – страхи; 9% – неудовлетворительные жилищные условия; 7% – давление со стороны близких; 2% – другие причины.

Анализ причин позволяет сделать вывод о том, что более 75% женщин вынуждают принять решение об аборте причины внутреннего характера. В таких случаях им просто необходима помощь психолога.

Работа с клиентом по причинам аборта проводится в нескольких направлениях:

1. Работа с причинами аборта.
2. Повышение степени осознанности ситуации.
3. Формирование позитивного образа будущего.
4. Пробуждение материнских чувств.
5. Обсуждение экзистенциальных вопросов.

Неуверенность в партнере или его отсутствие. Это одна из самых частых причин аборта, с которой к тому же сложнее всего работать. Женщины только в единичных случаях рожают «для себя». В основном женщине хочется, чтобы у ее ребенка был отец, чтобы была моральная и материальная поддержка, она боится, что с ребенком не сможет выйти замуж впоследствии. Работа в таком случае будет строиться на поиске жизненных ресурсов, что женщина теперь не одинока, у нее уже есть ребенок. Если есть муж, но женщина не уверена в прочности этих отношений, то ей предлагается семейная (супружеская) психотерапия. Часто хватает даже одной консультации, чтобы гармонизировать отношения супругов настолько, чтобы женщина приняла решение о сохранении беременности. Супруги также приглашаются на тренинг «Счастливое супружество», который, благодаря групповой работе, помогает взглянуть на свои проблемы со стороны и глазами других людей.

Аборт – это серьёзная психологическая травма для любой женщины. Задача психолога не отговорить женщину, а помочь ей определиться в приоритетах. Вопрос поддержки очень важен в этот период, и психолог иногда и оказывается этой единственной поддержкой.

Тренинг «Мама-школа»

Основная цель данной программы – подготовка беременных к осознанному материнству.

Основной предмет курса − психологическое и физиологическое здоровье женщины и ребёнка во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Программа реализуется по типу информационного, практического и психологического тренинга.

Задачи программы:

1. осуществление системы мероприятий, направленных на укрепление психологического и физиологического здоровья женщин,
2. создание у женщин положительной родовой доминанты,
3. формирование сознательного отношения к беременности, родам и родительству,
4. профилактика послеродовой депрессии.

Целевая группа: беременные женщины на разных сроках гестации.

Результатом является повышение осознанности беременности и материнства, снижение риска возникновения послеродовой депрессии.

Программа курса включает 8 учебно-практических модулей: Психология и физиология беременности, предродового периода, родов. Работа со страхами. Релаксация. Поведение и дыхание в родах. Особенности и первые сложности послеродового периода. Грудное вскармливание. Психология младенца. Методики раннего развития. Семья и взаимоотношения в ней. Профилактика послеродовой депрессии.

Для того чтобы поддержать молодых мамочек после родов, благодаря межведомственному взаимодействию, на базе УЗ «Витебский областной клинического роддом» проводятся психологические тренинги, которые направлены на профилактику послеродовой депрессии и формирование у женщин осознанного материнства.

Заключение. Системный подход показал свою высокую эффективность при работе с женщинами «группы социального риска». Проходя доабортное психологическое консультирование, женщины, которые решали оставить ребенка, затем проходили мама-школу, что приводило у них к снижению уровня стресса и нормализации психологического состояния. Также проводились супружеские консультации, где супруги могли гармонизировать свои отношения.

Список цитируемых источников

1. Шевченко, В.В. Оценка социально-экономической эффективности доабортного консультирования (на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна» демографической программы «Святость материнства») / В.В. Шевченко, А.С. Ямщиков, Е.А. Чепурная // Менеджер здравоохранения. – 2011. – Вып.№ 2.

БИОЭТИЧЕСКИЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Н. А. Конышко
к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

В настоящее время биоэтическая значимость исследований качества жизни различных категорий пациентов с учётом гендерных особенностей постоянно повышается в силу растущей распространенности компонентов метаболического синдрома и понимания его влияния на продолжительность жизни, риск развития соматических заболеваний [1].

Согласно определению ВОЗ, основными критериями качества жизни являются физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, отдых); психологические (самооценка, внешний вид, подвижность); самообслуживание (работоспособность, повседневная активность); социальные (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); средовые (быт, безопасность, благополучие, обеспеченность); духовные (религия, личные убеждения) [1]. Качество жизни является интегрированной характеристикой здоровья, его физического, психического и социального аспектов, основанной на субъективном восприятии человека [2]. Исследование качества жизни пациентов позволяет определить эффективность существующих алгоритмов взаимодействия врача и пациенток; персонифицировать тактику ведения и диагностики для различных категорий наблюдаемых, оптимизировать методы лечения и реабилитации, направленные на улучшение течения заболевания [1; 4].

Цель исследования: на основе анализа медико-демографических, психосоматических и анамнестических параметров дать оценку качества жизни женщин репродуктивного возраста трёх областей Центрального федерального округа.

Материалы и методы. Оценены медико-демографические параметры: общая численность населения, естественное движение, половозрастные показатели, средняя продолжительность жизни, заболеваемость. Для многомерной диагностики особенностей личности беременных применен Миннесотский многошкальный личностный опросник MMPI в модификации Л.Н. Собчик – тест СМИЛ, состоящий из 377 вопросов, адаптированный лабораторией медицинской психологии ВКНЦ. Для разделения наблюдаемых больных применяли типологию, предложенную Overbeck и Biell [2]. Инструментарий исследования качества жизни

(опросники 36-Item Shot-Form Health-Survey SF-36 J.E. Ware et al., The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA в 1993; включал систему индикаторов, которые условно можно объединить в следующие содержательные блоки: физическое благополучие, психологическое благополучие, социальное благополучие. Исследование беременных проводилось в 3 триместре. Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ "Statistica" (версия 6.0). При обработке и анализе данных использовались такие подходы, как выделение содержательных результатов, обобщение показателей внутри блоков, установление межблоковых связей для выделения наиболее значимых из них. Описание связей осуществлялось на основе одномерного, двухмерного и корреляционного анализов. Для выявления внутренних взаимосвязей использовались методы: многомерный и факторный анализы, позволившие выявить скрытые переменные, важные для характеристики качества жизни и отношения к здоровью, факторы фрустрации.

Всего было опрошено 502 беременных женщины в городах Смоленск, Брянск, Калуга на базах отделений патологии беременности, родильных отделений и женских консультаций за период 2007-2014 год. Респонденты распределены по двум группам – контрольная (88 – без соматической патологии) и основная группа (414 – с соматическими заболеваниями: 166 – с гестационной гипертензией, 180 с ожирением, 64 – с артериальной гипертензией).

Результаты и обсуждение.

В таблице показано увеличение доли беременных женщин в возрасте 26-36 лет во всех группах (в сравнении с контрольной группой здоровых беременных) и достоверное преобладание данной возрастной категории среди дам с ожирением ($p<0,05$). Среди юных наблюдаемых нет больных артериальной гипертензией. Наименьший процент наблюдаемых в зрелом возрасте среди беременных контрольной группы и с гестационной артериальной гипертензией. Данный факт объясняется манифестацией даже латентной соматической патологии к этому возрасту, тем более во время беременности. Возрастные роженицы, с одной стороны, являются более обследованной категорией, с другой – часто не выполняют элементарных принципов здорового образа жизни, что приводит к избыточному весу, ожирению и другим факторам риска метаболического синдрома и сердечно-сосудистой патологии.

Таблица . Возрастной состав исследуемого контингента.

Патология беременных	16-19 лет		20-25 лет		26 -36 лет		37 - 49 лет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гестационная гипертензия	7	4,2	44	26,5	97	58,4	19	11,4

Ожирение	4	2,2	36	20	110	61,1	30	16,7
Артериальная гипертензия	0	0	14	21,9	38	59,4	12	18,8
Контрольная группа	5	5,7	21	23,8	59	67	3	3,4

Исследование населения региона по месту его проживания показало, что почти две трети населения проживают в городах (таблицы).

Таблица. Соотношение городского и сельского населения в регионе, 1999 год.

Область		Брянская	Калужская	Смоленская	Весь регион	по РФ
Город	Абс.	993935	807180	594241	2395356	106,9млн.
	%	68,5	74,2	54,1	65,6	73,0
Село	Абс.	457065	280326	504038	921832	39,5 млн.
	%	31,5	25,8	45,9	34,4	27,0
Итого	Абс.	1451000	1087506	1098279	3317188	146,3
	%	100	100	1006	100	100

Таблица . Соотношение городского и сельского населения в регионе, 2010 год.

Область		Брянская	Калужская	Смоленская	Весь регион	по РФ
Город	Абс.	886410	763888	694068	2344366	103705314
	%	68,6	76,3	71,8	71,9	73,1
Село	Абс.	405733	237671	271918	915322	38209195
	%	31,4	23,7	28,2	28,1	26,9
Итого	Абс.	1292143	1001559	965986	3259688	141914509
	%	100	100	100	100	100

Наиболее приближённая к общим показателям области по возрастному составу – группа беременных с гестационной гипертензией (таблица). В данной группе сохраняется и соотношение городского и сельского населения, свойственное региону в целом. Достоверно больше сельских жительниц среди беременных с артериальной гипертензией и с ожирением ($p<0.05$).

Таблица. Соотношение городского и сельского населения исследуемого контингента.

Патология беременных	Место проживания

	Город		Сельская местность	
	Абс.	%	Абс.	%
Гестационная гипертензия	118	71	48	28,9
Ожирение	116	64,4	64	35,6
Артериальная гипертензия	38	59,4	26	40,6
Контрольная группа	72	82,3	16	18,2

Согласно проведенному опросу наблюдаемых, жительниц сельской местности оказалось достоверно больше в группе беременных с ожирением и артериальной гипертензией (64 и 48 %), состоящих в официальном браке достоверно больше в контрольной группе (81,8%) соматически здоровых женщин, меньше замужних женщин среди пациенток с гестационной гипертензией (51,8%), которые предпочитают неофициальные отношения (35,7%)(таблица). Физическим трудом занято 14,4% беременных с ожирением, Домашним хозяйством заняты преимущественно женщины с ожирением и артериальной гипертензией (23,3 и 21,9%). В тех же группах отмечается наименьший уровень физической активности (67,8 и 68,8% соответственно против 45,5% дам контрольной группы). Группа пациенток с гестационной гипертензией сопоставима по уровню дохода с контрольной .

Таблица . Социальные и анамнестические параметры наблюдаемых беременных женщин Смоленского региона в зависимости от соматической патологии.

Параметры	Беременные с гестационной гипертензией (n =168)	Беременные с ожирением (n = 180)	Беременные с артериальной гипертензией (n = 64)	Контрольная группа (n =88)
Средний возраст	27,8+4,7	29,48± 4,7	30,4± 4,8	27,63± 4,5
Семенное положение Замужем Не замужем неофициальный брак	 87 (51,8%) 21 (12,5%) 60 (35,7%)	 128 (71,1%) 8 (4,4%) 44 (24,4%)	 48 (75%) 6 (9,4%) 10 (15,6%)	 72 (81,8%) 1 (1,1%) 15 (17%)
Уровень физической активности до беременности				

Высокий Средний Низкий	1 (0,6%) 71 (42,3%) 96 (57,1%)	2 (1,1%) 56 (31,1%) 122 (67,8%)	2 (3,1%) 18 (28,1%) 44 (68,8%)	1 (1,1 %) 47 (53,4%) 40 (45,5%)
Социальный статус Рабочая Служащая д/х	23 (13,69%) 126 (75%) 21 (11,31%)	26 (14,4%) 112 (62,2%) 42 (23,3%)	2 (3,13%) 48 (75%) 14 (21,9%)	6 (6,8%) 68 (77,2%) 12 (13,6%)
Доход Выше среднего Средний Ниже среднего низкий	47 (32,64%) 76 (52,8%) 19 (13,2%) 2 (1,4%)	45 (25%) 78 (43,3%) 34 (18,9%) 23 (26,1%)	8 (25%) 19 (59,4%) 33 (9,4%) 2 (6,3%)	22 (25%) 46 (52,3%) 17 (19,3%) 3 (3,4%)
Уровень образования Высшее Среднее специальное Среднее	79 (47,02%) 65 (38,69%) 24 (14,29%)	76 (42,2%) 74 (41,1%) 30 (16,7%)	24 (37,5%) 34 (53,13%) 6 (9,38%)	45 (51,1%) 31 (35,2%) 12 (13,6%)
Курение Более 5 п/лет 1-5 п/лет Менее 1 п/лет некурящие	35 (20,8%) 23 (13,7%) 11 (6,6%) 99 (58,9%)	48 (26,7%) 30 (16,7%) 16 (8,9%) 86 (47,8%)	16 (25%) 8 (12,5%) 4 (3,13%) 38 (59,38%)	12 (13,6%) 11 (12,5 %) 6 (6,8%) 59 (67%)
Уровень САД	137,3+9,8	164,8+11,7	147+14,2	133,2+ 9,7
Уровень ДАД	89,8+7,3	104,7+ 8,0	95,72+9,5	87,0+ 7,8
Гастроинтестинальные симптомы	88 (53 %)	88 (48,9%)	40 (62,5 %)	47 (53,4%)
Качество жизни	59,4+19,4	60,6 ± 22,7	51,5 ± 21,2	77,5 ± 22,5

В группе с артериальной гипертензией наименьшее число женщин с высшим образованием. Наибольшее количество некурящих женщин наблюдалось в контрольной группе (67,9%). Самыми злостными курильщицами оказались пациентки с ожирением (26,67%). В группе с артериальной гипертензией чаще наблюдались симптомы психосоматической гастроинтестинальной патологии (62,5%). Следует отметить общие тенденции недостаточного уровня физической активности всех наблюдаемых, низкий процент рабочих специальностей, средний уровень дохода в пересчёте на члена семьи и более трети курящих женщин. Чем старше возраст женщин, тем хуже показатели SF-36.

В результате проведенного тестирования было выявлено, что физическая активность пациенток была снижена и колебалась от 1 до 5

баллов, причем в группе с атериальной гипертензией это снижение было более выражено, 100,0% (200) опрошенных женщин указывали на среднюю и незначительную степень нарушений физической активности, и предъявляли жалобы на усталость, чувство вялости, разбитости» сонливости. Основными причинами снижения физической активности и выносливости были –ухудшение состояния здоровья, наличие головных болей, одышки, слабости и неинформированность. В 90,0% (180) было отмечено сочетание трех жалоб и более, это приводило к еще большему ухудшению состояния здоровья, снижению трудоспособности и нарушению обычного распорядка жизни. До, во время и после гестационного периода физическая активность пациенток обеих групп оставалась на прежнем уровне. Результаты исследования свидетельствуют о наличии серьезных разрывов в восприятии респондентами контрольной и основных групп того, насколько состояние здоровья ограничивает возможность физических нагрузок. В отношении ограничений умеренных нагрузок по состоянию здоровья более двух третей респондентов в контрольной группе отметили, что таких ограничений нет, в то время как в группе тучных дам и гипертоников большинство респондентов имеют ограничения. Были получены различия при сравнении пациенток с ожирением, гипертонией и респонденток контрольной группы по шкалам оценки здоровья и физического компонента качества жизни. При этом наблюдалось снижение уровня физического функционирования от группы с нормальной массой тела к избытку массы тела и далее к ожирению. Аналогичная зависимость наблюдалась и для показателей оценки здоровья. Лишний вес, по мнению большинства соматических пациенток, в первую очередь влияет на физическое самочувствие. Пациентки с артериальной гипертензией отмечают достаточно часто боли и неприятные ощущения в голове (73,2%), упадок сил (71,7%), 59,1% – нарушение сна.

Характер социального самочувствия обозначенная через восприятие жизненных перспектив (рисунок 1). Беременные с артериальной гипертензией отмечают ухудшение психоэмоционального состояния: 3,1% подчеркивают потерю интереса к деятельности; 59,4% чувство неуверенности; 3,1% дам с гипертонией и 14,4% тучных – отмечают, что будущее вообще им кажется мрачным, и они не ждут от него ничего хорошего, акцентируют внимание значительном снижении возможности профессиональной реализации, так требуются условия, чтобы приступить к работе.

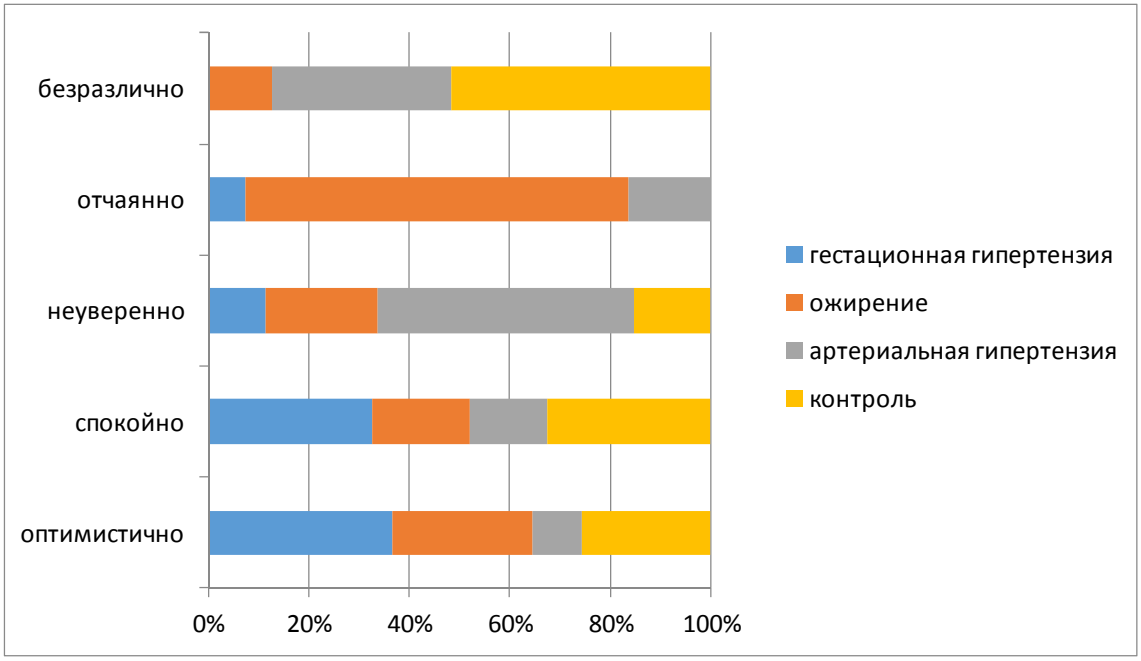

Рисунок 1. Отношение респонденток к ближайшим перспективам.

Полученные результаты свидетельствуют о различии качества жизни у пациенток с артериальной гипертензией и контрольной группы. При этом имеет место действие на качество жизни других факторов, снижающее эффекты ожирения. Потенциальными факторами являются возраст, длительность заболевания, беременность, социальный и экономический статус, которые являются детерминантами качества жизни. Необходимыми условиями для успешной адаптации являются информированность пациенток, адекватные лечебно-диагностические мероприятия и формирование личностных ориентаций. Поэтому в рамках индивидуальных программ целесообразно формировать у таких пациентов стремление следовать рекомендованным алгоритмам лечебно-охранительного режима, создавая тем самым мощные предпосылки для снижения артериального давления и избыточного веса.

Выводы. 1. Состояния здоровья женщин необходимо оценивать общеклиническими методами, на основании усреднённых статистических критериев интегрированно с оценкой психоэмоционального, социального статуса и качества жизни женщин.

2. Анализ демографических данных, отражающих сложившуюся конкретную ситуацию в исследуемом регионе, включающем три области Центрального федерального округа с населением более 3,5 миллионов человек, позволяет сделать определенные выводы о том, что естественная убыль и урбанизация населения, характерные для всей страны, имеют место и в данной достаточно объемной когорте жителей Смоленской, Брянской и Калужской областей Центрального федерального округа, причем имеющиеся различия в абсолютных числах с общероссийскими

показателями не носят статистически значимого характера по всем позициям (p >0,05).

3. Здоровье женщин фертильного возраста в значительной мере определяется воздействием совокупности факторов социально-экономического характера. Вынужденное изменение образа жизни и снижение качества жизни в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям привели к значительному ухудшению здоровья женщин с усугублением ситуации в при соматической патологии.

3.Показатели качества жизни российских женщин значительно снижены, особенно среди сельских жительниц, страдающих ожирением и артериальной гипертензией по таким основным шкалам как состояние физического здоровья, память, концентрация, наиболее выражено состояние депрессии, беспокойства, тревожности, нарушение сна.

4. Распространенность курения как важнейшего поведенческого фактора риска различных заболеваний среди женщин увеличивается. Курение табака связано с избыточным весом и низкими показателями качества жизни.

5. Установлена корреляционная связь между психологическим статусом пациенток и характером соматической патологии. Выявлены прямые корреляционные связи первой степени между показателями 3,4 и 9 базисных шкал многофакторного опросника личности и уровнем среднесуточного систолического артериального давления, а так же обратные корреляционные статистические зависимости между индексом массы тела и показателями 2 шкалы, прибавками массы тела в период беременности и значениями 1, 2 и 3 шкал опросника.

6. Гемодинамические и трофологические параметры находятся в динамической зависимости от психологического типа пациента в сочетании с выбранной терапевтической методикой. Ближайшие к контрольным степень артериального давления выявлено у «психосоматических» больных с гестационной гипертензией, получавших стандартные схемы антиоксидантной терапии и у «нормопатических» пациентов, применяющих допегид со второго триместра.

Список цитируемых источников

1. Hunter, M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development,standardization and application of a measure of women's emotional and physical health / M.S.Hunter //Quality of Life Res. 2000. – Vol.9. – P. 733-738.

2. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. – www.cpr. spb.ru/question/sf-36_guidelines.rtf.

3. Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. М., 2009. – 557 с.

4. Анализ демографической ситуации: тенденции и последствия / (Электронный ресурс]: h(1p:.'/www.denK)graphia.ni'articles N.'indcx.htmr?idR=63&idArt=1688.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Н.В. Буринский, И.В. Буйневич, М.Н. Михасёв

Филиал №7 ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника»
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель

Введение. В последние годы наблюдается значительный рост интереса к понятию «качество жизни» со стороны представителей различных областей медицины и увеличение числа публикаций по данной проблеме. Исследования качества жизни в медицине позволяют изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [1].

Оценка качества жизни (КЖ) дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента [1]. Это особенно касается сочетанной патологии ВИЧ-туберкулез, требующей длительного лечения с применением большого количества препаратов [2]. Исследование КЖ − общепринятый высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки человеком своего благополучия как на индивидуальном, так и на групповом уровне. КЖ дает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, на которое болезнь оказывает существенное влияние.

Непосредственное влияние на результаты оценки КЖ могут оказывать пол, возраст, эмоциональный статус, наличие заболевания или дисфункции органов и систем, выраженность симптомов заболевания, отношение к болезни, эффект от проводимой терапии. Многие исследователи, изучая корреляты показателя здоровья, пришли к выводу, что самым сильным переменным фактором является самооценка здоровья. Субъективное понятие здоровья играет большую роль, чем объективные показатели, т. е. представление людей о своем здоровье оказывается важнее самого «здоровья». Осознанный недуг — это не просто фактические когнитивные признаки нарушения здоровья, но также совокупность определенных нарушений, боли, утомления, страхов, чувства опасности и беспомощности.

Целью исследования является изучение некоторых физических и психологических характеристик КЖ больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза легких.

Основная часть. Были обследованы 2 группы больных туберкулезом легких. Основную группу (ОГ) составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом (30 человек). В контрольную группу (КГ) были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулезом (100 человек). У всех пациентов обеих групп туберкулез был впервые выявлен менее одного года назад.

Изучение параметров КЖ проводилось с помощью опросника SF-36. Оценивались следующие параметры КЖ: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH). Все 8 параметров опросника объединены в 2 суммарных измерения − физический компонент здоровья (PH) и психический (MH). Достоверность различий определяли по t-критерию (коэффициент Стьюдента).

Средний возраст обследованных в ОГ и КГ составил 36,3±8,0 и 43,1±12,9 лет соответственно ($p<0,05$). В обеих группах мужчин было больше, чем женщин: 76% в ОГ и 65 % − в КГ ($p>0,05$). Основной формой туберкулёза лёгких в обеих группах была инфильтративная: ОГ − 87%, КГ − 76% ($p>0,05$). Одинаково часто в исследуемых группах регистрировалось бактериовыделение – 87% и 85% в ОГ и КГ соответственно ($p>0,05$).

Параметры КЖ ОГ были сопоставлены с параметрами лиц КГ. Установлено, что параметры КЖ больных ОГ были ниже, чем КГ (таблица 1).

Таблица 1. Средний уровень КЖ в исследуемых группах и достоверность различий.

Показатели КЖ	**ОГ**	**КГ**	**p**
физическое функционирование (PF)	65,7±20,3	70,8±25,3	p<0,05*
ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	70,9±28,6	75,0±29,4	p>0,05
интенсивность боли (BP)	64,6±23,0	78,9±21,7	p<0,05*
общее состояние здоровья (GH)	43,6±17,6	45,2±18,2	p>0,05
жизненная активность (VT)	49,7±22,5	58,8±21,0	p<0,05*
социальное функционирование (SF)	54,0±22,8	61,0±28,3	p>0,05
эмоциональное функционирование (RE)	41,1±18,2	64,3±21,8	p<0,05*
психическое здоровье (MH)	47,7±20,6	60,6±20,8	p<0,05*
физический компонент здоровья (PH)	52,4±8,3	52,2±7,1	p>0,05
психический компонент здоровья (MH)	32,0±8,4	40,7±8,8	p<0,05*

* – различия между группами статистически значимы

Физическая активность и повседневная деятельность пациентов ОГ значительно ограничена состоянием здоровья (PF − 65,7±20,3 баллов, RP − 80,9±28,6 баллов). У пациентов КГ эти показатели составили 69,8±25,3 и 75,0±29,4. Больные ОГ ниже оценивают состояние своего здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, а также общее состояние здоровья, чем больные КГ (BP ОГ − 64,6±23,0 баллов, BP КГ − 78,9±21,7 баллов; GH ОГ – 43,6±17,6 баллов, GH КГ – 45,2±18,2 баллов). Утомление и снижение жизненной активности более выражено в ОГ (VT ОГ − 49,7±22,5 баллов, VT КГ − 58,8±21,0 баллов). У пациентов ОГ отмечено умеренное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF − 54,0±22,8). У пациентов КГ этот показатель несколько выше − 61,0±28,3. Ухудшение эмоционального состояния мешает в выполнении повседневной работы (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Значительное снижение эмоционального функционирования отметили пациенты ОГ (RE − 41,1±18,2) в сравнении с КГ (RE − 64,3±21,8). Психическое неблагополучие, наличие депрессивных, тревожных переживание более выражено у больных ОГ (МН − 47,7±20,6 балла), чем у больных КГ (МН − 60,6±20,8).

При изучении интегральных показателей душевного и физического благополучия, установлено, что у пациентов ОГ психический компонент здоровья значительно ниже физического (МН − 32,0±8,4 балла, РН − 52,4±8,3). У пациентов КГ эти показатели составили: РН − 52,2±7,1, МН − 40,7±8,8). Лица ОГ значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем КГ.

Большинство показателей по шкалам опросника в ОГ были ниже, чем в КГ, однако статистически значимое снижение показано в шести шкалах: физическое функционирование (PF), интенсивность боли (BP), жизненная активность (VT), эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (МН) и интегральный показатель – психический компонент здоровья (МН).

Заключение. Таким образом, туберкулез легких приводит к снижению всех параметров качества жизни больных: нарушаются физические и психологические показатели здоровья. Качество жизни пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом значительно ниже, чем у ВИЧ-отрицательных больных туберкулёзом лёгких. Данные о качестве жизни пациента могут помочь врачу в выборе правильной программы лечения в каждом индивидуальном случае.

Список цитируемых источников

1. Горбач, Л.А. Качество жизни больных туберкулезом органов дыхания /Л.А.Горбач // Белорусский медицинский журнал. – 2002. − № 1. – С.43-46.

Харрис, Э. ТБ/ВИЧ; клиническое руководство. / Э.Д.Харрис, Д.Махер, С.Грэхем. − ВОЗ, 2006. − 224 с.

БИСФОСФОНАТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.С. Почкайло
кандидат медицинских наук, доцент
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Введение. Несмотря на более чем тридцатилетний опыт применения лекарственных средств на основе бисфосфонатов в педиатрической практике, очевидную и острую потребность клинической педиатрии в их использовании, обнадеживающие данные об их эффективности и безопасности в терапии нарушений костной минерализации у детей, их назначение детям до настоящего времени в отечественной и зарубежной практике по ряду причин продолжает осуществляться в режиме «off label».

Основная часть. Применение бисфосфонатов в лечении остеопороза и злокачественных гиперкальциемических состояний у взрослых является сегодня рутиной, «золотым стандартом», обоснованным безупречной доказательной базой. Широкое распространение данной патологии в педиатрической практике, отсутствие безопасной, доступной и эффективной альтернативы этой группе лекарственных средств у детей, заставили специалистов более 30 лет назад предпринять попытки их использования у детей с тяжелыми формами остеопороза – первыми такими пациентами стали дети, страдающие редкой наследственной патологией – несовершенным остеогенезом. Последовавшие за этим десятилетия их использования в педиатрии привели к расширению сферы их назначения по аналогии с терапевтической практикой – назначение различных бисфосфонатсодержащих лекарственных средств стало вынужденной мерой лечения детей с тяжелыми нарушениями костной минерализации, осложняющими другие наследственные заболевания, широкий спектр ревматической, эндокринной, почечной, неврологической и другой патологии, длительное применение стероидных гормонов.

Их внедрение в педиатрическую практику позволило достичь впечатляющих результатов в лечении тяжелого остеопороза у детей. Даже крайне взвешенный и осторожный подход, не рекомендующий их профилактическое назначение у детей до манифестации костных переломов (то есть по сути − проявлений тяжелого остеопороза), как это практикуется у взрослых уже при определенном снижении костной массы и плотности, позволил убедиться в их существенном клиническом эффекте. Результаты большинства научных исследований, ведущихся в мире в

отношении применения бисфосфонатов в педиатрии, свидетельствуют об их значимом позитивном влиянии на снижение частоты переломов, выраженности болевого синдрома (вплоть до его купирования), успешную коррекцию развившихся костных деформаций и профилактику возникновения новых деформаций, повышение мобильности пациента и его социальной адаптации, инклюзию в общественную жизнь и профессиональную деятельность. Важно заметить, что отсутствие альтернативы применению бисфосфонатов, воздержание от их применения (по сути – невмешательство в естественное течение заболевания) неизбежно ведет к стремительно прогрессирующему ухудшению состояния пациента – переломы костей могут достигать десятков и даже сотен в течение жизни, многочисленные костные деформации и выраженный болевой синдром нарушают полноценную жизнь и социальную адаптацию пациента. В случае с лечением детей это порождает ряд дополнительных этических проблем в виде страданий самого ребенка, его родственников, лечащих его специалистов вследствие невозможности эффективно помочь страдающему пациенту.

Результаты современных исследований свидетельствуют также о сопоставимой и даже большей безопасности применения этой группы лекарственных средств у детей в сравнении со взрослыми, поскольку частота побочных эффектов у детей не превышает таковую у взрослых, а целый ряд из них (например, развитие бисфосфонат-индуцированного остеонекроза нижней челюсти) до сих пор не описан в педиатрической практике в отличие от ранее зарегистрированных случаев у взрослых. Важно отметить также, что за эти десятилетия разработаны многочисленные, альтернативные бисфосфонатам, группы лекарственных средств для лечения остеопороза, многие из которых также экспериментально применялись в детской практике, не доказав, впрочем, пока значимых преимуществ перед применением бисфосфонатов.

Вместе с тем, существующие сегодня в мире высокие стандарты (особенно жесткие – при исследованиях у детей), основанные на принципах доказательной медицины, не позволяют до настоящего времени окончательно подтвердить эффективность и безопасность бисфосфонатов у детей и утвердить их рутинное применение. Это связано с рядом объективных затруднений, включая сравнительно небольшое количество детей, подвергшихся лечению этими лекарственными средствами в мире до настоящего времени, гетерогенность и трудную сопоставимость включенных в различные исследования клинических групп, особенности детского организма, затрудняющие оценку конечных результатов, нежелание фармацевтических компаний-производителей организовывать полноценные клинические исследования в таких условиях и вносить изменения в показания к применению данной группы лекарственных средств и др. Указанные обстоятельства привели к следующей, сформировавшейся сегодня в мире, практике их назначения у детей. По

общепринятому подходу бисфосфонаты применяются в лечении нарушений костной минерализации у детей с соблюдением ряда требований, включая наличие среднетяжелой/тяжелой степени заболевания, сопровождающейся выраженными симптомами, развитием осложнений, страданиями пациента, неэффективность базовых, предшествующих их назначению, мер, наличие предварительного добровольного информированного согласия законных представителей ребенка на такое лечение и обязательное одобрение такого метода лечения со стороны действующего локального/национального этического комитета.

Ситуация с применением бисфосфонатов в отечественной педиатрической практике, во-многом, соответствует сложившейся в мире. Затруднения, существующие в этой сфере, включая этические аспекты, побудили белорусских специалистов к внедрению ведущего мирового опыта в отечественную практику при полной поддержке руководства отрасли и действующих общественных объединений и пациентских организаций. Коллективом ведущих специалистов по проблеме изучен передовой опыт применения бисфосфонатов в лечении одного из наиболее тяжелых заболеваний, сопровождающихся остеопорозом, у детей (несовершенного остеогенеза), подготовлена и утверждена Министерством здравоохранения соответствующая инструкция по применению, регламентирующая базовые аспекты их применения, включая этические [1]. В соответствии с утвержденными регламентирующими документами бисфосфонаты были внесены в Республиканский формуляр лекарственных средств, а также иные перечни, обеспечивающие закупку и применение их в лечении несовершенного остеогенеза у детей за счет бюджетных средств. Вопрос о применении бисфосфонатов в лечении этого тяжелого заболевания у детей также был рассмотрен Комитетом по биоэтике ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (с учетом ведомственной принадлежности специалистов, осуществляющих медикаментозное лечение детей с несовершенным остеогенезом); получено одобрение на этот метод лечения при условии проведения такого лечения с соблюдением всех указанных выше принципов и в рамках сопутствующих лечению научных исследований по проблеме. К настоящему моменту отечественные специалисты обладают опытом проведения более 300 курсов лечения несовершенного остеогенеза бисфосфонатами у детей, осуществленными на базе специализированного учреждения республиканского уровня по проблеме – УЗ «Минская областная детская клиническая больница». Предварительные результаты свидетельствуют о сопоставимых описанным в мире показателях эффективности и безопасности такого лечения.

Заключение. Применение бисфосфонатов для лечения несовершенного остеогенеза у детей может служить одним из первых отечественных примеров эффективного и успешного учета принципов биоэтики при назначении лекарственных средств в режиме «off label».

Список цитируемых источников

1. Метод применения бисфосфонатов в лечении детей с несовершенным остеогенезом : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 06.03.2014 г. / А.С. Почкайло [и др.]– Минск : БелМАПО, 2014. – 30 с.

УВАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА ПАЦИЕНТОВ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ОТЗЫВЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.В. Крячкова
доктор медицинских наук, доцент
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины», Днепр, Украина

Введение. Работа всех систем здравоохранения (ЗО), всех звеньев отрасли и отдельных медицинских работников должна быть направлена на достижение общих целей деятельности. Согласно общепринятых подходов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время в качестве универсальных целей деятельности систем признаны улучшение состояния здоровья населения, справедливость при распределении финансовых ресурсов и повышение отзывчивости здравоохранения к обоснованным запросам населения неклинического характера [4].

Отзывчивость здравоохранения это многокомпонентная концепция, которая включает в себя элементы, относящиеся к двум категориям: уважению к людям (включает человеческое достоинство, коммуникации, автономию, конфиденциальность) и ориентацию на интересы пациента как клиента (включает оперативное оказание услуг, доступ к социальной поддержке во время лечения, качество основных бытовых условий и удобств, а также выбор поставщика медицинских услуг) [1 - 5].

Уважение человеческого достоинства пациентов при медицинском обслуживании является одним из базовых элементов обеспечения отзывчивости системы ЗО, что и обусловило актуальность проведенного исследования.

Материалы и методы. Оценка уважения человеческого достоинства пациентов при оказании медицинской помощи проводилась в рамках исследования отзывчивости системы здравоохранения Украины [1], которое выполнялось с использованием адаптированной методики ВОЗ [5].

Основная часть. Отзывчивость системы ЗО представляет несколько новое звучание базового принципа советского здравоохранения – обеспечения права пациентов на получение адекватной медицинской

помощи, гуманизма медицинского обслуживания, соблюдение этико-деонтологических принципов.

Уважение человеческого достоинства, как элемент отзывчивости ЗО, предусматривает право индивидуумов оставаться при лечении личностями, вежливое обслуживание, уважительное отношение медицинского персонала к пациентам, поддержку достоинства больных с заразными заболеваниями, больных СПИДом и т.п., сохранение конфиденциальности пациента во время медицинского обследования [5].

По результатам опроса около 2 тыс. человек в странах Европейского региона, эксперты ВОЗ сделали вывод, что среди элементов отзывчивости здравоохранения, население больше всего ценит оперативность обслуживания и уважение человеческого достоинства, право на неприкосновенность сугубо личной информации [2].

Согласно результатов собственных исследований, доля этого элемента среди восьми основных компонентов отзывчивости составляет 17 %. По результатам обследования домохозяйств, опрошенное население (1491 человек), среди направлений обеспечения отзывчивости, наиболее ценит уважение человеческого достоинства (19,46 % опрошенных отдали ему 1-е место).

Уважение человеческого достоинства пациентов набрало одну из самых высоких оценок как при амбулаторном (63,58 % респондентов дали ей позитивные оценки), так и стационарном лечении (66,55 %). Пациенты достаточно высоко оценивают уважение человеческого достоинства медицинским и обслуживающим персоналом, указывая на то, что медицинские работники в основном всегда уважительно к ним относятся.

Балльная оценка отзывчивости 398 ключевыми респондентами (наиболее осведомленными в этом вопросе врачами, организаторами ЗО, пациентами) показала, что достоинство, как элемент отзывчивости, имеет среднюю оценку в 5,2(2,1) балла (M (SD)) по десятибалльной шкале, где 0 – это наихудший, а 10 – наилучший уровень. Однако, врачи значительно выше оценивают этот элемент 7,25(1,9) бала по сравнению с обычными пациентами ($p<0,001$).

Относительно уважительного отношения к пациентам и уважения к достоинству человека половина ключевых респондентов отметила, что в лечебных учреждениях к пациентам обычно относятся с уважением, соблюдаются права человека по отношению к пациентам с заразными заболеваниями, физические осмотры проводятся приватно. Но треть респондентов (28,6 % – 41 %) указала на то, что достоинство пациента не всегда уважается.

Часть респондентов из опрошенных домохозяйств также дает негативные оценки отношению к личному достоинству человека при медицинском обслуживании. Так 14,18 % указали на то, что иногда медицинский персонал относится к ним пренебрежительно; 6,46 % – недовольны непочтительным отношением работников регистратуры и

другого обслуживающего персонала; а 16,27 % указали на то, что не всегда медицинские обследования и процедуры проводились с уважением их достоинства.

Наблюдается также определённая частота дискриминации различных элементов отзывчивости среди различных групп населения. Было установлено, что пожилые люди и малообеспеченные обслуживаются с меньшим уважением к их достоинству (частота дискриминации по данному элементу 67 %). Больные СПИДом и туберкулезом не получают достаточного отклика системы ЗО по разным элементами отзывчивости, но чаще всего страдают от неуважения их достоинства (85 %) и отсутствия конфиденциальности (76,9 %).

Доля людей которые не чувствует уважительного отношения медицинского персонала к себе небольшая (8,79 %), однако с учетом важности для пациентов данного элемента отзывчивости, это является проблемой требующей незамедлительного решения.

Заключение. Повышение уважения достоинства пациентов во время медицинского обслуживания (соблюдение прав человека, уважительное отношение, сохранение свободы выбора при наличии заразной болезни, приватность медицинских осмотров и т.д.) позволит повысить отзывчивость системы здравоохранения к ожиданиям населения и будет способствовать выполнению отраслью своих основных целей.

Несмотря на достаточно высокий уровень удовлетворенности населения, таким элементом отзывчивости системы здравоохранения, как уважение человеческого достоинства, с учетом его высокой важности для населения и весомого вклада в формирование интегрального показателя отзывчивости, нужно укреплять отклик системы на обоснованные запросы граждан по этому компоненту.

Такие управляемые элементы отзывчивости ЗО, как уважение человеческого достоинства не требуют существенного увеличения расходов здравоохранения на свое обеспечение и оптимизацию, что дает возможность повысить отклик отрасли на запросы населения без существенных дополнительных расходов и отвлечение ресурсов от других целей деятельности. Как сказал М. Сервантес устами Дон Кихота «Ничто не обходится нам так дешево и не ценится так дорого, как вежливость»!

Список цитируемых источников

1. Крячкова Л.В. Пути обеспечения отзывчивости системы здравоохранения к требованиям, предъявляемым населением (на примере Украины) / Л.В. Крячкова // Medyczne zeszyty naukowe. Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie. – 2016. – №1(5). – С. 137-157.
2. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации / С. В.

Шишкин, С. П. Ермаков, Е. П. Какорина [и др.]. – Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Москва, 2007. – 64 с.
3. Шульгина С. В. Отзывчивость системы здравоохранения и ее характеристики / С. В. Шульгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 1. – С. 25 – 27.
4. Smith P. C. Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований : Краткое изложение принципов № 4 / P. C. Smith, I. Papanicolas. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 54 p.
5. The Health Systems Responsiveness. Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study / H. Letkovicova, A. Prasad, R. L. Valleetal. – Switzerland : World Health Organization, 2005. – 143 p.

КОНФЛИКТ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мусина Н.Е.
кандидат исторических наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

В настоящее время постоянно повышается уровень квалифицированной медицинской помощи пациентам, применяются новейшие технологии для лечения и диагностики. Однако на фоне безусловного прогресса медицины в этой сфере наблюдается и увеличение конфликтных ситуаций. В силу чего необходим анализ данной сферы человеческих взаимоотношений, выявление основных противоречий и возможных путей их преодоления.

Конфликты сами по себе – довольное распространенное явление, они случаются на всех уровнях и во всех сферах общественной жизни. Это один из видов социального взаимодействия, в основе которого лежит открытое противоборство сторон, и проявляться оно может в самых разных формах. К настоящему времени сложилось целое научное направление – конфликтология. Существуют различные трактовки сущности и роли конфликта в обществе, выделяются различные подходы к выяснению их причин. Основными причинами столкновения могут быть материальные ресурсы, властные полномочия, ценностные ориентации. Субъектами и участниками конфликта выступают отдельные люди, различные социальные группы и организации. Конфликты имеют свою структуру, логику развития, этапы, выработаны различные приемы их разрешения.

В сфере здравоохранения конфликты имеют как общие проявления, так и свои особенности. Их выявление и анализ стали целью данной работы. Эти знания представляют не просто теоретический интерес, но и самое непосредственное практическое значение, которое состоит в

следующем: во-первых, по возможности не допускать конфликтов, но если они случаются, научиться вести себя в конфликтной ситуации, знать способы их разрешения; во-вторых, активизировать положительную функцию конфликта (устранив противоречия, проблему, совершенствуя отношения). Одним словом, эти знания помогут в практической профессиональной деятельности медицинского работника.

Конфликты в медицине (как и в других отраслях) могут происходить на различных уровнях по вертикали (высший, средний, низший): 1) система здравоохранения – общество, 2) учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал, 3) медицинский персонал – пациенты и их родственники. При этом субъекты конфликта занимают разное социальное положение, ранги. Горизонтальные конфликты могут возникать на всех уровнях, как по линии «общество», так и на уровне «врач-врач», «больной-больной» и т.п.

Основные противоречия, из-за которых могут возникать конфликты на уровне «общество – здравоохранение», − это отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения, недостаточность финансирования и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Последнее, например, может приводить к закрытию участковых больниц, сокращению лекарственных средств и оборудования, социально-трудовым конфликтам на уровне коллективов, вызванных недовольством медицинского персонала уровнем вознаграждения их труда. Это заставляет медицинского работника искать дополнительный заработок, что снижает качество работы и порождает недовольство качеством оказываемых услуг («врач-пациент»). Данный пример показывает, как конфликт одного уровня может перемещаться на другой уровень.

В профессиональной деятельности медики чаще всего сталкиваются с конфликтами в системе «врач – больной», «врач – врач». В их основе – столкновения мнений, взглядов, интересов и ожиданий. Конфликты «врач – больной», например, могут быть вызваны некачественным исполнением обязанностей (послеоперационные осложнения по вине медицинского персонала, несвоевременный обход, отказ в госпитализации, помещение в палату с умирающим больным и пр.). Добросовестное исполнение обязанностей или устранение недостатков может привести к положительному результату. Конфликт, вызванный некомпетентностью врача (неправильный диагноз, неправильно назначенная терапия и пр.) может иметь более серьезные последствия. Иногда врачу приходится сталкиваться с предвзятым отношением пациента к медицине вообще или к конкретному врачу в частности. Подобное отношение может быть связано с накопившимися отрицательными эмоциями, обидами, враждебностью. Безусловно, подобная реакция осложняет ситуацию и разрешение самого конфликта, поскольку в данном случае конфликт выступает самоцелью. На конфликтное поведение пациентов помимо психологических особенностей оказывают влияние такие социальные

факторы, как возраст, образование, неустроенность личной жизни. Так, низкий уровень доходов пациентов ограничивает возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечении качественными (а значит эффективными) лекарственными средствами.

Таким образом, уровень конфликтности во взаимоотношениях врача и пациента зависит, прежде всего, от материально-технического обеспечения лечебного учреждения, квалификации медицинского персонала, качества и стоимости оказываемых услуг. Следует учитывать действие и субъективных факторов тактического (в том числе выбор модели взаимоотношений между врачом и пациентом) и деонтологического характера.

Конфликт как проблема взаимодействия между врачом и пациентом все больше оказывается в центре внимания. Это связано не только с качеством оказания медицинской помощи, недостаточным вниманием со стороны медицинского персонала или какими-либо другими недостатками в самой системе здравоохранения. Во многом это связано с повышением требовательности населения к качеству оказываемых медицинских услуг и роли врача при этом. Все это наряду с изменением роли института здравоохранения в современном обществе выводит на качественно иной уровень отношения между врачом и пациентом.

Характеризуя в целом специфику конфликта в сфере здравоохранения, следует выделить следующее. Во-первых, эта сфера затрагивает важнейшую ценность для человека – его здоровье, а потому может вызывать довольно сильную эмоциональную реакцию. Заболевание может еще и усиливать негативный эмоционально-психологический фон. Во-вторых, в последние годы значимость здоровья в иерархии ценностей личности значительно возрастает. Происходит и повышение правовой грамотности и активности граждан в защите своих прав, уделяется больше внимания вопросам сохранения своего здоровья и формируется в общественном сознании установка на личную ответственность человека в этом. В-третьих, такие тенденции, как медикализация и коммерциализация, связанная с расширением фармацевтического рынка, порождают новые основания для возникновения конфликтов в этой сфере.

И еще один аспект следует учитывать при анализе сферы здравоохранения и происходящих конфликтов: оказание медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений, в их регулировании большую роль играют не только правовые, но и этические нормы. Так, например, в последние годы в мировой общественности заговорили о таком явлении, как конфликт интересов (КИ). В его основе – конфликт интересов фармацевтических фирм и медицинской науки, медицинских учреждений, связанных с клиническими испытаниями препаратов и продвижением их на рынок. Это явление связано, с одной стороны, с развитием медицинской науки, а с другой стороны – возможным

недобросовестным использованием экспериментальных клинических результатов, что приводит к снижению общественного доверия к результатам биомедицинских исследований и к рекомендациям по медицинской практике. КИ может проявляться на различных уровнях. В деятельности врача, например, он проявляется при принятии клинического решения, при явлениях «некомпетентности и обмана» со стороны врача, при взаимоотношении с аптечной сетью ипредставителями фармкомпаний, в хирургии, специализированной диагностике, трансплантологии. Это всегда противоречие между социальным статусом и этическим кодексом врача. Современная медицина опирается на строгий научный подход, принципы доказательной медицины. Но может действовать и личный интерес медицинского чиновника. В правовой сфере эту проблему пытаются решить через антикоррупционные национальные законодательства. Но конфликт интересов – это и этическая проблема. О серьезности проблемы говорят, например, принимаемые документы по урегулированию возникающих конфликтов, проводимые международные конференции (Ереван, октябрь 2012 г.), обсуждаемые международные стандарты по предотвращению КИ. Большие надежды в разрешении КИ возлагаются на создаваемые в трудовых коллективах здравоохранения биоэтические комитеты.

Таким образом, конфликты в сфере здравоохранения могут проявляться как на макро-, так и на микроуровнях, включая внутриличностную структуру врача и пациента. По мере развития медицинской науки и самой системы здравоохранения усложняются взаимоотношения людей в этих сферах, возникают новые проблемы и противоречия, требующие своего разрешения. Только на этой основе возможен дальнейший прогресс и совершенствование.

ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

А.М. Талыбов
В.В. Редненко
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Выпускник медицинского вуза в частности врач после распределения на работу в лечебно-профилактические учреждения, зачастую сталкивается с такой проблемой как общение в коллективе, с пациентом и их родственниками. Актуальность данной тематики заключается в том, что молодые специалисты не всегда готовы к правильному профессиональному общению и появляется необходимость обучению студентов коммуникативной компетентности.

Основная часть.

Объектом исследования явились выпускники медицинских вузов. Предметом исследования явились данные о коммуникативной компетентности молодых специалистов медицинского профиля.

Коммуникативная компетентность — это владение сложными коммуникативными навыками и умениями, формирование адекватных умений в новых социальных структурах, знание культурных норм и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета в сфере общения, соблюдение приличий, воспитанность, ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному менталитету и выражающихся в рамках данной профессии. [1]

Коммуникативная компетентность — одна из базовых характеристик профессиональной компетентности специалистов медицинского профиля. Ее формирование составляет одну из важнейших задач подготовки будущего врача, служит залогом его личностного и профессионального развития. Это способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими людьми. В ее состав входят:

- умение ориентироваться в социальных ситуациях;
- умение правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей;
- умение выбирать и реализовывать адекватные способы взаимодействия [2].

К сожалению молодые врачи строят взаимоотношения с пациентами их родственниками так сказать «по наитию», зачастую опираясь на свой небогатый опыт общения, приобретенный в учебном заведении, а также подражая манере общения коллег. Коммуникативная же компетентность врача заключается в профессиональном и грамотном общении молодого специалиста с больным, его родными и близкими. Врач должен не только поставить правильный диагноз, а еще и объяснить пациенту, правильно и своевременно выполнять его назначения, дать надежду на выздоровление, построить доверительные взаимоотношения. Если пациент всецело доверяет своему лечащему врачу, то он будет строго следовать всем рекомендациям, своевременно проходить лечебно-диагностические и лечебно-профилактические процедуры.

В общении с пациентом или его родственниками врач должен правильно построить общение избегая при этом конфликтных ситуаций. В этом во многом и заключается профессионализм врача в общении.

Молодому специалисту должно быть присуще такое психологическое качество как эмпатия.

В психологии выделяют два вида эмпатии – она может быть эмоциональная и когнитивная. Эмоциональная эмпатия – это способность на чувственном уровне сопереживать человеку, и это очень глубокая эмпатия. Когнитивная же разновидность позволяет путем логического мышления понять, что в такой момент чувствует человек, и через это приблизиться к истинному сопереживанию, что позволит выпускнику

медицинского вуза более профессионально строить взаимоотношения с пациентами совмещая чувство сопереживания с необходимостью целенаправленно применять выбранную тактику лечения.

Для успешной работы молодому врачу необходимо воспитать в себе, такое профессионально важное качество личности как эмоциональная стабильность. Пациенты, которые испытывают болевые ощущения имеющие хронические заболевания обладают, как правило нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций и остро нуждаются в стабилизирующей уверенности врача. Эмоциональная стабильность – это особое необходимое качество личности врача, которое определяется в уравновешенности при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больным избегать «психологических» срывов, конфликтов. [3]

Заключение Правильное, профессиональное общение с больными – коммуникативная компетентность врача, это навыки и умения, которые необходимо формировать еще во время обучения в медицинском вузе. Далее в процессе профессиональной деятельности имея определенные знания молодой врач, накапливая опыт сможет строить общение как с пациентами, так и с их родственниками на профессиональном уровне.

Список цитируемых источников

1.Куницына, В.Н. Межличностное общение/ В.Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб: Питер, 2001.
2.Социальная работа: Введение в профессиональную деятельность. / Отв.ред. А.А. Козлов – М., 2005. – С.215
3.Ясько, Б.А. Психология личности и труда врача. Курс лекций / – Москва: Феникс, 2005. – 304 с.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА

Е.А. Ломеко
И.П. Деркач
Брестское РУП «Фармация», Брест

Введение. Освещение проблем деонтологии (от греч. Deon – долг, должное и logos – учение), как и профессиональной этики (от греч. Ethos – нравы) возможно лишь при комплексном подходе к особенностям данной

профессии в соответствии с данной эпохой. Так, Ф.Энгельс писал, что «каждая профессия имеет свою собственную мораль» [1, с. 58].

Деонтология – это раздел этики, в котором рассматриваются проблемы *долга* и *должного* как специфической для нравственности формы проявления социальной необходимости. Этот термин введен в 1834 году английским философом Бентамом для обозначения теории нравственности в целом [2, с. 7].

Большое значение деонтологии фармацевта придавалось в России со времен Петра I. В 1789 году вышел первый «Устав аптекарский». В нем, в частности, говорилось, что ***«аптекарь, яко добрый гражданин, верно хранящий присяжную должность, повинен быть искусен, честен, совестен, благоразумен, трезв, прилежен, во всякое время присутствен, и исполняющий звание свое всеобщему благу соответственно»*** [2, с. 8].

В середине 20-го века деонтологию начали рассматривать в рамках профессиональной этики, которая включает в себя учение о долге фармацевтического работника – фармацевтическую деонтологию и учение о моральных ценностях – аксиологию. В соответствии с действующим законодательством, медицинская этика и деонтология трактуется как совокупность принципов, норм и правил поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей [3, с.2]. Современная фармацевтическая деонтология, рассматривает проблемы долга, деятельности фармацевтических работников исходя из специфики их труда. Практическое применение принципов фармацевтической деонтологии способствует разрешению возникающих конфликтных ситуаций с врачами, пациентами и их родственниками.

Основная часть. Применительно к фармацевтическим работникам Брестского РУП «Фармация» можно утверждать, что основные принципы фармацевтической этики и деонтологии учтены в Этическом кодексе фармацевтического работника Брестского РУП «Фармация», разработанном и принятом фармсообществом предприятия в 2010 году. Морально-нравственные нормы и правила красной нитью проходят через все сферы фармацевтической деятельности аптечных работников Брестского РУП «Фармация», такие, как внешний и внутренний имидж аптек предприятия, обеспечение должного хранения и реализации лекарственных средств в целях сохранения здоровья и безопасности населения (в соответствии с нормативно-правовыми актами, регламентирующими фармацевтическую деятельность), предоставление населению необходимой информации при отпуске лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента, сохранение врачебной тайны и т.д.

Более наглядно это можно продемонстрировать на постулатах Этического кодекса фармацевтического работника Брестского РУП «Фармация»:

Статья 1.1: Основная задача профессиональной деятельности фармацевтического работника – сохранение здоровья человека.

Статья 1.2: Основное условие деятельности фармацевтического работника – высокий профессионализм и компетентность в вопросах лекарственного обеспечения.

Статья 1.3: Фармацевтический работник не вправе использовать свои знания и возможности в негуманных целях.

Статья 1.4: Право и долг фармацевтический работника – хранить свою профессиональную независимость и осознавать меру ответственности за свои поступки.

Статья 1.5: При осуществлении фармацевтической деятельности фармацевтический работник должен всегда придерживаться принципов этичной конкуренции, этичного маркетинга и рекламы и др. [4, с. 1 - 4].

При приеме на работу каждый специалист знакомится с Этическим кодексом, чтобы в своей практической деятельности соответствовать требованиям профессионального долга и этики, интересам пациентов и потребностям защиты жизни и здоровья каждого человека вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального статуса, религиозных и политических убеждений.

В целях осуществления действенного контроля за соблюдением фармацевтическими работниками норм профессиональной этики и деонтологии во взаимоотношениях с коллегами, врачами и посетителями аптек (пациентами), для рассмотрения конфликтных ситуаций, относящихся к сфере профессиональной этики, эффективной реализации и исполнения норм действующего законодательства, в Брестском РУП «Фармация» создана областная комиссия по фармацевтической этике и деонтологии.

Кроме того, этические нормы взаимоотношений фармацевта и врача отражены в Рабочей Инструкции (РИ) по доведению информации до врачей организаций здравоохранения. Во взаимоотношениях с врачом фармацевтический работник предприятия всегда помнит, что у него и врача общая задача – возвращение здоровья больному, что он является коллегой врача и его знания должны быть достаточно глубокими для предоставления врачу высококвалифицированной консультации. В этой связи безопасность фармацевтической услуги, в т.ч. информационно-консультационной, может быть обеспечена совокупностью требований к качеству профессиональных действий фармацевтического работника во время ее оказания. Принимая во внимание, что любая фармацевтическая информационно – консультационная услуга имеет как минимум три аспекта: медицинский, психологический и юридический, специалист фармацевтического профиля обязан ее оказывать таким образом, чтобы быть неуязвимым в области профессиональных действий и профессиональных рекомендаций пациенту [5, с. 45].

Заключение. На протяжении всей истории развития фармации люди, занимавшиеся лечением больных, руководствовались определенными этическими нормами. Требование к фармработнику быть доброжелательным, терпеливым, спокойным, сочувствовать страданиям больного, поддерживать у него веру в выздоровление не потеряло актуальности и в наши дни. На современном этапе развития фармации в Республике Беларусь актуальным остается вопрос разработки отраслевых нормативных документов, отражающих весь перечень фармацевтических услуг, оказываемых населению, их суть и характеристику, а также стандарты их оказания, которые должны являться критерием оценки их качества.

Список цитируемых источников

1. Гаврилина Н.И., Шульженко В.И., Бурова Г.П. Этика, деонтология и психология в работе фармацевта и провизора // Новая аптека. – 2007. – №9. – С.58.
2.Эльяшевич Е.Г. Фармацевту о деонтологии // Минск: «Вышэйшая школа», 1982. – С. 7 - 8.
3. Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. №2435 – XII «О здравоохранении» (с изменениями и дополнениями) Глава 1. Статья 1. – С.2.
4. Этический кодекс фармацевтического работника Брестского РУП «Фармация» Брестское РУП «Фармация». – 2010.
5. Федина Е.А. Провизор – консультант: функциональные обязанности и должностная инструкция // Новая аптека. – 2006. – №2. – С.45.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.А. Хуткина
кандидат фармацевтических наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Фармацевтическая этика и деонтология являются одними из важнейших составляющих в процессе профессиональной деятельности провизора (фармацевта). Понимание важности указанного аспекта студентами и выпускниками фармацевтического факультета формируется в процессе обучения постепенно, преимущественно в период прохождения производственных практик, интернатуры на базе аптек. Особенностью работы в торговом зале (зоне обслуживания) аптеки является то, что работнику первого стола приходится постоянно общаться с большим количеством посетителей: пациентами и их родственниками, врачами, социальными работниками. В современных условиях велико влияние на

фармацевтического работника психо-эмоционального фактора, большой информативной нагрузки, объема выполняемых функций и высокой степени ответственности. Следует учитывать рост уровня образованности населения и его требовательности к качеству обслуживания. Важным аспектом является необходимость оказания в аптеке фармацевтической помощи, под которой подразумевается «ответственное предоставление лекарственной терапии с целью достижения конкретных результатов, которые улучшают или поддерживают качество жизни пациента» [1]. В рамках концепции фармацевтической помощи потребитель должен иметь возможность не только приобрести в аптеке необходимые лекарственные средства, но и получить квалифицированную консультативную помощь по выбору лекарственного средства безрецептурного перечня, его рациональному применению, хранению и т.п. Для обеспечения результативности оказания фармацевтической помощи и надлежащего уровня культуры обслуживания при общении с посетителями аптеки важно придерживаться этико-деонтологических аспектов.

Основная часть. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинская этика и деонтология – совокупность принципов, норм и правил поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей [2]. Указанные принципы, нормы и правила целесообразно объединить в следующие группы:

1. Внешний вид фармацевтического работника

Посетитель аптеки, обращаясь к фармацевтическому работнику, прежде всего, должен видеть в нем специалиста, которому можно доверять. При этом большое значение имеет первое впечатление об аптеке и ее работниках, которое формируется уже в первые 30 секунд пребывания в аптеке. Факторами, формирующими первое впечатление, являются: внешний вид (одежда, прическа, обувь, макияж, осанка), корректность, вежливость, приветливость, умение установить контакт. Одежда провизора (фармацевта) на работе должна быть установленной формы: халат (брючный костюм). Фармацевтические работники аптеки, осуществляющие реализацию лекарственных средств гражданам, должны иметь бэдж с фотографией, указанием должности, фамилии, имени, отчества [3].

2. Умение фармацевтического работника дифференцировать (сегментировать) посетителей аптеки. Для выбора правильной тактики поведения рецептару необходимо уметь дифференцировать посетителей аптеки по определенным критериям. Общепринятыми критериями являются: пол, возраст, вид патологии. Для эффективного оказания фармацевтической помощи важно учитывать различие посетителей по типу нервной системы, отношению к заболеванию, к процессу лечения, к лекарственному средству. Например, ученые из Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.

Бехтерева разработали тест, выявляющий 12 типов отношения пациента к болезни: гармоничный, стенический, эйфорический, тревожно-депрессивный, ипохондрический, меланхолический, неврастенический, апатический, паранойяльный, агрессивный, эгоцентрический, сенситивный.

3. Умение донести до посетителя необходимую информацию.

С учетом дифференциации посетителей (мужчина, женщина, пожилой человек, молодая мама с ребенком, тревожный и мнительный пациент и т.п.) необходимо уметь коротко и доступно преподнести необходимую информацию, иногда эмоционально поддержать человека, усилить его веру в эффективность лекарственного средства. Предоставление фармацевтической помощи требует затрат времени. Иногда посетителя необходимо задержать, чтобы акцентировать его внимание на некоторых аспектах применения лекарственного средства, другого подбодрить. Владение речью, умение вести диалог, использовать вербальные и невербальные средства коммуникации, – необходимые компоненты установления контакта.

4. Поддержание авторитета врача. Непростым вопросом является определение границ фармацевтического консультирования. Важно определить, в каком случае посетителя необходимо (возможно, срочно) направить к врачу. В выборе лекарственного средства не следует подменять врача, предлагать пациенту лекарственные средства по своему усмотрению. Недопустимыми являются высказывания, подрывающие авторитет врача.

5. Умение выбрать необходимую тактику поведения (технологию работы) с недовольным посетителем. В аптеке не редки ситуации, когда к рецептару обращается раздраженный посетитель, или даже возникает конфликт. В этом случае важно уметь выбрать эффективные приемы реагирования на жалобы посетителей, стиль поведения, соответствующий ситуации, использовать алгоритм нужных вопросов и фраз, построить диалог. Недопустимы демонстрация раздражения и грубость.

Заключение.

Понимание сути, владение приемами грамотного общения с посетителем с учетом принципов этики и деонтологии может оказать реальную и эффективную помощь рецептару в повышении качества оказания фармацевтической помощи населению, а также позволит снизить эмоциональную напряженность при общении с людьми, повысить эффективность разрешения конфликтных ситуаций.

Список цитируемых источников

1. Hepler, C.D. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care / C.D. Hepler, L.M. Strand // American journal of hospital pharmacy. – 1990. – № 47. – P. 533–543.

2. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-XII, в ред. Закона Респ. Беларусь, 16 июня 2014 г., № 164-З.
3. Об утверждении Надлежащей аптечной практики: пост. Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2006 г., № 120 в ред. пост. Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 4 февр. 2016 г., № 9.

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УТИЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Н.Д. Яранцева
кандидат фармацевтических наук, доцент
А.В. Лишай
магистр фармацевтических наук
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. В сфере фармации одним из приоритетных направлений можно считать развитие фармацевтической биоэтики, касающейся всех этапов обращения лекарств, в том числе и связанных с загрязнением окружающей среды непригодными лекарственными средствами (ЛС). Среди наиболее возможных и крупных источников такого рода загрязненийстоитотметить производство ЛС, которое несет опасность для окружающей среды при недостаточной очистке стоков, выбросов или при авариях, внештатных ситуациях; лечебно-профилактическиеи аптечные учреждения при неправильном обезвреживании фармацевтических отходов; научно-исследовательские институты, в которых разрабатываются и изучаются новые ЛС; сельское хозяйство, являющееся активным потребителемЛС в животноводстве и птицеводстве.Немаловажно то, что сам человек вносит определенный вклад в лекарственное загрязнение окружающей среды при выведенииЛС и их метаболитов из организма, выбрасывании просроченных лекарств и т.д.

Основная часть. Изначально проблема распространения лекарственных веществ в окружающей среде была поднята в США еще в 1970-е гг.и почти десять лет спустя в Англии [1]. В 1976 г. в США Garrison обнаружил присутствие клофибровой кислоты (является метаболитом ЛС, снижающих уровень холестерина) в очищенных бытовых сточных водах, сбрасываемых станциями водоочистки в природные воды [2]. В 1981 г. некоторые лекарственные вещества были обнаружены в речных водоемах Великобритании. В 1986 г. ибупрофен и напроксен (нестероидные противовоспалительные средства) были зарегистрированы в сточных водах некоторых станций водоочистки Канады [1]. Тем не менее, только в середине 90-х развернулись масштабные исследования в обсуждаемом направлении в связи с активным развитием аналитических методов в частности, высокочувствительной и высокоселективной хроматографии и

масс-спектрометрии, что позволило выявить некоторые лекарственные средства в следовых количествах в окружающей среде [1].

Сложность обезвреживания и утилизации ЛС обусловлена разнообразием их химической структуры. Соединениями неорганической природылекарственные средствапредставлены мало. Основную долю составляют органические соединения разнообразной природы.Известные способы обезвреживания ЛС сведены в основном к сжиганию, высокотемпературной обработке с доступом или без доступа кислорода воздуха, захоронению на полигонах твердых бытовых отходов, сливу в промышленную канализацию.Данные подходы к уничтожению ЛС не являются экологически безопасными. Так, при сжигании образуются токсичные продукты,например, диоксины, во избежание загрязнения атмосферы которыми требуются закрытые специализированные модули, обеспечивающие температурный режим не ниже 1100°С. Последнее весьма затратно и труднодоступно.Диоксины в свою очередьмогут вызывать целый ряд заболеваний, включая онкологические, кроме того обладают свойством биоаккумуляции [3]. Снизить содержание диоксинов в отходящих газах при сжигании можно также путем использования активированного угля, впрыскиваемого в поток дымовых газов с последующим улавливанием в рукавном фильтре или с помощью установки специальных слоевых фильтров с активированным углем, что может позволить снизить выбросы диоксинов в окружающую среду [4]. Альтернативой обычным методам термической переработки твердых отходов являются технологии, предусматривающие предварительное разложение органической составляющей отходов в бескислородной атмосфере (пиролиз), после чего образовавшаяся концентрированная парогазовая смесь направляется в камеру дожигания, где происходит перевод токсичных веществ в менее или полностью безопасные. Положительными особенностями беЗкислородных пиролизных технологий уничтожения органических материалов, является возможность обеспечить экологическую безопасность выбросов, в том числе и хлорсодержащих [5]. Слив в промышленную канализацию может использоваться только для средств, содержащих растворимые в воде лекарственные вещества. При этом рекомендуемая степень разбавления не всегда учитывает предельно допустимую концентрацию в воде, которая сегодня для большинства лекарственных веществ не определена [6]. Захоронение отходов не только занимает все более и более ценную площадь земли, но также вызывает загрязнение воздуха, воды и почвы, ведет к выбросу углекислого газа, метана и гидрофторуглеродов в атмосферу, а также к попаданию химических веществ и пестицидов в почву и грунтовые воды. Это, в свою очередь, представляет угрозу для здоровья человека, а также растений и животных.

В этой связи актуален поиск новых, более экологически приемлемых способов уничтожения непригодных к использованию ЛС.В

настоящее время разрабатываютсятехнологии, основанные на полученииих непригодных к медицинскому использованию ЛС новых биологически активных соединений.Поиск способов переработки фармацевтических отходов с целью их вторичного использования соответствует концепции комплексного подхода к решению проблемы отходов [7].

Заключение. Непригодные к медицинскому использованию ЛС относятся к опасным отходам из-за угрозы здоровью людей и состоянию окружающей среды. Стоит также отметить, что в окружающей среде образуютсяпродукты деструкции, а также попадают метаболиты лекарств, которые могут обладать помимо фармакологической активности токсичнымисвойствами.

В настоящее время остро стоит вопрос поиска методов экологически безопасной утилизации непригодных ЛС. Перспективными можно считать направления, связанные с совершенствованием существующих подходов обезвреживания, разработкой принципиально новых методов утилизации фармацевтических отходов и непригодных лекарственных средств.

Список цитируемых источников

1. Santos, L.Ecotoxicological aspects related to the presence of pharmaceuticals in theaquatic environment /L. Santos, A. Araujo, A. Fachini et al. // Journal of Hazardous Materials. – 2010. – Vol. 175 –P. 45–95.
2. Nikolaou, A. Occurrence patterns of pharmaceuticals in water and wastewater environments / A. Nikolaou, S. Meric, D. Fatta // Anal. Bioanal. Chem. –2007. – Vol.387 –P. 1225–1234.
3.Будников, Г.К.Диоксины и родственные соединения как экотоксиканты / Г.К. Будников //Соросовский журнал. –1997. – №8. – С. 29-34.
4. Ладыгин, К.В. К вопросу предварительной оценки и методов снижения содержания диоксинов в отходящих газах установок термоокислительного обезвреживания медицинских отходов [Электронный ресурс] / К.В. Ладыгин, Н.Д. Осветицкая, Ю.А. Рахманов // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент». – 2014. – №2. – Режим доступа:http://openbooks.ifmo.ru/read_economics/11102/11102.pdf. Дата доступа: 22.10.2016.
5. Утилизация отходов методом высокотемпературного пиролиза в жидкометаллическом теплоносителе / В.Н. Гущин [и др.]. // Труды Нижегородского государственного технического университета им. Р.Е. Алексеева : сб. тр. / НГТУ им. Р.Е. Алексеева; гл. редактор С.М. Дмитриев. – Нижний Новгород, 2012. – С. 230 – 236.
6. Инструкция о правилах и методах обезвреживания отходов лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 22.11.2002 : по состоянию на 29 янв. 2003 г.

7. Вихарева, Е.В. Непригодные к использованию лекарственные средства: научно-методологические основы утилизации :автореф. дис. ... д-ра фарм. наук : 15.00.01; 15.00.02 / Е.В. Вихарева ; Пермская государственная фармацевтическая академия. – Пермь, 2009. – 43 с.

ПАМІЖ САКРАЛЬНАСЦЮ І АЎТАНОМІЯЙ: ДА БЕЛАРУСКАГА ДЫСКУРСА ЎЗАЕМААДНОСІН У СІСТЭМЕ “УРАЧ-ПАЦЫЕНТ”

І.С. Чарнякевіч
кандыдат гістарычных навук
УА “Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт”, Гродна

Уводзіны. Калі мы ў рамках біямедыцынскай этыкі вядзем гаворку пра асноўныя мадэлі ўзаемаадносін у сістэме “урач-пацыент”, то з розных прычын маем на ўвазе перш за ўсё паставу ўрача адносна пацыента, не беручы ў разлік ні культурных абумоўленасцей функцыянуючых мадэлей, ні магчымасцей пацыента быць актыўным удзельнікам гэтых узаемаадносін. Аднак, па-сутнасці – гэта працэс двухбаковы, і недаацэнка ролі любой з дзеючых асобаў гэтага працэса прыводзіць да непаразуменняў і канфліктаў у сферы ўзаемаадносін. У гэтым артыкуле я паспрабую выказаць сваё бачанне праблемы ўзаемаадносін у сістэме “урач-пацыент” у сучасным беларускім грамадстве.

Асноўная частка. Сучасныя ўяўленні аб гістарычных мадэлях біямедыцынскай этыкі даволі ўдала адлюставаны ў схеме, што вырыстоўвае, напрыклад, прафесар І.В. Сілуянава, вылучаючы чатыры асноўныя мадэлі: мадэль Гіпакрата, мадэль Парацэльса, дэанталагічную мадэль і, урэшце, біяэтычную, што базуецца на паважанні праў і годнасці асобы [9, с. 23-35]. Папярэднічала гэтым мадэлям сакралізыцыя лекарскага занятку, які да вылучэння асобнай прафесійнай карпарацыі лекараў быў непарыўна звязаны з прыналежнасцю да групы, што валодала патаемнымі ведамі і была звязана з адпраўленнем культаў (жрацамі, шаманамі і інш.). Гэтая сувязь прасочваецца праз дадзеныя этналагічных даследаванняў (агляд літаратуры па гэтаму пытанню – у грунтоўным артыкуле Таццяны Валодзінай “Лекавальныя рытуальна-магічныя практыкі беларусаў” [7, с. 5-77]. Гэта не толькі сведчанні аб спалучэнні рацыянальных і ірацыянальных прыёмаў лячэння, што практыкавалі і практыкуюць знахары і шаптуны [7], выкарыстанне нароўні з рацыянальнымі прыёмамі разнастайных магічных практык павітухамі [7;3, с. 310-313], але і прыпісванне магічных і лекарскіх здольнасцей прадстаўнікам неземляробчых заняткаў у вясковай лакальнай супольнасці (кавалям, млынарам і г.д.) [8]. Узгаданы вышэй фактар, безумоўна, і сёння пэўным чынам уплывае на штодзённыя ўяўленні аб магчымасцях урачоў. У гэтым кантэксце цікавай падаецца заўвага адной суразмоўцаў падчас вуснагістарычнага інтэрвію: “Дохтор сьмэртью не владеет… Я нэ судю

врачів, як які звер, то хай ужэ Бог судыть, а я опраўдаю" [2]. У гэтым кантэксце істотным будзе разгляд уплываў хрысціянскай традыцыі на адносіны да ўрача і сярод пацыентаў, і саміх урачоў да сваёй прафесіі, што, аднак, патрабуе асобнага даследавання з улікам канфесійнай гісторыі Беларусі.

Другі фактар, што, безумоўна, паўплываў на сучасную сітуацыю ва ўзаемаадносінах "урач-пацыент" – гэта асаблівасці этнасацыяльнай гісторыі нашай краіны. Тут я маю на ўвазе той факт, што падчас актыўнага фармавання і функцыянавання дэанталагічнай мадэлі ўзаемаадносін паміж урачом і пацыентам, паміж большасцю патэнцыйных пацыентаў і ўрачамі знаходзілася не толькі прафесійная, але і саслоўная мяжа, якая тут была яшчэ і этнічнай. Напрыклад, сяляне ў XIX стагоддзі да прафесійнага ўрача звярталіся вельмі рэдка не толькі з-за слабой даступнасці для селяніна прафесійнай медыцынскай дапамогі (напрыклад ўрач Крынкаўскай сельскай лячэбніцы Г.І. Ржачкоўскі ў 1900 годзе абслугоўваў 11 валасцей з насельніцтвам 78 600 чалавек [6, с. 39]), але і таму, што ў сялянскім асяроддзі існавала думка пра тое, што "доктар лечыць хваробы толькі панскія" [7, с. 11]. Фармаванне дэанталагічнай мадэлі медыцынскай этыкі адбывалася адначасова са стварэннем дзяржаўнай сістэмы аховы здароўя. Такім чынам, медыцынская супольнасць з аднаго боку, і грамадскія і дзяржаўныя патрабаванні і рэгламентацыя, з другога, прывялі да выпрацоўкі дэанталагічных прынцыпаў і норм, што адпавядалі ўзаемнаму бачанню прызначэння прафесіі ўрача. У XIX - пач. XX стагоддзя актыўна ўзнікалі медыцынскія таварыствы, якія ставялі перад сабою як навуковыя, так і асветніцкія мэты, а таксама задачу арганізацыі медыцынскай дапамогі тым слаям насельніцтва, якія мелі найменшы да яе доступ [4, с. 7].

У міжваенны перыяд у Заходняй Беларусі дзейнасць ўрачоў таксама характарызавалася актыўнай грамадскай пазіцыяй, прычым, не толькі ў галіне медыцыны [10]. Нягледзячы на пэўныя поспехі ў арганізацыі медыцынскай дапамогі, для большай часткі насельніцтва Заходняй Беларусі яна па-ранейшаму заставалася маладаступнай. Сельскае насельніцтва часцей лячылася самастойна, звярталася таксама да мясцовых знахараў, а ў крайнім выпадку – да урача, які займаўся прыватнай практыкай і прымаў у бліжэйшым мястэчку ці горадзе. Ва ўспамінах ёсць інфармацыя пра ахоп некаторай часткі насельніцтва вакцынацыяй супраць воспы [1, с. 54, 68, 83, 144]. Тым не менш, суразмоўцы адзначаюць ветлівыя адносіны да пацыентаў з боку медперсанала. Іншым шляхам ішло развіццё медыцынскага абслугоўвання ў гэтыя часы ў БССР (гл, напр., цікавае даследаванне аб медыцыне Полаччыны ў 20-я гг., у якім звернута ўвага на праявы нядбайных адносін да пацыентаў [5, с. 21-23]).

Далейшае даследаванне ў гэтым накірунку могуць праліць святло і на сённяшнія праблемы ўзаемаадносін урачоў і пацыентаў, якія так ці інакш маюць дачыненне карпаратыўных інтарэсаў першых і ўспрыманне медыкаў як прадстаўнікоў асбнай карпарацыі другімі. Пасля

фундаментальных сацыяльных зменаў, што праходзілі на тэрыторыі нашай краіны пачынаючы з 1920-х гадоў (у Заходняй Беларусі сацыяльная сітуацыя карэнным чынам змянілася ў ходзе Другой сусветнай вайны) знішчэнне папярэдніх сацыяльных эліт (а ўрачы, безумоўна, залічваліся да гэтых груп насельніцтва) стварыла ўмовы для актыўнага ўдзелу ў фармаванні новых эліт насельніцтва, якое ўсведамляла сябе да гэтага сацыяльнымі нізамі. Гэтыя новыя эліты (і гаворка тут не толькі пра ўрачоў), часта наўмысна падтрымлівалі сваю адасобленасць і адметнатнасць ад таго асяроддзя, выхад з якога ўспрымаўся як безумоўны сацыяльны поспех.

Заканчэнне. Такім чынам, сучасная сітуацыя ва ўзаемаадносінах паміж урачом і пацыентам у многіх аспектах базуецца на папярэднім вопыце развіцця, асаблівасцях ментальнасці беларуса і цяжкасцях пераходу да новай біяэтычнай мадэлі адносін.

Спіс цытуемых крыніц

1. “За польскім часам…”: Западная Беларусь в воспоминаниях современников / Брест. гос. университет им. А.С. Пушкина; редколл.: Е.С. Розенблат (гл. ред.) [и др.] аўтарскі рукапіс.
2. Беларускі архіў вуснай гісторыі. 50(1)–1027–4768. Відэаінтэрвію Асіпчук (Бэз) Веры Сямёнаўны, 1934 г.н. 03.07.2015; в. Табулкі, Пінскі р-н, Брэсцкая вобл. Запісана Г. Шарэндай, П. Сітнікам
3. Беларусы. Т. 5. Сям’я / В.К. Бандарчык, Г.М. Курыловіч, Т.І. Кухаронак і інш.; рэдкал.: В.К. Бандарчык і інш.; Ін-т мастацтвазнаўства, этнагарафіі і фальклору НАН Беларусі. – Мн., 2001
4. Борисюк, М.В. Гродненские медицинские общества / М.В. Борисюк, Ф.И. Игнатович, Е.М. Тищенко // История медицины и здравоохранения Гродненщины: Материалы научной конференции, посвящённой 125-летию Общества врачей Гродненской губернии. Ч. 1 / ред. колл. Д.А. Маслаков (гл. ред.) [и др.] – Гродно, 1995. С. 7-9
5. Ильницкий, А.Н. «Дай моим больным доверие ко мне и к моему искусству…» (краткие заметки об истории медицины Полоцка) /А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, О.В. Козел. – С.-Петербург, 2005
6. Клименко, П.Д. Из истории медицины Берестовицкого региона (XIX в.) // История медицины и здравоохранения Гродненщины: Материалы научной конференции, посвящённой 125-летию Общества врачей Гродненской губернии. Ч. 2 / ред. колл. Д.А. Маслаков (гл. ред.) [и др.] – Гродно, 1995. – С. 39-40
7. Народная медыцына: рытуальна-магічная практыка / Ін-т мастацтвазнаўства, этнаграфіі і фальклору імя К. крапівы НАН Беларусі, уклад., прадм. і паказ. Т.В. Валодзінай; навук. рэд. А.С. Ліс – Мн., 2007
8. Сержпутоўскі, А.К. Прымхі і забабоны беларусаў-палешукоў / А.К. Сержпутоўскі – Мн., 1998

9. Силуянова, И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / І.В. Сілуянова. – М., 2001.
10. Чарнякевіч, А.М. Памяць пра Гродна. Матэрыялы да біяграфічнага слоўніка постацей міжваеннага горада. 1919 – 1939 гг. / А.М. Чарнякевіч – Гродна, 2015.

ЭТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

М.В. Шолкова
Э.А. Доценко
доктор медицинских наук, профессор
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. Наряду с основным, гиполипидемическим, действием, у всех представителей группы препаратов ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) выявлены благоприятные эффекты, названные плейотропными, то есть работающими одновременно во многих направлениях. Данные эффекты развиваются быстро (часы, дни) в отличие от влияния статинов на липидный профиль (недели) и объясняются влиянием препаратов на биологические свойства мембран клеток, процессы воспаления, модуляцию функции Т-лимфоцитов и эндотелиальных стволовых клеток-предшественников, экспрессию генов и другими, не до конца выясненными эффектами [1, 2]. С учетом плейотропных противовоспалительных и эндотелиальных эффектов статинов можно ожидать пользу от их применения при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Статины могут способствовать снижению активности воспалительного процесса (как местного, так и системного) [3,4]. Отмечено снижение заболеваемости, смертности, а также уменьшение частоты обострений у пациентов с ХОБЛ на фоне терапии статинами [5,6]. Цель нашего исследования – оценить степень влияния статинов на течение хронической обструктивной болезни легких, зависимость этого влияния от возраста пациентов, от исходного липидного статуса, от получаемой терапии и других факторов.

Основная часть. При планировании исследования плейотропных эффектов аторвастатина у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких перед нами стояли стандартные этические вопросы [7]. План и способ выполнения исследования были четко сформулированы в протоколе; была проведена тщательная оценка возможного риска и ожидаемой пользы от проведения исследования, польза явно преобладала; соблюдалась конфиденциальность участия испытуемых в исследовании; протокол был одобрен двумя этическими комитетами – комитетом

Белорусского государственного медицинского университета и комитетом больницы, на базе которой проводится исследование.

Однако в процессе исследования возник ряд новых этических проблем.

Первая проблема – полипрагмазия. Большая часть пациентов регулярно принимали препараты по поводу ХОБЛ. Всего 2 пациента не получали регулярную терапию ингаляционными бронходилятаторами (5%). Пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких, как правило, имеют также артериальную гипертензию (АГ), многие из них страдают ишемической болезнью сердца (ИБС), одна треть – другими сопутствующими заболеваниями. По нашим данным, из 37 пациентов только 6 (16%) не имели артериальной гипертензии, тогда как страдали АГ 31 (84%). Третья часть наших пациентов (11 из 37 человек, 29,7%) имели различные проявления ИБС: стенокардию, инфаркт миокарда в анамнезе, нарушения сердечного ритма.

Среди гипотензивных препаратов преобладали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (13 человек, 35%) и блокаторы кальциевых каналов (9 человек, 24%). Среднее количество принимаемых препаратов составило 2,6. Таким образом, большая часть пациентов принимала не только ингаляционные препараты для лечения пульмонологической патологии, но и различные препараты системного действия. Далеко не все пациенты были согласны участвовать в исследовании и принимать еще один дополнительный препарат ежедневно на протяжении 24 недель, как это требовалось по протоколу. При наличии сопутствующей ИБС согласие принималось пациентом легче, поскольку была более явна польза от лечения.

Вторая проблема – это сокрытие пациентами регулярного употребления алкоголя. Пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких, часто имеют низкий уровень образования, социальный статус, очень часто курят и злоупотребляют алкоголем. В то же время прием статинов не сочетается с употреблением спиртных напитков. Некоторую часть злоупотребляющих алкоголем пациентов нам удалось выявить до включения в исследование (если имелись признаки активности гепатита). Другие пациенты были включены в исследование, но в дальнейшем выбывали из него, так как не являлись по вызову в необходимые сроки. В целом комплаентность составила 78,3% (выбыло 21,7%; 8 человек из 37).

Избыточное употребление алкоголя никогда не подтверждалось пациентами при опросе. Более информативна в этом отношении беседа с родственниками пациентов, особенно с супругами. Сами же больные всегда оценивают свой уровень употребления как «умеренный», «как все», «только по праздникам», забывая упомянуть, что праздники у них бывают примерно семь раз в неделю.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), употребление алкоголя жителями Республики Беларусь составляет 14,4 литра этанола в год на каждого жителя старше 15 лет [8, 9]. Данный фактор следует учитывать при планировании клинических испытаний, как в Беларуси, так и на всей территории Восточной Европы, особенно при оценке эффективности и безопасности препаратов, не сочетаемых с алкоголем.

Заключение. Этические проблемы, связанные с полипрагмазей и злоупотреблением алкоголем следует учитывать исследователю при планировании клинических испытаний.

Список цитируемых источников

1. Аронов, Д.М. Статины – основное лекарственное средство для реального снижения смертности от атеросклеротических заболеваний //Русский медицинский журнал. 2012. Т. 20. № 14. С. 698-703.
2. Blum, A. HMG-CoA reductase inhibitors (statins), inflammation, and endothelial progenitor cells-New mechanistic insights of atherosclerosis. // Biofactors. 2014. –V. 40. – № 3. p. – 295-302.
3. Герасимова, Е.Б. Эффективность гиполипидемической терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких / Герасимова Е.Б., Баздырев Е.Д., Смакотина С.А., Хрячкова О.Н., Солдатова Н.В. //Медицина и образование в Сибири. 2014. № 2. – С. 30.
4. Young, R.P. Interleukin-6 and statin therapy: potential role in the management of COPD / Young R.P., Hopkins R.J. // Respir Res. 2013, V. – 14, №1, p. 74.
5. Bartziokas, K. Statins and outcome after hospitalization for COPD exacerbation: a prospective study / Bartziokas K. [et al.] Pulm Pharmacol Ther. 2011. – V. –15. – p.625–631.
6. Horita, N. Statins reduce all – cause mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. /Horita N. [et al.] // Respir Res. 2014. – V. –15. – p. –80.
7. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964-2013 гг.) Электронный ресурс. Точка доступа / http://www.med-pravo.ru/International/Helsinci%201.htm / Дата доступа 12.01.2016
8. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) /Электронный ресурс. / Дата доступа 09.10.2016. / Точка доступа http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/consumption_adult/atlas.html).

Глобальный доклад ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья (2014) – данные по состоянию на 2010 год. / Электронный ресурс. Точка доступа http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_3.pdf. Дата доступа 09.10.2016.

БИОЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ: СТАТУС, ФУНКЦИИ, ПРИНЦИПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В.Н. Сокольчик
кандидат философских наук, доцент
М.В. Щавелева
кандидат медицинских наук, доцент
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Введение. Важнейшим институциональным инструментом биомедицинской этики, позволяющим осуществлять контроль и экспертизу биомедицинских исследований, а также разрешать сложные коллизии медицинской практики, контролировать реализацию принципов и правил биомедицинской этики в учреждениях здравоохранения являются этические комитеты. В сложившейся практике этические комитеты в Беларуси (комитеты/комиссии по этике/биоэтике/этике исследований и т.д.) являются, прежде всего, органами, осуществляющими экспертизу проводимых научных биомедицинских исследований и испытаний [1,2], однако их функционал в системе практического здравоохранения реализован далеко не в полной мере.

Основная часть. Ориентируясь на мировую практику можно выделить 4 основных вида этических комитетов:

- комитеты по биоэтике для разработки политики и/или рекомендаций (КБП);
- комитеты по биоэтике ассоциаций профессиональных медиков (КБМ);
- комитеты по биоэтике медицинских учреждений/больниц (КББ);
- комитеты по биоэтике исследований (КБИ) [3].

Каждый из вышеназванных видов имеет свои приоритетные цели и задачи, ориентирован на определенный уровень решения биоэтических проблем.

Так КБП, по сути, являются национальными биоэтическими комитетами (созданными при правительственных органах – например, при Министерстве здравоохранения в Беларуси, при научных и других организациях – например, при Академии медицинских наук в Украине, совместно с Фондом Авиценны в Узбекистане и т.д.). Главной задачей таких комитетов является разработка обоснованной биоэтической политики проведения научных исследований в области здравоохранения и наук о человеке, биоэтическое просвещение населения, обсуждение надлежащего использования биомедицинских технологий и др.

КБМ представляют независимые группы медицинских работников, приоритетными задачами здесь является разрешение этических коллизий, возникающих в рамках ассоциации, этическая оценка практических методов и технологий лечения (обследования, профилактики), разработка

предложения по формированию биоэтической политики в конкретных областях здравоохранения.

КББ – один из самых распространенных в мире вид этических комитетов. Здесь на уровне конкретной больницы/поликлиники/хосписа решаются сложные вопросы каждодневной практики – этические дилеммы, вопросы распределения дефицитных ресурсов, информирования пациентов, проблемы взаимоотношений врача и пациента. Деятельность КББ способствует улучшению качества лечения пациентов, а также совершенствованию биоэтической культуры пациентов и сотрудников медучреждения [4].

И, наконец, КБИ занимаются вопросами экспертизы и сопровождения биомедицинских исследований с целью контроля их соответствия биоэтическим нормам и принципам, контроля рисков, определения этической целесообразности исследования и т.д. В конечном итоге важнейшей задачей этих комитетов является защита участников научных исследований и испытаний (как людей, так и животных).

Несмотря на различие внутренних целей, функций и средств, все виды этических комитетов объединяют общие принципы деятельности. Во-первых, это следование биоэтическим установкам (правилам, нормам, принципам), принятым мировым сообществом и закрепленным в международных документах и национальном законодательстве.

Во-вторых, это принципиальная независимость этических комитетов. Они принимают решения и/или формируют рекомендации вне зависимости от указаний (давления) администрации учреждений, государственных служб и т.д. Реализация этого принципа на практике напрямую зависит от способа формирования состава этического комитета, который в идеале избирается не из представителей руководства и административных работников, а из высококвалифицированных профессионалов различных отраслей биомедицины, интересующихся проблемами биоэтики.

Формирование состава этического комитета любого уровня (вида) связано еще с одним важнейшим биоэтическим принципом – междисциплинарностью. Идея междисциплинарности состава этического комитета опирается на фундаментальные установки основателя биоэтики В.Р. Поттера, который рассматривал биоэтику как «мост в будущее», призванный соединить две культуры – гуманитарное и естественнонаучное знание [5]. Важность соблюдения принципа междисциплинарности в составе этических комитетов подчеркивается во всех международных документах, начиная с 70-х годов XX века. На практике междисциплинарность может реализовываться за счет участия в составе комитета/комиссии по этике специалиста по биоэтике (как правило, гуманитария), юриста, представителей общественности (например, представителя пациентов конкретного лечебного заведения, священнослужителя и т.д.).

Еще один принцип или, точнее, условие деятельности этического комитета – постоянное повышение биоэтической квалификации его участников. При современном уровне и темпах развития научных, коммуникативных, информационных и др. технологий вряд ли можно говорить о компетентности члена этического комитета, не развивающего свои знания в области науки и биоэтики. К сожалению, на практике этот вопрос решается достаточно сложно. Чаще всего «условное» повышение квалификации осуществляется за счет обсуждения информации, представленной членом комитета, участвовавшим в работе конференции, симпозиума по биоэтике. Для разрешения ситуации в БелМАПО на кафедре ОЗЗ начата работа по подготовке программы курсов повышения квалификации по биомедицинской этике, наиболее актуальные вопросы биомедицинской этики рассматриваются на лекциях, тематических дискуссиях в курсе «Культура социального общения», а также в рамках дисциплины «Медицинская этика и деонтология» для специальностей переподготовки.

В мировой практике занятия по биомедицинской этике с работниками учреждений здравоохранения стали явлением привычным и распространённым. В Германии, например, проведение курсов/тренингов по биоэтике организуется на базе больниц/хосписов и востребовано не только членами биоэтических комитетов, но и всеми категориями сотрудников медицинских учреждений.

Не менее значимо для развития навыков работы и повышения квалификации членов этических комитетов – встречи и дискуссии коллег, на которых обсуждаются вопросы этики исследований, биоэтические дилеммы, производится обмен опытом. Так, 26.09.2016 в БелМАПО состоялся первый опыт дистанционного семинара для членов этических комитетов, в котором приняли участие представители этического комитета БелМАПО, комиссии по этике НМАПО им. Шупика (Киев, Украина), а также аспиранты и ординаторы. Итогом стало не только интереснейшее общение и постановка актуальных проблем этики исследований, но, главное, практические предложения и рекомендации по совершенствованию деятельности комитета (комиссии) по этике исследований. В частности, было отмечено, что редуцирование экспертизы КБИ к оценке уже полученных исследователем результатов аннулирует сам смысл экспертного действия и не позволяет предотвратить возможные негативные последствия научных изысканий для человека или животного, следовательно, участие этических комитетов должно быть расширено и сопровождать исследование от этапа его инициации вплоть до завершения.

Заключение. Таким образом, роль этических комитетов в биомедицинской науке и практике нельзя недооценивать. Важность создания и оптимального функционирования разных видов этических комитетов в системе современного здравоохранения определяется теми задачами, которые решают эти комитеты. Прежде всего, это этическая

экспертиза применения новых технологий в биомедицине, контроль проведения научных исследований и испытаний в контексте соблюдения прав испытуемых и минимализации рисков, а также разрешение коллизий медицинской практики, совершенствование отношений врач – пациент, содействие просвещению медицинских работников и общества в целом в области биоэтики .

Список цитируемых источников

1. Технический кодекс установившейся практики «Надлежащая клиническая практика», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 мая 2009 г. № 50 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/acts/tehnicheskie/teksty/TKP. – Дата доступа: 21.10.2016.
2. Технический кодекс установившейся практики «Надлежащая лабораторная практика», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 марта 2008 г. № 56. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/acts/tehnicheskie/teksty/TKP. – Дата доступа: 21.10.2016.
3. Руководство №1 по созданию комитетов по биоэтике – Париж, ЮНЕСКО, 2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309r.pdf. – Дата доступа: 15.08.2016.
4. Robert M.Veatch. The patient – physition relation/the patient as a Partner, Part 2. – Bloomington and Indiapolis, 1991. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://books.google.com.tr/books?id=EONtDblUOuAC&printsec=frontcover&hl=ru&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false. – Дата доступа: 10.08.2016.
5. Поттер, В.Р.Биоэтика – мост в будущее. – Киев, 2002 – 215с.

РОЛЬ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ В ПРОВЕДЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В.А. Лоллини
доктор медицинских наук, профессор
Витебский государственный медицинский университет, Витебск

В обобщённом смысле этика является методом познания, позволяющим ответить на вопросы о том, как и почему нам следует жить и вести себя. При проведении клинических исследований существуют два фундаментальных этических вопроса. Первый: следует ли проводить исследования с участием людей? И второй: если да, то, как следует это

делать? При ответе на первый вопрос нужно учитывать два противоположных утверждения. С одной стороны, клинические исследования являются ценным инструментом получения практических данных, способствующих развитию и улучшению качества медицинской помощи. С другой стороны, следует уважать неприкосновенность, безопасность, достоинство и свободу выбора каждого человека. Развитие медицинской помощи и общественного здравоохранения являются понятием общественного блага, пользой для общества, в целом. Поиск новой информации при клинических исследованиях должен проводиться тщательно, поскольку применение неверных данных на практике может иметь тяжелые последствия. Правильно спланированные клинические исследования являются важным методом развития медицины — развития, которое в противном случае было бы невозможным. Существует точка зрения о том, что проведение клинических исследований, направленных на изучение болезней и здоровья человека, является не просто общественным благом, а общественным императивом [1]. Однако, существует и противоположенное мнение о том, что хотя прогресс медицины и здравоохранения является благом, он имеет второстепенное значение, а на первом месте в системе ценностей должны стоять интересы отдельного человека. Даже если признать развитие медицины и здравоохранения общественным благом, а проведение клинических исследований — необходимым для этого средством, следует установить определенные рамки, поскольку в основе прогресса лежат исследования с участием людей, которые необходимы для получения конкретных данных. Поскольку человека нельзя рассматривать «лишь как средство для достижения цели», а необходимо всегда рассматривать как самоцель», первостепенное значение при проведении исследования приобретают уважение и защита интересов его участников. Таким образом, основной этической проблемой при проведении клинического исследования является участие отдельных людей, со всеми вытекающими из этого осложнениями и рисками, с целью принести пользу другим людям или обществу в целом. Исходя из этого, планирование, проведение и оценка результатов клинических исследований требуют основополагающего контроля как со стороны профессионального, так и гражданского сообщества. Одним из основных звеньев такого контроля является деятельность независимых этических комитетов. По официальному определению ICH GCP «независимый этический комитет» – это независимый орган, состоящий из медиков и лиц без медицинского образования, в чьи обязанности входит гарантирование соблюдения прав участников исследования, их безопасность и благополучие.

Основные этические и правовые принципы клинических испытаний сформулированы в Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации врачей, принятой на 18-й Генеральной ассамблее Всемирной ассоциации врачей (Хельсинки, Финляндия, 1964 год) [2]. Кроме того, в 1966 году была

принята международная Конвенция гражданских и политических прав, статья 7 которой гласит: «Никто не должен подвергаться пытке, жестокости, негуманному или неполноценному лечению, и наказанию. В частности, никто не может подвергаться медицинским или научным экспериментам без свободно принятого согласия», а также Конвенция о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (1997); Директива 2001/20 Европейского совета и Парламента и др.

Этические комитеты (ЭК) обычно формируется на междисциплинарной основе из лиц, обладающих опытом и достаточной квалификацией для научной и медицинской информации, а также опытом применения этических требований, компетентных в вопросах фармакологии, фармакотерапии, использования изделий и материалов медицинского назначения, гражданских прав и свобод. Основными целями работы ЭК является защита прав и интересов, вовлеченных в исследование испытуемых, защита прав и интересов исследователей, обеспечение этической и нравственно правовой оценки материалов клинического испытания. Для выполнения указанных целей ЭК решает следующие задачи: независимая и объективная оценка безопасности исследования с соблюдением гуманистических, этических принципов и правовых норм в отношении испытуемых (физических лиц), как на стадии планирования, так и на стадии проведения исследования (испытания); оценка целесообразности проведения каждого исследования; оценка соответствия квалификации исследователей, технических средств, протокола (Программы) проведения исследования, подбора субъектов исследования, качества рандомизации правилам проведения качественных клинических испытаний (GCP); осуществление наблюдения за выполнением стандартов качества планирования и проведения клинических исследований для обеспечения достоверности и полноты данных на основе Правил качественных клинических испытаний; проведение независимой экспертизы документов планируемых клинических исследований и диссертационных работ (инициативные исследования) согласно стандартным операционным процедурам (СОП); информационно-методическая поддержка и консультирование исследователей по этическим и правовым аспектам исследования.

Таким образом, основной этической проблемой при проведении клинического исследования является участие отдельных людей со всеми вытекающими из этого осложнениями и рисками, с целью принести пользу другим людям или обществу в целом. Ситуация, при которой человеку предлагают принять на себя определенный риск или нагрузку для блага других, создает потенциальную возможность для эксплуатации. Для минимизации риска эксплуатации необходимы этические предписания, которые гарантируют, что субъекты исследования не будут «попросту

использованы», что к ним будут относиться с уважением за их вклад в общее благо, а их права и здоровье во время исследования будут под надежной защитой.

Список цитируемых источников

1. Бабанов, С.А. Испытания лекарственных средств с позиции доказательной медицины: Проблемы и решения / С.А. Бабанов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – №2. – С. 5-12.

2. Хельсинкская декларация, Всемирная медицинская ассоциация, 2001г. Department of Health and Social Security. Great Britain. Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryulogy. Mary Warnock, Chair. A Question of Life: The Warnock Report on Human Fertilisation and Embryulogy New York: Basil Blackwell, 1985. Text of 1984 Report, with added introduction and conclusion by Mary Warnock.

О ЗАЩИТЕ ПРАВ И ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХИССЛЕДОВАНИЯХ

С.Д. Денисов
кандидат медицинских наук, профессор
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность.

Всеобщая декларация прав человека, статья 3.

Медико-биологические или биомедицинские исследования, для проведения которых необходима этическая экспертиза, это исследования, в которые с учебной, научной или научно-практической целью включается в качестве испытуемого человек и (или) идентифицируемый биологический и генетический материал человека (кровь, биологические жидкости, ткани и др.). К таким наиболее частым прижизненным медико-биологическим исследованиям относятся клинические испытания лекарственных средств, а также исследования научного характера, например для подготовки диссертации или научной публикации. К наиболее частым посмертным медико-биологическим исследованиям относится использование трупов или трупного материала в учебной работе и научных исследованиях.

В настоящее время в Беларуси нет специального закона, устанавливающего и защищающего права человека во всех видах медико-биологических исследований. Законодательно и нормативно урегулированы биоэтические проблемы только клинических испытаний лекарственных средств. Во исполнение Закона о лекарственных средствах разработаны соответствующие правила проведения клинических испытаний, утверждены Положение о комитете по этике и методические

рекомендации о порядке их организации и работы. Только в отдельных статьях Закона о здравоохранении («Права пациентов», «Анатомический дар»), Закона о научной деятельности, Закона о погребении и похоронном деле отражены некоторые аспекты защиты прав испытуемых. Однако, это не выражает целостную политику Республики Беларусь по данному вопросу. Например, статья 9 Закона о научной деятельности устанавливает, что «научный работник обязан осуществлять научную деятельность, не нарушая права и свободы человека, не причиняя вреда жизни и здоровью других лиц». К сожалению, это требование закона не подкреплено ведомственными нормативными документами (министерские приказы, документы ВАК о планировании и защите диссертаций и т.д.), которые определяли бы правила проведения биомедицинских исследований и гарантировали соблюдение прав испытуемых. Биоэтическая экспертиза планируемых и проводимых научных работ в Республике Беларусь (в том числе диссертаций) не проводится, либо проводится стихийно. Мотивацией к проведению биоэтической экспертизы научных проектов в нашей стране являются не этические соображения, не стремление обеспечить права испытуемых, а угроза непризнания результатов научной работы и отказа в их публикации за рубежом.

Другие страны и международные организации разработали и приняли не только законы, но и соответствующие нормативно-правовые документы по защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях. Так, в России в 2002 году ВАК принял решение об обязательной независимой этической экспертизе всех медицинских диссертаций, которые защищаются в клинической сфере. Приняты также рекомендации «О порядке проведения биомедицинских исследований у человека». В «Рекомендациях» указано «…при планировании научно-исследовательских клинических работ с привлечением человека в качестве объекта исследования соискатель ученой степени должен строго руководствоваться нормативной и регламентирующей документацией Минздрава России, а также получить письменное информированное согласие лиц, участвующих в биомедицинском исследовании, либо их законных представителей и одобрение на проведение исследования независимого локального этического комитета». За два года (2006-2008) проведена этическая экспертиза более 600 диссертаций, в 10% случаев Межвузовский комитет по этике при Ассоциации медицинских и фармацевтических вузов РФ отказал в одобрении планируемых работ. Ученые советы вузов не принимают к утверждению темы диссертаций, не прошедших этическую экспертизу (Медицинская газета №28,11.4.2008, с. 10).

Межпарламентской Ассамблеей государств – участников СНГ принят модельный Закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ», рекомендованный парламентам государств – членов Межпарламентской

Ассамблеи СНГ для использования в национальных законодательствах. Однако в Республике Беларусь на его основе не разработан соответствующий закон и подзаконные нормативные документы, которые гарантировали бы реальную защиту прав и достоинства людей.

Необходимость разработка и принятия Закона о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в Республике Беларусь определяется следующими причинами:

1. Только на основе добровольного информированного согласия человек может стать участником биомедицинских исследований, а принадлежащий ему биологический материал использоваться для научных целей.
2. Процедуры оформления и проведения исследования обеспечат все возможные гарантии безопасности для здоровья и жизни испытуемого.
3. Повысится качество и безопасность исследований, поскольку Закон будет повышать ответственность исследователей и защищенность испытуемых. В случае неблагоприятного исхода исследования испытуемый сможет получить юридическую помощь и материальную компенсацию.
4. Закон будет гарантировать общественный контроль над проводимыми исследованиями через деятельность комитетов по этике и проведение обязательной этической экспертизы планируемых исследований.
5. Сведения о проводимом исследовании должны быть строго конфиденциальны. Закон установит правила публикации результатов исследования в открытой печати – к печати могут быть разрешены только работы, прошедшие этическую экспертизу.

Таким образом, необходима «инвентаризация» действующего законодательства Республики Беларусь на предмет наличия в нем положений о защите прав и достоинства людей, включаемых в биомедицинские исследования в качестве испытуемых. В дальнейшем, в соответствии с Конституцией Республики Беларусь, государственные гарантии по защите прав, достоинства, автономии и целостности человека при проведении биомедицинских исследований должен обеспечить национальный закон, разработанный на основе модельного Закона Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ.

Список цитируемых источников

1. Всеобщая декларация прав человека [Электронный ресурс] : принята резолюцией 217 А (III)Генеральной ассамблеи ООН от 10 дек. 1948 г.– Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml. – Дата доступа: 14.11.2016.

2. О лекарственных средствах[Электронный ресурс] :Закон Респ. Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З. – Режим доступа: http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=13989. – Дата доступа: 14.11.2016.
3. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII, в ред. Законов Республики Беларусь от 16.06.2014 г. № 164-З. – Режим доступа: http://www.pravo.by/webnpa/text.asp?RN=v19302435. – Дата доступа: 14.11.2016.
4. О научной деятельности [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 21 окт. 1996 г. № 708-XII, в ред. Законов Респ. Беларусь от 11 мая 2016 г. № 364-З. – Режим доступа: http://pravo.levonevsky.org/bazaby/zakon/zakb1061.htm. – Дата доступа: 14.11.2016.
5. О погребении и похоронном деле[Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 12 нояб. 2001 г. №55-З, в ред. Законов Респ. Беларусь от 08.01.2015 г. №237-З. – Режим доступа: http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=H11500237&p1=1. – Дата доступа: 14.11.2016.
6. О модельном законе «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ» [Электронный ресурс] : постановление Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ, 18 нояб. 2005 г. №26-10. – Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/901984816. – Дата доступа: 14.11.2016.

СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В КОНТЕКСТЕ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

БИОЭТИКА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ АСТРАХАНСКОГО ГМУ

Л.А Удочкина
доктор медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Астрахань (Российская Федерация)

Медицинское образование на всех его этапах предусматривает формирование нравственных качеств, присущих профессии врача [1,2]. Основы медицинской этики и деонтологии прививаются обучающимся, начиная с младших курсов в процессе преподавания биоэтики, основ ухода за больными, анатомии и др.

Этические проблемы в курсе анатомии обусловлены, прежде всего, использованием в учебном процессе трупного материала. Впервые обучающиеся сталкиваются с натуральными препаратами при изучении остеологии. Приходится наблюдать, как некоторые из них с опаской берут в руки кости, понимая, что это останки человека; другие – расценивают их как наглядные пособия, не требующие какого-либо особого отношения.

Несомненно, что в задачи курса анатомии входит обеспечение приобретения обучающимися не только профессиональных, но и общекультурных компетенций, в том числе и этических.

Вместе с тем, по мнению Р.М. Хайруллина этические вопросы анатомии пока не заняли достойного места в современной биомедицинской этике, ориентированной, в основном, на живое [3].

Как же привить первокурсникам уважительное отношение ко всему, что связано с человеком. Нам представляется несколько путей решения этого вопроса.

Уже при входе на кафедру анатомии обучающиеся видят надпись «Hic locus est, ubi mors quadet seccurere vitae». При первой же встрече преподаватели разъясняют студентам смысл этой фразы, обращая внимание на то, что все препараты, с которыми придется им работать на занятии натуральные и требуют уважительного отношения к ним.

В лекционном курсе также уделяется внимание вопросам медицинской этики и деонтологии. Рассматривая историю развития анатомии как науки обращается внимание обучающихся на трансформацию отношения общества к телу человека после его смерти, трансформацию этических норм в медицине вообще и анатомии в частности.

Во время посещения анатомического музея кафедры, где представлены экспозиции по всем разделам анатомии, в том числе и несколько тотальных натуральных препаратов, преподаватели вновь возвращаются к этическим вопросам. Нередко, впечатленные увиденным, первокурсники задают вопросы, касающиеся имени, места жительства, семьи человека, тело которого они видят перед собой. На наш взгляд, это свидетельствует об осознании студентами ценности человеческой жизни, о том, что полученную информацию они «пропустили через сердце».

Еще одним направлением этического воспитания на кафедре анатомии является привлечение обучающихся к внеаудиторной работе. Это может быть участие в реставрации анатомических препаратов, изготовлении вместе с наставником из профессорско-преподавательского состава кафедры новых экспонатов или оформлении экспозиций музея. Следует отметить, что эта деятельность увлекает студентов, дает им ощущение причастности к профессии уже на самых ранних этапах их формирования.

На нашей кафедре стало традицией проведение ежегодной студенческой конференции «Медицина в искусстве». В рамках этого форума обучающиеся разных направлений подготовки представляют свои сообщения по произведениям А.П. Чехова, М.А. Булгакова, В.В. Вересаева, С. Моэма и др., касаясь, в том числе, вопросов этики и деонтологии в практике врача. Не остаются без внимания и живописные работы отечественных и зарубежных мастеров. Особое внимание уделяется творчеству Леонардо да Винчи, сообщения по анатомическому наследию которого, обязательно входят в программу каждого заседания. Активное участие в работе конференции принимают иностранные студенты, представляя через произведения живописи и литературы медицинские традиции своих стран и особенности этических норм, присущих их народам.

Таким образом, необходимость этического воспитания обучающихся младших курсов не вызывает сомнения. На наш взгляд, внимание вопросам биоэтики должно уделяться не только в специализированном блоке дисциплин, но и на всех кафедрах, ведущих преподавание на младших курсах. Такой подход обеспечит более глубокое и осознанное восприятие обучающимися проблем этики и деонтологии при освоении клинических дисциплин.

Список цитируемых источников

1. Мамонтова, Т.В. Биоэтика в системе современного медицинского образования // Этическое и эстетическое: 40 лет спустя. / Материалы научной конференции. 26-27 сентября 2000 г. Тезисы докладов и выступлений Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское философское общество, 2000. С.89-90.

2. Мясоедов, А. М. Роль биоэтического образования в формировании профессиональной культуРы медиков и фармацевтов //экологический вестник. – 2013. – С. 74.
3. Хайруллин, Р.М.. Этюд к проблемам анатомической этики/ http://www.medanthro.ru/ru/education/stories/item/219-hayrullinanatomichetica

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИИ АНАТОМИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ ВГМУ

А.К. Усович
доктор медицинских наук, профессор
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

В соответствии с современными государственными образовательными стандартами ВУЗы обеспечивают выработку компетенций подготавливаемого специалиста. Выпускник медицинского ВУЗа должен обладать множеством общекультурных и профессиональных компетенций [1, 2]. При этом, работая с людьми, он должен обладать и особенными морально-этическими качествами. Набор в медицинские университеты по результатам тестирования высветил проблему снижения уровня мотивированности обучения профессии врача. Основной контингент наших абитуриентов – вчерашние 17-летние школьники. Тогда как в медицинские университеты Европы приходят 21-22-летние люди, прошедшие предварительную базовую подготовку для медицинского факультета и работавшие в клиниках в качестве младшего персонала или волонтёров [3, 4]. К сожалению, в медвузы поступает всё больше «случайных» молодых людей, которые даже не представляют, не только как и что они должны будут изучать, но даже что из себя представляет выбранная ими профессия и даже что такое медицинское учреждение изнутри. В идеале абитуриент медицинского вуза должен чётко понимать, что представляет собой его будущая профессия. Работа врача – это не веселые шутки и розыгрыши из сериалов. Это тяжёлый напряжённый труд, когда ежедневно приходится сталкиваться с человеческими страданиями, которые доктор так или иначе пропускает через себя.

Компетентностный подход в образовании будущего медицинского работника предполагает и его морально-этическую подготовку к выполнению своих профессиональных обязанностей. Это, в первую очередь, привитие деонтологических навыков на доклиническом этапе обучения. Ведь на клинические базы, к постели больного студент должен прийти подготовленным. Студент уже 2 курса, пришедший обучаться в клинику, должен вести себя так, чтобы его поведение, высказывание, действие не могли нанести вреда пациенту.

Первая специфическая для медицинского образования дисциплина – анатомия человека. Подход к ее изучению в медицинском университете

кардинально отличается от привычной школьникам системы. Просто прочитать и запомнить здесь мало. Надо еще увидеть, понять в трехмерном изображении и показать. С каждым годом всё больше первокурсников, «загрузившись» в первые месяцы учёбы в вузе большим объёмом информации, начинают искать оправдание своих проблем с её усвоением в тезисе, что общеобразовательные и общепрофессиональные дисциплины 1 курса будущему врачу, стоматологу вообще не нужны. А еще здесь вчерашним современным «продвинутым и раскрепощенным» школьникам приходится соблюдать какие-то непривычные для них строгости в дрес-коде, поведении, отношении к выдаваемым им наглядностям (анатомическим препаратам). Сколько бы мы ни говорили не работавшим в клинике первокурсникам, что соблюдение медицинского дрес-кода, в аудитории с анатомическими препаратами профессионально детерминировано, они все равно воспринимают это как навязанную им ненужную обязанность. Обучение корректному использованию специальной терминологии, отношению к останкам человека, используемым в учебном процессе, поведению и взаимоотношениям в различных ситуациях – это тоже обязательные элементы компетентностного подхода подготовки врачей на доклиническом этапе.

Поэтому, уже более четверти века мы проводим знакомство первокурсников с работой врача травматолога в клинике. Теперь это плановые занятия. Здесь первокурсники видят, что анатомы «заставляют» их соблюдать нормы по внешнему виду и поведению не из вредности и строгости, а в плане приобщения к будущей профессии. Очень важно, чтобы знакомили с клиникой первокурсников врачи, умеющие на наглядных клинических примерах показать не только важность изучения фундаментальных дисциплин, но и правил медицинской деонтологии и этики.

Введение дисциплин «первая помощь» и «медицинская деонтология» на первом курсе при правильной, клинико-ориентированной организации этих занятий, возможно, снимет потребность цикла «введение в клинику». Но введение во врачебную профессию при изучении первокурсниками строения человека все равно должно остаться обязательным элементом образовательного процесса кафедр анатомии человека.

Список цитируемых источников

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 лечебное дело (квалификация (степень) «специалист») [электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.bestpravo.ru/ federalnoje /bz-gosudarstvo/x4r/page-3.htm.
2. Образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности) 1-79 01 01 «лечебное дело», утвержденный

Постановлением Министерства образования Республики Беларусь № 88 от 30.08.2013 г.
3. Несбитт, Т. Система медицинского образования в Великобритании/ Т. Несбитт // Актуальные вопросы современной медицины и фармации. Материалы 64-ой научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Витебск, 2012. – С. 623-624.
4. Шкарин, В.В. Медицинское образование в Германии / В.В.Шкарин, Г.А.Буланов В.В.Шкарин, Г.А.Буланов [электронный ресурс].–Режим доступа: http: // www.medicum.nnov.ru/nmj/2002/2/33.php

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ И НОРМ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КАФЕДРАХ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Г.Г. Бурак
кандидат медицинских наук, доцент
Т.И. Ким
И.В. Самсонова
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. В современных условиях жизни общества возобладала коммерческая составляющая, обусловленная, во многом, экономической нестабильностью в государстве и ухудшением условий материального обеспечения его членов, что также послужило причиной постепенного превращения медицины в сферу обслуживания населения. В этой связи поведение врача, которое всегда определяли постулаты «помоги» и «не вреди», приобретает особую значимость, а взаимоотношения врача и пациента должны базироваться на высокой профессиональной и личностной культуре медицинских работников всех уровней [1].

Мы полагаем, что с одной стороны, формирование морально-этических качеств, определяющих поведение врача во взаимоотношениях с пациентом и его окружением (родственники, коллеги, общество) должно базироваться на понимании необходимости и целесообразности соблюдения их в практической деятельности. С другой стороны, формирование медицинской этики и деонтологии – это междисциплинарная проблема и осуществлять ее следует согласованно, последовательно в рамках университета и его структурных подразделений, используя обязательные и факультативные, аудиторные и внеаудиторные формы овладения знаниями – специальными и нравственно-профессиональными [2, 3].

Основная часть. Формирование у студентов-медиков представлений о врачебной этике, о нравственных принципах и нормах поведения врача

начинается на медико-биологических кафедрах медицинских университетов и прежде всего на кафедре анатомии человека, где через решение специфических учебных задач закладывается фундамент специальной деонтологической подготовки, осуществляемой при изучении клинических дисциплин [4].

Специфика обучения студентов-медиков на кафедрах анатомии человека обусловлена объективной потребностью изучения строения человека на трупах, частях тел и отдельных органах умерших людей. Последнее обстоятельство предполагает несколько значимых моментов в формировании врачебной этики:

а) методами разъяснения и примером преподавателей помочь студентам в психологической адаптации к работе с готовыми анатомическими препаратами, в процессе препарирования анатомических образований на трупе, при изготовлении натуральных музейных препаратов;

б) воспитание у студентов осознанного уважительного отношения к человеку через привитие бережного обращения с трупами, отдельными органами и тканями на всех этапах изучения строения человека и при всех формах учебного процесса;

в) исключение деперсонализации тканей, органов и частей трупа во имя равноценного и беспристрастного отношения к заболеваниям всех органов и систем человека без учета причины их возникновения и последующего развития.

В связи с изложенными положениями мы провели анкетирование студентов старших курсов (67 человек) с целью выяснения отношения их к основополагающим нормам медицинской этики – бескорыстие, вежливость, доброжелательность, заботливость, коммуникабельность, профессиональная компетентность, сострадание, требовательность к себе, чувство долга, эрудированность и интеллигентность.

Полученные цифровые данные (обработанные статистически) респондентов о человеческих достоинствах, определяющих истинную сущность медицинской этики, показали, что студенты университета отдают предпочтение гуманным качествам медицинских работников - бескорыстие, вежливость, доброжелательность, сострадание, чувство долга. Положительно оценивая это мнение студентов (гуманные стороны деятельности врача неоспоримы!) настораживает другое – мнение студентов о профессионализме и эрудированности врачей как о чем-то второстепенном.

Тем не менее, понятно, что пациенты видят во враче, прежде всего, своего спасителя от болей и душевных страданий, от состояний, угрожающих полноценному здоровью и жизни. Последнее обстоятельство является аксиомой для организации и осуществления учебного процесса на кафедре анатомии, обуславливая постулат: «формирование норм и принципов врачебной этики на кафедрах анатомии должно базироваться на

опережающем изучении строения человека на всех уровнях его организации». Правомочность этого постулата подтверждается и тем, что анатомия человека имеет непосредственный выход в клинику, в практическую деятельность врачей всех специализаций. Врачебная тактика в диагностике, лечении и профилактике заболеваний имеет непосредственное отношение к врачебной этике и деонтологии, поскольку во многом определяет характер взаимоотношений врача и больного и, тем самым делает обязательным формирование клинического мышления в учебном процессе на морфологических кафедрах [5].

Кроме определяющих факторов формирования врачебной этики каковыми являются а) профессионализм врачей и б) умение уважительно и сочувственно выслушивать и понимать больного доверительные отношения пациентов к врачу формируются на:

а) основании внешнего вида врача и работающих с ним лиц среднего и младшего медицинского персонала, что предопределяет воспитание у обучающихся медицине соответствующих требований, которые должны стать не только элементом общей и профессиональной культуры, но и осознанной потребностью;

б) привитии уважительного отношения к великим врачам древности и современности, чего в некоторой степени можно достичь через подготовку реферативных сообщений соответствующего содержания;

в) совершенствовании общей языковой культуры и постижении особенностей языка медицины и здравоохранения, которые в большинстве своем имеют латинские корни, тем более что кафедра анатомии является базовой по изучению медицинской терминологии.

Заключение. 1. Формирование навыков и норм врачебной этики при изучении строения человека должно быть обязательным и многосторонним элементом учебного процесса и проводиться по многим направлениям (обозначены выше) в специфических условиях преподавания и с их учетом. 2. Предпочтение студентами гуманных качеств врачей в биоэтике в ущерб профессионализму связанно, мы полагаем, с недостаточным понимаем студентами сущности врачебной этики и деонтологии – главной задачей которых является избавление пациентов от страданий и это обязывает высшую медицинскую школу, в первую очередь, максимально способствовать подготовке высококвалифицированных специалистов.

Список цитируемых источников

1. Капица, С.П., Юдин, Б.Г. Медицина XXI века: этические проблемы // Знание. Понимание. Умение. – 2005. – №3. – С.75-79.

2. Харкевич, Н.Г., Бурак, Г.Г., Самсонова, И.В., Ким, Т.И. Принципы обучения основам медицинской этики и деонтологии в образовательных учреждениях медицинского профиля // Проблемы врачебной этики в

современном мире.X Междунар. мед. конф. Витебск, 23-25 мая 2014. – Минск, «Про Христо» , 2014. – С.42-44.
3. Мишаткина, Т.В. Этика: учебное пособие // М.: Новое издание. – 2008. – 584 с.
4. Макшанов, И.Я. Врачебная деонтология: учебное пособие // Мн.: Вышэйшая школа, 1998. – 159 с.
Бурак, Г.Г., Харкевич, Н.Г., Ким, Т.И., Самсонова, И.В. Формирование клинического мышления как основа профессионально-нравственного воспитания студентов на морфологических кафедрах // Проблемы врачебной этики в современном мире. IX Междунар. мед. конф. Витебск 23-24 мая 3013. – Минск, «Про Христо» , 2013. – С.64-67.

ДЕОНТОЛОГИЯ И УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

В.Н.Шиленок
доктор медицинских наук, профессор
Э.Я.Зельдин
кандидат медицинских наук, доцент
Ю.С. Небылицын
кандидат медицинских наук, доцент
Г.Н.Гецадзе
С.А.Жулев
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Термин «деонтология» греческого происхождения, «деон» означает должное и «логос» – учение. Впервые данный термин был предложен английским философом И. Бентамом в XIX веке как наименование науки о профессиональном поведении человека, как учение о долге.

Медицинская деонтология – это учение о принципах и нормах поведения медицинского персонала. Общая медицинская деонтология – это правила для всех медицинских работников независимо от их специальности. Частные виды медицинской деонтологии включают рекомендации, связанные со спецификой той или иной медицинской специальности.

Медицинская этика (лат. ethica, от греч. ethice – изучение нравственности, морали) – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Персидский врач Абу Бакр ар Рази (865-925 г.г.) писал, что «человек, посвятивший себя служению медицине, прежде всего должен быть образованным, скромным, правдивым и гуманным. Кроме того, он должен быть рассудительным целителем, глубоко вникать в суть любого вопроса». Авиценна подчеркивал: «Каждый отдельный человек обладает особой

натурой, присущей ему лично». Ибн-Сине также приписывают изречение: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

Гиппократу принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу». Парацельс учил: «Сила врача – в его сердце, важнейшая основа лекарства – любовь»

В 1863 г. по инициативе Анри Дюнана (1828 – 1910) был создан Международный Комитет Красного Креста.

В процессе общественной эволюции на разных этапах у разных народов формировалось отношение к врачам со стороны «власть предержащих» и общества в целом. В повседневной работе врача вопросы деонтологии касаются многих проблем, но, прежде всего, взаимоотношение врачей и взаимоотношение врача с пациентом и его родственниками.

Однозначно сложно определить требования к врачу, это может зависеть от многих обстоятельств – темперамента врача, его опыта, возраста, состояния здоровья. Эти обстоятельства можно перечислять до бесконечности. Здесь уместно привести слова известного русского советского писателя М.Пришвина: «…все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой… врачи больных поднимают с постели.»

Ф.И.Комаров и А.В.Сучков выдвигают целый ряд требований: 1) профессиональная компетентность; 2) милосердие; 3) стойкость и выносливость (долг, терпимость и терпение); 4) оптимизм, жизнелюбие; 5) честность; 6) соблюдение здорового образа жизни; 7) активная жизненная позиция; 8) обязательное соблюдение внешнего вида, аккуратность в выражениях, можно добавить интеллигентность, эрудицию в вопросах искусства, литературы и т.д. Согласно международному кодексу врачебной деонтологии, принятому в 1949 г. в Женеве, выделяют два главных требования к врачу: 1) профессиональные знания; 2) доброжелательное отношение к людям.

В принципе взаимоотношения «преподаватель – студент» исходят из этих требований. Но любая наука, в т.ч. деонтология не может быть постоянно основана только на древних всем известных постулатах. Широкий доступ к социальным сетям, как известно, понизил интерес к чтению классической литературы, что значительно повлияло на культуру устной речи, форму письменного изложения. Не всегда заметно стремление студента повышать свою профессиональную компетентность. Выбор профессии зачастую носит случайный характер.

В момент приема в медицинские вузы совершенно не учитывается уровень эмпатии претендента, потому у значительной части будущих медработников способность к переживанию, сочувствию может отсутствовать изначально.

Разные уровни эмпатии выражаются как в понимании проблем других людей, так и проявлением положительных эмоций и особенно в выражении сочувствия, сопереживания, готовности оказать реальную помощь.

Все благие наставления религиозных учений призывают, заставляют, требуют творить добро, но, к сожалению, нередко их забывают, когда речь заходит о реальной жизни.

Эта проблема особенно остро стоит в хирургии. Кто из хирургов, кроме С.П.Федорова, признался, что он с чистой совестью выполнил сотни операций, которые сейчас считаются бессмысленными и даже вредными? Многие хирурги, избегая порицания и наказаний со стороны властных структур не сообщают, скрывают свои ошибки, которые следует, наоборот, публиковать, чтобы их не повторили другие. Правило изучать ошибки других, чтобы не делать свои эгоистично, т.к. все делают ошибки, скрывая свои, т.е. мы не учим других избегать ошибки.

Искренность врача – непременное качество в его профессии, это качество всегда вызывает откровенность и ответные чувства у больного, который видит, уверен ли сам врач в своих рекомендациях.

В последнее время отчетливо наблюдается параллель между успехами хирургии и её коммерциализацией.

В учебном процессе в настоящее время воспитание качеств эмпатии, альтруизма усложняется многими факторами. Большое значение играет навязчивая, нередко лживая интернет-информация об успехах коммерциализации в медицине, роста исследований, в т.ч. научных, спекулятивного характера, популяризация агрессивности, снижение уважения к интересам общества. Поэтому у студентов отмечается более низкий уровень доверия к своим учителям.

Во время занятий снижается внимание, информация преподавателя нередко наталкивается на вакуум по общеобразовательным дисциплинам.

Имеет значение и тестирование студентов, когда не всегда некорректно обсуждаются вопросы профессионализма преподавателей студентами, не имеющими никакого понятия об изучаемой дисциплине.

Поэтому наряду с традиционными методами обучения необходимо привить толерантность к новым проявлениям современного социума – агрессивности, эгоизма, коммерциализации в ущерб пациента.

Великий хирург С.С.Юдин говорил, что недостаток знаний – беда поправимая, но способность чувствовать боль другого нельзя заменить протезом.

Заключение. Динамика деонтологических взглядов в учебном процессе на клинических кафедрах должна отражать состояние эмпатии в обществе.

ДЕОНТОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ

А.В. Комушенко
Н.Г. Харкевич
доктор медицинских наук, профессор
А.И. Рундо
Е.А. Маслякова
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Каким должен быть врач? Этот вопрос занимает умы многих людей — умудренных большим жизненным, научным, практическим опытом, умы молодых врачей, окончивших или оканчивающих медицинские вузы и выбирающих себе хирургическую стезю, а также умы молодежи, решившей посвятить свою жизнь самой гуманной и благородной профессии.

Английский священник и философ Бентам в начале 19 века впервые ввёл термин «деонтология». Для каждой профессии характерна система определенных норм и правил поведения. В медицине деонтология – это учение о медицинском долге по отношению к пациенту. Хирургическая деонтология – это учение о должном, это правила поведения сотрудников хирургических подразделений, это долг медицинских работников перед больными.

Общие положения медицинской этики изложены еще 24 века тому назад Гиппократом (460-377 г.до н.э.) в Клятве. Максимы Гиппократа пережили века и актуальны сегодня, как и 24 века тому назад.

Стоит отметить, что II Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967) счел возможным рекомендовать дополнить клятву Гиппократа единственной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь». III Международный конгресс (1983) внес предложение дополнить национальные и международные кодексы о профессиональном моральном долге врача, в основе которых лежит Клятва Гиппократа, пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы.

На протяжении прошедших столетий менялись представления о профессиональном долге медицинского работника в зависимости от социально-экономических и классовых отношений, политического строя, уровня развития национальной культуры, наличия определенных религиозных традиций и других факторов.

Из-за своей специфичности отдельного внимания заслуживает деонтология в хирургии. Нанося рану человеческому организму проникая внутрь него, хирург достигает своей цели лишь тогда, когда он руководствуется высшими проявлениями бескорыстной заботы о пациенте.

Для достижения высшей эффективности работы хирурга надо иметь не только анатомические знания, специальное оснащение и хорошую хирургическую технику, но и соблюдать целый ряд принципиальных установок и практических правил поведения, без выполнения которых

резко выделяются мрачные, устрашающие стороны хирургической работы и снижаются ее положительные результаты.

Под хирургической деонтологией нужно понимать учение о принципах поведения медицинских работников, направленное на получение максимального эффекта хирургического лечения и снижения операционной травмы.

Важнейшие аспекты работы хирургического отделения: обязанности и взаимоотношения работников хирургических отделений, необходимые для обеспечения слаженной работы, поведение всего медицинского персонала, влияющего на психику хирургических больных, продуманная диагностика и выставление показаний к применению наиболее рациональных и действенных методов лечения.

Полная слаженность хирургической работы основывается на ясном и точном понимании всем персоналом медицинских учреждений своих обязанностей и взаимоотношений между собой и с больными.

С деонтологических позиций совершенно недопустимо учиться выполнению ряда манипуляций (инъекций, клизм и других) сразу на больных. Перед выполнением процедур их необходимо многократно отработать на соответствующих муляжах и только затем применять в клинических условиях. Без обучения персонала можно вызвать осложнения и даже ухудшение состояния больного.

Надо иметь в виду, что пациенты хирургических отделений нередко возбудимы, раздражительны, вспыльчивы, либо же, напротив, подавлены и апатичны. При уходе за такими пациентами важно проявить максимум внимания, успокоить их, разъяснить необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных препаратов, убедить в возможности выздоровления и улучшения состояния.

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них так называемых ятрогений. Под ятрогенными болезнями понимают заболевания или патологические состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников. Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, а так же при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней. Этого можно избежать, если проводить, разъяснительные беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам работы с пациентами можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Врачебная тайна не распространяется на родственников больного. Врач должен сообщить родственникам истинный диагноз, состояние больного и прогноз. Во время обследования и лечения хирургам могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный характер,

которые они не имеют права разглашать. Однако, это предостережение ни в коей мере нельзя соотносить к ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.).

Работа в хирургическом отделении или в стационаре должна подчиняться строгой дисциплине, должна соблюдаться субординация, то есть служебное подчинение младшего по должности старшему.

Нельзя критиковать или давать оценку действиям коллеги в присутствии больного. Замечания коллегам необходимо делать при необходимости с глазу на глаз, не подрывая авторитета врача.

Хирургия более чем другая отрасль медицины является коллегиальной. Хирург должен не гнушаться любым советом, будь то от старшего или младшего. Не случайно все будущие операции обсуждаются коллегиально. Если во время операции хирург сталкивается с непредвиденной ситуацией, техническими сложностями, аномалией развития, то он должен советоваться, вызвать старшего коллегу, при необходимости попросить его участие в дальнейшем ходе операции.

Всё выше изложенное, позволяет утверждать, что в хирургии, как ни в одной другой отрасли медицины, должны неукоснительно соблюдаться деонтологические аспекты работы специалистов.

РАК И РЕПРОДУКЦИЯ: МЕДИЦИНСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

И.А. Косенко
доктор медицинских наук, профессор
ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, Минск

Введение. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, более молодой возраст заболевших, а также повышение эффективности лечения, регистрируемые в последние 20 лет, выдвигают проблему повышения качества жизни онкологических больных. Это понятие включает решение таких вопросов, как преодоление побочного действия специальных методов противоопухолевого лечения, а также морально-психологическая адаптация к последующей жизни, в том числе возможность сохранения фертильности и репродуктивной функции.

Основная часть. Изучение истории вопроса свидетельствует о возможности сохранения репродуктивной функции онкологических пациентов путем сочетания специального противоопухолевого лечения с методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Для мужчин целесообразно использовать криоконсервацию спермы, единичных сперматозоидов или семенных канальцев. У женщин стало возможным криоконсервировать ооциты, эмбрионы, ткань яичника.

В свете небольшого клинического опыта по данному вопросу рассматриваемая проблема для Беларуси может показаться несколько преждевременной. Однако стремительность развития репродуктивных технологий трудно оспорить. С другой стороны, нет сомнения в благоприятном воздействии на прогноз течения рака такого морально-психологического фактора, как надежда пациентов на возможность иметь генетически собственных детей.

Проблема потери фертильности встает у мужчин и женщин детородного возраста в случаях специального противоопухолевого лечения, включающего радикальные операции на органах половой сферы, облучение зон малого таза и брюшной полости, высокодозную химиотерапию, требующую трансплантации костного мозга и системную противоопухолевую терапию. Поэтому после завершения специального лечения у онкологических пациенток старше 25 лет частота самостоятельного восстановления овариальной функции и последующего спонтанного наступления беременности не превышает 5% [1].

Обзор методов ВРТ показал, что стандартный подход к решению вопроса о возможности и путях сохранения фертильности у онкологических больных неприемлем и должен быть обсужден индивидуально с онкологом и врачом-репродуктологом. Задачей онколога является долечебное определение критериев, позволяющих ставить данный вопрос на обсуждение. Речь идет о возрасте женщины до 37 лет (возраст мужчины не ограничен), наличии первичной опухоли (но не первично-множественной), предстоящем лечении с риском потери фертильности, желании пациентки или пациента сохранить возможность иметь ребенка [2]. В задачу врача-репродуктолога входит выбор оптимального метода сохранения фертильности в конкретном случае и информирование женщины о возможных его осложнениях.

В настоящее время установлено, что криоконсервация эякулята до начала специального лечения онкологического больного репродуктивного возраста является доступным и эффективным методом сохранения фертильности у мужчин. Методом выбора для сохранения возможности иметь детей у женщин, страдающих раком, в случае наличия функционирующего яичника после лечения является криоконсервация ткани яичников с последующей ортотопической аутотрансплантацией (пересадкой в собственный яичник при его наличии) или гетеротопической аутотрансплантации (в другие ткани в случае отсутствия яичника). Вместе с тем, наличие криоконсервированной ткани яичника пациентки, страдающей раком, не имеющей функционирующей матки и яичников, позволяет обсуждать вопрос об ЭКО и суррогатном материнстве.

Сегодня в нашей стране активно применяются методы криоконсервации и хранения генетического материала. Есть опыт их использования у отдельных мужчин, страдающих онкологическими заболеваниями (правда, такой опыт минимален относительно женщин и

подростков, которые перенесли рак). На постсоветском пространстве рожденных детей у женщин больных раком пока нет. В определенном смысле это обусловлено не отсутствием соответствующих технологий: в России, Украине и Беларуси такие технологии, бурно развивающиеся в последнее десятилетие, имеются. На первый план выходят вопросы наличия законодательной базы для решения изучаемой проблемы, ее востребованности в социальном аспекте и приемлемости в этическом плане. Дело в том, что в соответствии с устоявшимся мнением злокачественные опухоли любой локализации, в т.ч. в прошлом, являются противопоказанием для ЭКО и всех других ВРТ. В то же время в мире накоплен определенный опыт наблюдения пациентов, перенесших онкологическое заболевание и успешно прошедших процедуры ВРТ.

В Беларуси законодательной базы для решения рассматриваемой проблемы у онкологических пациентов нет. Однако в последние годы принят ряд юридических актов, регламентирующих вопросы ВРТ и суррогатного материнства [3], [4], [5]. Кроме того, в рамках СНГ созданы Рекомендации Межпарламентской Ассамблеи Государств «Об этико-правовом регулировании и безопасности генетических медицинских технологий в государствах – участниках СНГ [6].

Заключение. Возможность сохранения фертильности является одним из важнейших факторов, составляющих качество жизни онкологического пациента, он оказывает значимое влияние на морально-психологический статус человека и способствует достижению стойкой ремиссии. Вопрос о сохранении фертильности онкологических больных в Беларуси требует своего развития в рамках междисциплинарной научной программы с участием онкологов, детских онкологов, акушеров-гинекологов, репродуктологов, а также этиков, юристов и психологов.

Список цитируемых источников

1. Быстрова О.В., Калугина А.С., Протасова А.Э., Тапильская Н.И. Сохранение фертильности у пациенток с онкологическими заболеваниями / Пособие для врачей. – СПб: 2012. – 44 с.
2. Young women with breast cancer: how many are actually candidates for fertility preservation? Moffat R, de Geyter C, Myrick ME, Schmid SM, Sattmann C, Tschudin S, Kilic N, Güth U. Arch Gynecol Obstet. 2012 Dec;286(6):1521-7.
3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О существенных условиях договора суррогатного материнства» от 04.11.2006 г. № 1470.
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении медицинских показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, порядок и объем медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов» от 14.09.2006 г. № 71.

5. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: принят Палатой представителей 3 июня 1999 г.: одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г.: текст Кодекса по состоянию на 1 марта 2008 г. [Электронный ресурс] // Консультант плюс: Беларусь: Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2008.
6. Об этико-правовом регулировании и безопасности генетических медицинских технологий в государствах – участниках СНГ: Рекомендации Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых государств от 31 окт. 2007 г. [Электронный ресурс] //Межпарламентская Ассамблея государств – участников СНГ. Режим доступа: http://www.iacis.ru/html/?id=22&pad=688&nid=3. Дата доступа: 28.04.2008.

ДЕОНТОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Н.Г Луд
доктор медицинских наук, профессор.
В.Л. Кожар
кандидат медицинских наук, доцент
Л.Н. Луд
кандидат медицинских наук, доцент
В.Н. Соболь
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Вопросы врачебной деонтологии занимают особое место в онкологической практике. Онкологическое заболевание служит мощнейшим стрессом для самого пациента и его семьи, следствием которого является психическая травма. Изменения в психике онкологических пациентов характеризуются этапными проявлениями в виде шока, отрицания, агрессии, депрессии и примирения. Время прохождения этих стадий индивидуально, и они не всегда следуют в описанном порядке, могут существовать и одновременно [1]. Поэтому любой врач при работе с онкологическим пациентом должен развивать в себе интуицию и навыки общения, умение слушать, правильно оценивать настроение, психологические особенности и общее состояние.

Особое значение имеет грамотный психологический подход к пациенту уже на первом этапе его контакта с врачом. Одной из наиболее обсуждаемых деонтологических проблем в онкологии является степень осведомленности пациента об истинном состоянии его здоровья и диагнозе. В каждом конкретном случае оптимальная линия поведения врача определяется характером и стадией заболевания, психологическими особенностями пациента, его возрастом, профессией, отношением к предлагаемым методам исследования и лечения. В большинстве случаев

пациенту не сообщают о наличии у него злокачественной опухоли, так как это всегда вызывает большую психологическую травму. В тоже время информация о диагнозе и прогнозе заболевания должна быть дана пациенту в понятной для него, не вызывающей особой тревоги форме [2].

Особенно бывает сложной тактика лечащего врача в случаях неоперабельной злокачественной опухоли с неблагоприятным исходом.

Утверждение о том, что пациенту надо говорить всю правду, даже в случае полной безнадежности его состояния, не всегда себя оправдывает и может повлечь не предсказуемые последствия, вплоть до суицида. Необходимость сокрытия диагноза у онкологических пациентов не является обманом [1]. Другое дело, когда речь идет о пациенте, спасение которого возможно, но он, не зная сущности своего положения, может отказаться от предложенного лечения. В таком случае необходимо, чтобы пациент знал правду и сознательно участвовал в борьбе за свою жизнь.

С другой стороны, необходимо слушать и пациента – он хозяин своего здоровья. Уважение прав больного человека на собственную жизнь, здоровье, болезнь, лечение должно неукоснительно соблюдаться [3]. Нельзя, к примеру, произвести калечащую операцию, не поставив в известность пациента о необходимости выполнения именно данного вида вмешательства. Любые умалчивания, недосказанности, намеки, уходы в сторону и шептания с родственниками вызывает подозрительность и настороженность – все это намного хуже, чем дозированная правдивая информация. Сообщение истинного диагноза – задача только очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях, способных уметь следить за их реакцией и находить такие выражения, которые несут за собой минимальную эмоциональную нагрузку и не ранят пациента.

Взаимоотношения врача и пациентов зависят от конкретных условий и обстановки, в которых они происходят [4]. Так, при профилактических осмотрах населения или диспансеризации групп лиц повышенного риска следует соблюдать осторожность в своих высказываниях, чтобы случайно оброненным словом не вызвать у них психическую травму.

Направляя на консультацию в поликлинику онкологического диспансера пациента с подозрением на рак, ему обычно объясняют, что это необходимо для исключения опухоли. Подход к пациенту в поликлинике также должен быть строго индивидуальным. В этом плане важным психологическим моментом является профессионально построенная беседа врача с пациентом. Грубыми нарушениями правил деонтологии являются невнимание к рассказу пациента о своем заболевании, поспешность при обследовании. Здесь и в последующем неуместны упреки в позднем обращении к врачам. Нельзя единолично в поликлинике составлять план предстоящего лечения и объявлять его пациенту, т.к. в стационаре могут быть выяснены дополнительные обстоятельства, исключающие возможность выполнения объявленных вмешательств и методик лечения.

Психическая реакция на госпитализацию в онкологическое учреждение оборачивается чувством страха и депрессии почти у 50% пациентов [1]. Обстановка в стационаре должна располагать к оптимизму. Большое значение имеет интерьер лечебного учреждения, спокойная и благоприятная атмосфера в клинике, слаженный, четко работающий коллектив врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

Свои особенности имеют клинические обходы в онкологических клиниках. Врачебный обход должен поддерживать в больном уверенность в благополучном исходе заболевания. Важно при этом фиксировать внимание пациентов на хотя бы незначительном улучшении их состояния. Детально состояние пациента обсуждается в ординаторской по окончании обхода или на консилиумах и конференциях.

Перед операцией пациента информируют о ее объеме, возможном удалении органа, конечности, наложении противоестественного заднего прохода, эзофагостомы, гастростомы и т.д. В процессе изложения информации о состоянии здоровья не следует приукрашивать возможности лечения и скрывать его осложнения.

В послеоперационном периоде врач информирует пациента о результатах и возможных последствиях операции, методах их коррекции.

Актуальными остаются взаимоотношения врача с родственниками пациента, которые проходят все те же стадии психологического стресса, что и сам пациент [3]. Во взаимоотношениях с родственниками врач должен быть очень осторожным в выражениях и истинный диагноз имеет право сообщать только тем лицам, которые указаны в медицинской карте самим пациентом.

В лечебных учреждениях, в том числе и онкологических, широко проводится научно-исследовательская работа. Ведение научного поиска помогает анализировать причины заболеваемости и смертности, вносить конструктивные предложения по вопросам диагностики, лечения и профилактики злокачественных новообразований. Проведение научно-исследовательской работы организуется таким образом, чтобы не ухудшать качество лечебно-диагностического процесса, не нарушать режим пациентов и принципы медицинской этики и деонтологии.

Работа онколога всегда сопряжена с переживаниями и стремлением оказать помощь пациенту, адекватную его заболеванию. В связи с этим для врача важно обладать умением справляться с собственным стрессом, чтобы избежать «синдрома сгорания» и эффективно реализовать себя в работе.

Соблюдение правил деонтологии в значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки врача, но и от его воспитания, степени культуры, образованности, деликатности и внимания к человеку. Полная самоотдача, оптимизм, вера в огромные возможности человеческого организма позволяют онкологу не пасовать перед трудностями и добиваться желаемого результата. Эти качества любой

медицинский работник должен развивать и совершенствовать всю жизнь, помня, что вершиной деонтологии врача-онколога является доверие к нему пациентов.

Список цитируемых источников

1. Деонтология в онкологии // Общая онкология: учебное пособие / К.Н Угляница, Н.Г. Луд, Н.К. Угляница. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – С.693-725.
2. Блохин Н.Н. Деонтология в онкологии. – М.: Медицина, 1977. – 70 с.
3. Медицинская этика и деонтология в онкологии / П.И. Моисеев [и др.] // Руководство по онкологии; под общ. ред. О.Г. Суконко. – Минск: Беларус. Энцыкл. Імя П.Броўкі, 2015. – С. 666-676.
4. Демин Е.В. Онкология и этика. Сосуществование и сотрудничество // Вопросы онкологии. – 2001. – №3, т.47. – С. 366-369.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОРТОПЕДА-ТРАВМАТОЛОГА

К.Б. Болобошко
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Специализированные медицинские общества и ассоциации основное внимание уделяют совершенствованию методов диагностики и лечения пациентов, сосредотачиваясь преимущественно на специфических для каждой области медицины аспектах. Часто во главу угла ставятся технические новинки, использование новых технологий, которые способны не только оптимизировать процесс лечения, но и существенно увеличить его стоимость, принося материальную прибыль производителям медицинского оборудования между которыми развивается все большая и большая конкуренция. Тем не менее, ответственность за исход лечения в конечном итоге ложится на конкретного врача, который берет на себя ответственность за выбор тактики ведения пациента, определение показаний к тому или иному способу оперативного лечения заболевания. Особенно остро, на наш взгляд, проблема выбора лечения проявляется в ортопедии, где, как известно, тяжесть и возможные негативные последствия осложнений оперативного лечения могут в значительной степени превышать риск непосредственно ортопедического заболевания. Это ставит хирурга-ортопеда перед нелегким выбором, который сложно сделать, опираясь только на медицинские знания. В данной ситуации необходимо руководствоваться принципами общечеловеческой морали и медицинской этики, без соблюдения которых высококлассный специалист рискует превратиться из Врача в высокоспециализированного ремесленника. В данной статье будут

затронуты некоторые этические проблем с решением которых сталкивается ортопед-травматолог в своей повседневной практике.

Следует отметить, что большинство ассоциаций ортопедов-травматологов имеют свои «кодексы» этики, основанные на общих принципах медицинской этики и адаптированные к требованиям специальности [1]. Наиболее известным является «Кодекс этики и профессионализма для хирургов-ортопедов», предложенный AAOS – американской ассоциацией врачей ортопедов-травматологов, пересмотренный последний раз в 2011 году. Он охватывает широкий спектр вопросов ортопедической практики, ставя во главу угла благополучие и интересы пациента. В нашей стране идея создания и обсуждения национального «этического кодекса врача ортопеда-травматолога», к сожалению, не нашла своего дальнейшего развития [2].

Ключевым моментом в работе ортопеда являются взаимоотношения с коллегами и пациентом. Очень важно осознавать, что ортопед в первую очередь является врачом и лишь во вторую – хирургом. Пациент имеет право выбора между существующими методами лечения своей патологии, а ортопед должен объективно информировать о всех возможных вариантах и возможных исходах как в результате лечения так и при отказе от него.

Очень важным является объективное представление информации, касающейся заболевания, пациенту и его родственникам. Ортопед должен реально оценивать свои знания и квалификацию. Это позволит, в случае необходимости, привлечь к оказанию помощи пациенту более опытных коллег, обладающих необходимыми навыками. Особенно актуально данная проблема проявляет себя при выполнении наиболее популярной в современной ортопедии операции – тотального протезирования крупных суставов. Данные инвазивные вмешательства относятся к разряду высокотехнологичных, выполняются при помощи специального оборудования и, на первый взгляд, практически исключают грубые ошибки при имплантации искусственного сустава. Однако многолетние исследования, проводимые во многих странах, показывают достоверную зависимость исхода операции от опыта и стажа хирурга-ортопеда. Среди европейских ортопедов даже существует определение операции тотального протезирования суставов как «операции за 50» – т.е. и пациенту и хирургу должно быть больше 50 лет. И это не является шуткой – каждая операция подобного рода индивидуальна, не смотря на стандартную технику выполнения, а специальные конференции специалистов обсуждают в настоящее время в основном не технические вопросы, а «философию» артропластики – операции, способной в существенной мере изменить всю дальнейшую жизнь пациента [3].

В последнее время мы являемся свидетелями быстрого роста хирургических технологий. Необходимо осознавать, что одному специалисту не возможно освоить и в совершенстве владеть всеми современными методиками. Только тесное взаимоотношение с коллегами

позволит решать сложные клинические задачи на высоком современном уровне наиболее опытной командой специалистов. Без сомнения, пациенты ценят нашу честность в этом вопросе, так как привлечение к процессу лечения коллег делается только в интересах пациента, а не для получения какой-либо выгоды (карьерной или научной) лечащим врачом. Тем не менее, поддержка молодых коллег должна быть обязанностью опытных врачей, которые не должны оставлять их наедине со сложными ситуациями, требующими определенного опыта и умений. Пациент должен чувствовать, что врачи работают совместно, слаженно, единой командой. Мы, в свою очередь, так же должны понимать, что решение сложных проблем и достижение наилучших результатов по силе только команде единомышленников.

Следует проявлять осторожность и тактичность при информировании пациента о возможных результатах оперативного вмешательства. Ни один из хирургов не может гарантировать успех операции и полное восстановление функции поврежденной конечности на 100%. Пациент должен представлять, что исход операции во многом зависит от точного выполнения рекомендаций лечащего врача. План послеоперационной реабилитации должен быть известен пациенту заранее. Основная ответственность в данном случае ложится на оперирующего хирурга, который должен не просто на словах объяснить все необходимые моменты пациенту, но и получить письменное информированное согласие, которое необходимо оформить в виде протокола разъяснительной беседы. В последнее время мы уже практически полностью отошли от принципов «патернализма» в медицине [4, 5], переложив основную ответственность выбора возможного метода лечения заболевания на пациента. В такой ситуации только профессионализм врача и его неукоснительное следование принципам врачебной этики позволят с учетом личностных, психологических и социальных факторов повлиять на выбор конкретного пациента. Обязанностью врача следует считать объяснение в полной мере всех возможных преимуществ и рисков различных вариантов лечения заболевания в каждом отдельно взятом случае, что позволит пациенту принять взвешенное решение.

Заключение. получение информированного согласия является неотъемлемой частью повседневной клинической работы ортопеда, особенно при планировании оперативного вмешательства. Оформление данного документа имеет не только медико-правовое значение, но и является для врача серьезной этической проблемой. Все существенные детали предстоящего лечения должны быть тщательно и полностью объяснены пациенту или его доверенному лицу [6]. Недостаточно формального ознакомления пациента с печатной формой информированного согласия. Важное значение имеет беседа с пациентом. Взаимопонимание между врачом и пациентом способно положительно

влиять на результаты лечения, что позитивным образом сказывается и при возникновении возможных осложнений.

Список цитируемых источников

1. Ethics in orthopaedic surgery / M.K. Benson [et al.] // Journal Bone Joint Surgery (Br). – 2005. – Vol. 87, № 11. – P. 1449-1451.
2. Дейкало, В.П. Кодекс врачебной этики ортопеда-травматолога / В.П. Дейкало, К.Б. Болобошко // Новости хирургии. – 2008. – Т.16, № 5. – С. 68-72.
3. Sadoghi, P. Controversies in total knee arthroplasty: Cochrane evidence or surgeons' philosophy? / P. Sadoghi // Knee Surgery, Sport Traumatology and Arthroscopy. – 2015. – № 2. – P. 2.
4. Lemaire, R. Informed consent—a contemporary myth? / R. Lemaire // Journal Bone Joint Surgery (Br). – 2006. – Vol. 88, № 1. – P. 2-7.
5. What do patients recall from informed consent given before orthopedic surgery? / N. Sahin [et al.] // Acta Orthop Traumatol Turc. – 2010. – Vol. 44, № 6. – P. 469-475.
6. Beyond informed consent: educating the patient / L. Brenner [et al.] // Clinical Orthopedic and Related Ressort. – 2009. – Vol. 467, № 2. – P. 348-351.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИЕМАМ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

И.В. Жильцов
доктор медицинских наук, доцент
В.М. Семенов
доктор медицинских наук, профессор
Т.И. Дмитраченко
доктор медицинских наук, профессор
Н.Ф. Акулич
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. ВИЧ-инфекция является одним из наиболее социально значимых инфекционных заболеваний. Данное заболевание отличается тяжелым, прогрессирующим течением и развитием множественных сопутствующих заболеваний на фоне нарастающей функциональной недостаточности иммунной системы, и, в конечном итоге, имеет неблагоприятный прогноз при среднем сроке жизни пациентов, не получающих терапию, 10-12 лет с момента инфицирования. Кроме того, ВИЧ-инфекция отличается разнообразными путями передачи, включая половой (гомо- и гетеросексуальный), инъекционный и вертикальный.

ВИЧ-инфекция ставит ряд болезненных социальных вопросов, идущих вразрез с современными установками многих представителей молодежной аудитории, включая необходимость осознанного отказа от рискованного сексуального поведения и вредных привычек, принятие моральных и нравственных ценностей семьи и брака. Встает и ряд других нравственных проблем, не встречающихся при других заболеваниях – проблема брезгливости и отвращения, которые здоровые испытывают к ВИЧ-инфицированным, и связанного с этим вынужденного сокрытия заболевшими своего ВИЧ-статуса. Ряд морально-этических проблем касается и работы врачей, которые должны оказывать помощь ВИЧ-инфицированным больным в том же объеме, что и всем прочим категориям населения. Процесс диагностики ВИЧ-инфекции и постановки на учет вновь выявленных пациентов является чрезвычайно психотравмирующим для лиц, живущих с ВИЧ. Проблемами являются также необходимость сохранения лечащими врачами медицинской тайны, психотерапевтическая работа с родственниками заболевших, сохранение репродуктивной функции ВИЧ-инфицированных. Медицинские проблемы, создаваемые ВИЧ-инфекцией, также многочисленны – диагностика ее сложна, клинические проявления многообразны, схема лечения – самая сложная в инфектологии. Особыми проблемами являются профилактика вертикальной и постконтактной передачи ВИЧ-инфекции, а также организация санитарно-просветительной работы в среде молодежи. ВИЧ-инфекция порождает больше морально-этических, медицинских и социальных проблем, чем любое другое инфекционное заболевание, что, несомненно, требует специального подхода к обучению студентов-медиков приемам лечебной и диагностической работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Основная часть. Нами был проведен ряд лекций и семинарских занятий по тематике «ВИЧ-инфекция: медико-социальные аспекты» для студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета УО ВГМУ. Семинарские занятия включали демонстрацию студентам ВИЧ-инфицированных пациентов с различными стадиями данного заболевания на базе консультативно-диспансерного кабинета и отделений УЗ ВОКИБ, в том числе сбор анамнеза самостоятельно и под руководством преподавателя, визуальный осмотр и физикальное обследование пациентов под руководством преподавателя, определение индивидуальной диагностической и лечебной тактики, частоты и объема диспансерного наблюдения для каждого больного. Помимо этого, студенты участвовали в обсуждении диагностических больных, определении показаний для обследования на ВИЧ-инфекцию, принимали участие в дотестовом и послетестовом консультировании. Наиболее практически и теоретически подготовленным студентам поручалась самостоятельная курация ВИЧ-инфицированных в отделениях инфекционного стационара и написание учебных историй болезни на соответствующую тему. В лекциях подробно

освещались вопросы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также способы разрешения социально-этических проблем, возникающих в процессе наблюдения за подобнымипациентами.

В процессе наблюдения за студентами, осуществляющими диагностическую и лечебную работу в отношении ВИЧ-инфицированных лиц, были выявлены следующие основные проблемы:

1. Недостаточный уровень понимания студентами особенностей эпидемиологии итечения ВИЧ-инфекции, тактики обследования и лечения ВИЧ-инфицированных лиц, что препятствовало осуществлению полноценного лечебно-диагностического процесса;

2. Недоверие ВИЧ-инфицированных к «посторонним людям», т.е. боязнь раскрытия ВИЧ-статуса, в т.ч. и перед соседями по палате;

3. Предубежденное отношение со стороны студентов по отношению к ВИЧ-инфицированным, особенно – со сниженной социализацией, проявляющееся, в числе прочего, в невнимательности, а также боязни непосредственных контактов с больным.

Для решения указанных проблем на кафедре инфекционных болезней УО ВГМУ были предложены и апробированы следующие способы:

1. В ходе лекций особое внимание уделялось вопросам эпидемиологии ВИЧ-инфекции, путям ее передачи, клиническим проявлениям, диагностической тактике и способам профилактики. Указанные аспекты разбирались настолько подробно, насколько позволял формат лекции;

2. Перед каждым осмотром ВИЧ-инфицированного преподаватель проводил краткий опрос студентов о способах передачи ВИЧ-инфекции и способах проведения постконтактной профилактики;

3. Перед осмотром ВИЧ-инфицированного разбирались вопросы Уголовного кодекса РБ, касающиеся ответственности за разглашение медицинской тайны, и обсуждались возможные ситуации, связанные с разглашением врачебной тайны, с точки зрения Уголовного кодекса;

4. ВИЧ-инфицированный никогда не осматривался в общей палате на виду у других больных. Осмотр производился в процедурной либо специальном смотровом кабинете и обставлялся как консилиум с участием лечащего врача и консультанта – сотрудника кафедры;

5. При необходимости физикального осмотра сотрудник кафедры заранее заручался согласием пациента на осмотр, описывал ему цель и условия осмотра. При категорическом отказе больного осмотр не проводился;

6. Преподаватель личным примером демонстрировал приемы физикального обследования ВИЧ-инфицированного пациента, сам показывал студентам выявленные патологические изменения, объяснял их патогенез и клиническое значение; затем студенты выполняли аналогичный осмотр под непосредственным контролем преподавателя;

7. Ни диагноз, ни состояние, ни прогноз заболевания, ни проблемы при проведении терапии никогда не обсуждались со студентами при ВИЧ-инфицированном либо его соседях по палате. Тем не менее, за осмотром пациента обязательно следовал разбор истории болезни с участием лечащего врача либо врача КДК, во время которого обсуждался диагноз основного заболевания, его осложнений и сопутствующих болезней, диагностическая и терапевтическая тактика, избранные для данного больного, их достоинства и недостатки, возможность альтернативного подхода, прогноз;

8. После клинического разбора преподаватель проводил устный опрос студентов по патологии, наблюдаемой у конкретного пациента, с выставлением оценки. Устный опрос мог быть заменен тестированием либо решением ситуационных задач, разработанных на кафедре инфекционных болезней с целью контроля знаний студентов;

9. При возможности студентов знакомили с организациями само- и взаимопомощи ВИЧ-инфицированных пациентов, с активистами указанных организаций, работой съездов, конференций и симпозиумов, посвященных проблемам ВИЧ-инфицированных лиц. Поощрялось участие студентов в научно-исследовательской работе (опубликована 1 статья в рецензируемом журнале и 2 тезисов докладов, посвященных проблеме скрининговой диагностики ВИЧ-инфекции).

Заключение. В результате применения вышеописанного подхода сотрудники кафедры инфекционных болезней УО ВГМУ отмечают как существенно возросший уровень знаний студентов о ВИЧ-инфекции (подтверждаемый значимой разницей среднего уровня оценок за устный ответ по данной теме до и после начала эксперимента), так и наличие у студентов практических знаний и умений, необходимых для обследования ВИЧ-инфицированных больных, что проявляется в возросшей уверенности в своих силах в процессе собственно осмотра, облегчении и повышении качества вербальной и невербальной коммуникации с больным, а также в существенном снижении уровня необоснованной тревожности и боязни инфицирования при физикальном обследовании пациентов.

ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

П.А. Затолока
доктор медицинских наук, доцент
М.Л. Доценко
доктор медицинских наук, профессор
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. Число ВИЧ-инфицированных лиц в Республике Беларусь ежегодно увеличивается. По данным на 01.09.2016 года число

зарегистрированных случаев составляет 21336. За 8 месяцев 2016 года ВИЧ-инфекция впервые диагностирована у 1509 человек. Число ВИЧ-инфицированных лиц, у которых на данный момент не выявлен иммунодефицит и они не зарегистрированы, может значительно превосходить число учтенных пациентов. В этой связи встает вопрос раннего выявления (первичного обследования) ВИЧ инфекции, среди пациентов приходящих на первый прием к врачам разных специальностей.

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения в настоящее время число ВИЧ-инфицированных в мире составляет более 100 миллионов человек и неуклонно растет.

Основная часть. Иммунодефицит, обусловленный ВИЧ, способствует развитию воспалительной патологии. Среди оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц лидирует оториноларингологическая патология. Из 647-и обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов у 510-и (78,8%) диагностировали хроническую ЛОР-патологию, в том числе у 229-и (35,4%) – сочетанную, у 281-го (43,4%) – изолированную. У обследованных лиц диагностировали 872 хронических заболевания ЛОР-органов и слизистой оболочки полости рта, распространенность всей изучаемой патологии составила 134,7±2,7 случаев на 100 обследованных пациентов [1,2].

Выполнили сравнительный анализ распространенности хронической патологии ЛОР-органов и слизистой оболочки полости рта у 647-и ВИЧ-инфицированных пациентов и у 507-и ВИЧ-негативных лиц (контрольная группа). Сравнивая распределение по полу (χ^2=3,029, p=0,082) и возрасту (t=1,84, p=0,066) ВИЧ-позитивных (мужчин 370 (57,2%), женщин 277 (42,8%), средний возраст – 32,2±0,3) и ВИЧ-негативных пациентов (контрольная группа) (мужчин 263 (51,9%), женщин 244 (48,1%), средний возраст – 31,3±0,4), можно констатировать отсутствие достоверных различий. Следовательно, правомочно выявление закономерностей, анализ и сравнение особенностей хронической патологии ЛОР-органов и слизистой оболочки полости рта в двух указанных группах обследованных лиц. Всего оториноларинголог выявил 20 различных нозологических форм. Для семи из них различия в распространенности имели достоверный характер: ангулярный хейлит (распространенность среди ВИЧ-позитивных 5,7±0,9 случаев на 100 обследованных, среди ВИЧ-негативных – 1,8±0,6, p<0,001), некротический гингивит (ВИЧ-позитивные – 3,6±0,7, ВИЧ-негативные – 0, χ^2=16,6, p<0,001), волосатая лейкоплакия языка (ВИЧ-позитивные – 6,2±1,0, ВИЧ-негативные – 0, χ^2=30,6, p<0,001), орофарингеальный кандидоз (ВИЧ-позитивные – 31,1±1,8, ВИЧ-негативные – 0, χ^2=188,5, p<0,001), рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (ВИЧ-позитивные – 7,3±1,0, ВИЧ-негативные – 2,8±0,7, p<0,001), кандидозный эзофагит (ВИЧ-позитивные – 1,1±0,4, ВИЧ-негативные – 0, χ^2=3,9, p<0,05).

Частота выявления гипертрофии глоточной миндалины у ВИЧ-инфицированных лиц (7,0±1,0) также достоверно выше, чем среди иммунокомпетентных (1,8±0,6, $p<0,001$), что позволяет рассматривать гипертрофию аденоидов, выявленную у взрослых, как маркер ВИЧ-инфекции (отношение шансов 4,14, 95% доверительный интервал 1,94-8,05, $p<0,001$). Следовательно, наличие этой патологии у взрослых может указывать на иммунологическую недостаточность и требует обследования на ВИЧ [2,3].

Распространенность иных хронических заболеваний ЛОР-органов и слизистой оболочки полости рта сходна с данными, полученными в группе сравнения, поэтому необходимо учитывать клинические особенности этой патологии. К таким особенностям следует отнести: стертость симптомов заболевания, разнообразие жалоб, нетипичные клинические признаки, высокую частоту вовлечения в процесс различных органов, сочетанный характер патологии, волнообразное изменение симптомов патологии, отсутствие типичной температурной реакции, отсутствие типичных изменений воспалительного характера в общем анализе крови, прогрессирование заболевания на фоне стандартного лечения, отсутствие должного клинического эффекта при назначении лечения в соответствии со стандартами (протоколами лечения), необходимость назначения более длительного курса антибактериального лечения, в ряде случаев – необходимость смены антибиотиков или сочетания нескольких антибактериальных препаратов, большую продолжительность лечения до исчезновения симптомов заболевания, в ряде случаев – отсутствие полного исчезновения симптомов заболевания, высокую частоту рецидивов заболеваний, частую хронизацию патологии. Банальная оториноларингологическая патология приводит к значительному снижению качества жизни на фоне иммунодефицита, на что также следует обращать внимание при комплексной оценке состояния пациентов [4, 5, 6]. Выявление представленных выше особенностей распространенности и клинического течения оториноларингологической патологии позволяет заподозрить иммунодефицит и направить пациента для соответствующего обследования (теста на ВИЧ (ИФА), иммуноблотинг). До проведения теста необходимо провести дотестовое консультирование пациента, которое заключается в объяснении необходимости и важности данного обследования. Беседу необходимо проводить с соблюдением всех норм этики и деонтологии и при отсутствии третьих лиц [7, 8, 9].

Заключение. При выявлении представленных выше особенностей распространенности и клинического течения оториноларингологической патологии целесообразно обследование пациентов на наличие иммунодефицита, в том числе и инфицирование вирусом иммунодефицита человека. От оториноларинголога требуется соблюдение норм этики и деонтологии, последовательность и определенный психологический навык при объяснении пациенту необходимости этих исследований [10].

Список цитируемых источников

1. Бессараб, Т.П. Аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа в оториноларингологии // Вестник Оториноларингологии. – 2004. – № 1.– С. 15-23.
2. Затолока, П.А. Доценко, М.Л. Щемерова, М.С. Распространенность хронической патологии ЛОР-органов и слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от иммунного статуса // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 1. – С. 26–29.
3. Avila, C. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach. 2010 revision. World Health Organization; 2010. – 218 c.
4. Бартлетт, Д., Галант, Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Балтимор: «Издательская бизнес-группа Джонса Хопкинса»; 2006. –455 с.
5. Доценко, М.Л., Карпов, И.А. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: руководство для врачей. Минск: Тесей; 2008. – 346 с.
6. Затолока, П.А. Влияние хронической воспалительной патологии ЛОР-органов на качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – №3. – С. 21-26.
7. Meng, Y.J. The development and assessment on an instrument regarding quality of life for patients living with HIV/AIDS in China // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. – 2007. – Vol. 28, № 11. – P. 1081-1084.
8. Arora, U. Immunosuppression level in HIV-positive patients with oropharyngeal candidiasis / U. Arora, M. Jagdev, N. Jindal // Indian J. Med. Microbiol. – 2009. – Vol. 27, № 2. – P. 174–175.
9. Богомильский, М.Р. Поражение ЛОР-органов при СПИДе у детей // Вестн. оториноларингологии. – 2002. – № 1. – С. 4-6.
10. Горовая, М.П., Затолока, П.А., Доценко, М.Л., Курятников, А.Г. О целесообразности диспансерного наблюдения оториноларинголога за ВИЧ-инфицированными пациентами // Новые технологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи : материалы Респ. науч.-практ. конф. оториноларингологов с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. оториноларингологии УО «ГрГМУ», Гродно, 19-20 мая 2011 г. / отв. ред. О.Г. Хоров. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – С. 45-46.

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Ю.В. Алексеенко
кандидат медицинских наук, доцент
А.А. Пашков
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. В последние десятилетия в неврологии и нейрохирургии, как и в других смежных областях медицинских знаний, наблюдается бурное развитие инновационных технологий диагностики и лечения

распространенных заболеваний нервной системы на основе крупных достижений всего комплекса нейронаук и глобальной доступности самых современных молекулярно-генетических и компьютерных методологий. Одновременно происходят изменения структура, формы и путей получения специальной информации как для пациентов, так и для врачей-специалистов. Во многих случаях врачи-неврологи и нейрохирурги сталкиваются с новыми, порой неожиданными проблемами взаимодействия с пациентами и их родственниками, официальными учреждениями, а также определенными противоречиями с нормами классической деонтологии и медицинской этики. Усиление внимания к правам личности, в том числе и к правам пациента, привело к новому пониманию характера взаимоотношений между врачом и пациентом и во многих странах регулируется специальными юридическими документами, международными стандартами и договорами. Все это служит предпосылками к широкому обсуждению проблем биомедицинской этики в неврологии и нейрохирургии, где требуется найти юридически грамотный и максимально выверенный баланс специальных медицинских знаний и уважение к человеческим ценностям. Основная цель этого процесса – способствовать защите прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного развития биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека со сферой здравоохранения. Данное исследование посвящено определению наиболее очевидных проблем возможных решений в области биомедицинской этики в неврологии и нейрохирургии, которые приобрели особое звучание в широкой медицинской практике в последнее время.

Основная часть. В неврологической биоэтике, безусловно, центральное место занимает обсуждение отношения к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Особенно для неврологии и нейрохирургии, где объектом исследования и возможного терапевтического вмешательства является нервная система и головной мозг, субстрат психической деятельности человека, чрезвычайно важна система знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека, равно как и четкие представления о пределах нашего понимания наблюдаемых и изучаемых процессов. Важно не перейти ту грань, когда вмешательство в функции нервной системы необходимо для восстановления ее функций, но не превращается в разновидность манипуляции и научного эксперимента.

Трансплантология открыла много сложных правовых и этических проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора, его родственников, реципиента и медицинских работников, получения информированного согласия, констатации смерти головного мозга и пр. В регламентирующих документах определены условия и порядок трансплантации человеческих органов и тканей с учетом современных достижений медицинской науки и практики, однако не даны ответы на многие этические вопросы. Для специалистов-неврологов самым важным

остается вопрос о чувствительности и специфичности применяемых методов оценки необратимого угасания функций головного мозга, так как каждый из клинических и инструментальных методов имеет пределы разрешающих возможностей, а глубинные механизмы контроля сознания и других функций центральной нервной системы (ЦНС) остаются не до конца изученными. Особое место занимает дискуссия, недавно возникшая в специальных и немедицинских кругах, посвященная проекту пересадки головы. К сожалению, в ажиотаже, которым охвачены многие средства массовой информации, трудно услышать трезвый голос экспертов, которые напоминают о том, что возможности восстановления проведения нервных импульсов по волокнам спинного мозга после такой операции до сих пор отсутствуют.

Среди наиболее обсуждаемых этических проблем – проблема активной и пассивной эвтаназии. В зарубежной литературе она наиболее часто обсуждается в отношении пациентов с нейроонкологическими, нейродегенеративными и демиелинизирующими заболеваниями, выраженными хроническими болевыми синдромами. Отказ от поддерживающего лечения, которое или совсем не начинают, или прекращают на определенном этапе дискутируется при наличии длительной мозговой комы и обширном разрушении головного мозга. Проблемой остается достоверность констатации критического поражения объема и функций ЦНС. Эвтаназия противоречит религиозным традициям и классической медицинской этике, однако этот вопрос, вероятно, пока не имеет окончательного научного решения.

Один из специфических биоэтических вопросов современной психоневрологии – тактика ведения пациентов с различными формами поражения ЦНС, которые сопровождаются прогрессирующими когнитивными расстройствами, в конце концов приводящими к деменции. Помимо этических и деонтологических, в этом отношении имеется ряд правовых и социально-экономических вопросов, поиски ответов на которые продолжаются параллельно с улучшением точности диагностики и прогноза конкретных заболеваний, совершенствованием юридической базы и сферы социального обеспечения.

Сложность организации функций нервной системы, отсутствие ясности в патогенезе некоторых состояний, очевидные трудности диагностики и лечения многих неврологических расстройств, а также широкая доступность противоречивой и непрофессиональной информации неосознанно способствуют росту упрощенно-потребительского восприятия медицинских проблем и путей их преодоления у многих пациентов и их родственников, создавая почву для необоснованных требований, ожиданий и претензий к специалистам.

Важна доступность необходимых видов медицинской помощи любому пациенту независимо от его физического, психического и материального состояния. Естественно, что врач должен руководствоваться

исключительно профессиональными и этическими нормами, а не отдавать предпочтение пациентам с особым социальным статусом и материальным положением. Однако постоянный рост стоимости современных диагностических и лечебных технологий, дисбаланс в оснащении медицинских учреждений существенно влияют на их доступность, особенно для пациентов, находящихся на отдалении от крупных клинических центров.

Неотъемлемой составляющей профессионального воспитания врачей безусловно является формирование и развитие соответствующей корпоративной (в хорошем смысле этого слова) этико-деонтологической культуры. Однако часто в данном контексте упоминаются только сопереживание и милосердие, как внутреннее содержание и нравственный стержень медицинского работника. Эти важные качества специалиста, тем не менее, должны обязательно сочетаться с высоким уровнем общей культуры, профессионализмом, самоотдачей, широкой эрудицией и постоянным стремлением к самосовершенствованию. А высокий уровень ответственности должен непременно компенсироваться социальной и юридической защищенностью, условиями и ресурсами для поддержания и совершенствования профессионального мастерства, психологической адаптации, условиями для безопасного труда.

Заключение. Для оптимизации взаимодействия пациента и врача целесообразно расширение практики подписания варианта информированного согласия, которое раскрывает причинность, спектр возможных средств диагностики и лечения, осложнений, исходов и последствий конкретных состояний. Программа по неврологии и нейрохирургии должна включать обсуждение вопросов биоэтики при наиболее распространенных и актуальных формах неврологической патологии.

Список цитируемых источников

1. Кириллова, Л.И. Особенности профессиональной деятельности в клинике детской неврологии и медицинская этика / Л. И. Кириллова, С.В. Пустовит, А.А. Шевченко // Укр. Мед. Часопис – 2009. – № 2 (70). – С. 93-98.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Б.Б. Ладик
кандидат медицинских наук, доцент
А.А. Кирпиченко
доктор медицинских наук, доцент
А.С. Богданов

кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Проблема стигматизации получила научную разработку с введением в психологию понятия стигмы Е. Гофманом [6] включившей в свое содержание психиатрический диагноз. Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных с эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [8, 9]. Авторы описали этот процесс как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях. Развитие стигматизации проходит следующие этапы: 1. выделение и «маркирование» человека с психиатрическим диагнозом; 2. присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных; 3. отнесение его к «категории» душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4. последующее снижение социального статуса этого человека. Наибольшее количество стигматизирующих стереотипов связано с диагнозом шизофрения. Эти пациенты провоцируют стигматизацию в связи с заметными со стороны проявлениями болезни. Психопатология расстройств шизофренического спектра включает в себя искажение мыслительных процессов, эмоционально-волевые нарушения, расстройства поведения и социального функционирования. Указанные психопатологические проявления приводят к возникновению ряда проблем, ограничивающих гражданские права пациентов, обозначаемых как «стигматизация». В обозримом историческом прошлом стигматизация выражалась в своих крайних проявлениях, вплоть до физического уничтожения больных. В настоящее время стигматизация имеет более мягкие формы, однако избежать ее полностью не представляется возможным. Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [10].

Основная часть. Главная проблема стигматизации заключается в том, что многие люди с психическими расстройствами и в первую очередь, шизофренического спектра подвергаются систематической дискриминации в большинстве областей своей жизни. Эти формы отчуждения происходят в области здравоохранения, в общественной деятельности, на работе, в семье, в личной жизни, и средствах массовой информации. В современных условиях институциональная (законодательно закрепленная) стигматизация существует на законодательном уровне, многих государств. Так в статье 36 главы 7 Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», и аналогичных законах других стран, предусмотрена недобровольная «принудительная» госпитализация и

лечение в случае реальной или потенциальной со стороны больного опасности для себя и других лиц. В гражданском праве, в отношении психически больных, существует понятие «недееспособность», ограничивающая или полностью лишающая их основных гражданских прав и полномочий. Указанные меры на законодательном уровне расцениваются как вынужденные, однако в морально-этическом аспекте их следует считать стигматизирующими. Трудовыми кодексами индустриально развитых стран предусмотрено проведение психиатрического освидетельствования при поступлении на работу, в которых не допускаются к работе лица с теми психическими заболеваниями, которые имеют место у больных с шизофреническим спектром расстройств. Лишение человека права на труд, как одного из основных гражданских прав, также возможно расценивать как стигматизирующий фактор. В исследованиях J. Clausen [11] о степени негативного отношения населения к психически больным отмечалось, что семьи, где есть психически больные, в течение длительного времени не обращались за помощью из-за страха стигматизации. Родственники не очень охотно признавали факт, что один из них страдает психическим заболеванием. Постановка психиатрического диагноза и врачебный учет стимулируют семью к чрезмерной опеке над пациентом, тем самым значительно уменьшая его способность контролировать свою жизнь. Другой крайностью является отвержение и пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» в семье, что в свою очередь, приводит к маргинализации психически больного человека. Одновременно со стигматизацией больного идет процесс стигматизации семьи в целом связанный с тем обстоятельством, что факт психического заболевания члена семьи по сути дезадаптирует ее. Это обусловлено хроническим стрессом у членов семьи, связанным с длительным проживанием с больным родственником, чувством вины по отношению к больному, усиливающимся бытующими в обществе и научных кругах «теоретическими обоснованиями», обвиняющими семью в возникновении психического заболевания. Стигматизации больных способствуют средства массовой информации и литература, рассчитанная на рядового потребителя, где поступки и поведение больных шизофренией представляется как странное, непонятное, опасное и непредсказуемое [1, 2, 3, 4, 5].

Заключение. Полностью преодолеть стигматизацию психически больных, т.е. изжить её как явление, по-видимому, не удастся никогда, но возможно уменьшить уровень стигматизации. Однако изменения и результаты не будут сиюминутными, так как чтобы заменить одни стереотипы другими и изменить ментальность общества нужно время. В данном случае речь может идти о нескольких десятках лет и слаженной работе многих людей [7].

Список цитируемых источников

1. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 9-14.
2. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп //Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. – №7. – С. 58-65.
3. Серебрийская Л. Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: автореф. дис. … канд. психол. наук ; Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 2005. – 22 с.
4. Ястребов, В. С., Михайлова И.И. Проблема стигмы в российской психиатрии // Журнал социальной психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 61-66.
5. Byrne, P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it //Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 65-72.
6. Goffman E. Stigma : notes on the management of spoiled identity. – Ed. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1963. – 147 p.
7. Lawrie S. M. Stigmatization of psychiatric disorders// Psychiatric Bulletin – 1999. – Vol.23 – P.129-131.
8. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing stigma // Annual Review of Sociology – 2001.—Vol. 27. – P.363–385.
9. Link B. G.,. Struening E. L, Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse // J. Health Soc. Behav. – 1997. – Vol. 38, № 2. – P. 177-190.
10. Sartorius, N. Stigma: what can psychiatrists do about it? // Lancet. –1998. – Vol. 352, № 9133. – P. 1058-1059.
11. Porter R. Is mental illness inevitably stigmatizing. In A.H. Crisp (ed.), Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness.2001.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Л.Р. Выхристенко
доктор медицинских наук, профессор
О.Г. Величинская
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Процесс подготовки медицинских кадров постоянно находится в центре внимания Министерства здравоохранения Республики

Беларусь [1]. Медицинские кадры являются наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения, по уровню их подготовки и квалификации можно судить об эффективности всей системы здравоохранения в целом. Увеличение потребности в высококвалифицированных врачебных кадрах ставит перед высшими учебными заведениями задачу повышения эффективности педагогической работы со студентами-медиками. Вместе с тем, высокое качество медицинского образования требует достижения не только высокого уровня профессионализма, но и формирования высоких нравственных личностных качеств будущего врача.

Основная часть. Преподавание дисциплины «Внутренние болезни» предполагает унифицированный подход в соответствии с государственным образовательным стандартом [2] и включает лекционный курс, практические занятия, прохождение производственной практики. Дополнительно при изучении дисциплины у студентов имеется возможность участия в научно-исследовательской работе, студенческих конференциях, работе семинаров и съездов, проводимых в вузе, прохождения производственной практике в учреждениях здравоохранения, в том числе, в России в рамках программы «Академическая мобильность». Теоретическая подготовка является основой для формирования профессионализма врача и его успешной работы с пациентом. Акценты в организации образовательного процесса на кафедре внутренних болезней направлены на усиление личностного ориентированного характера обучения, активизацию самостоятельной работы студентов, усиление практико-ориентированной направленности образовательного процесса [3, 4].

Наряду с овладением специальными профессиональными компетенциями большое внимание при обучении студентов уделяется совершенствованию их социально-коммуникативных компетенций, формирование которых базируется на этико-деонтологических принципах и направлено на развитие у студентов высоких духовно-нравственных качеств. В последние годы в студенческой среде отмечается тенденция к некоторому ослаблению роли нравственных ценностей, что может быть связано с влиянием негативных социальных и экономических факторов. Доминируют стремление студентов получить социальные привилегии, найти высоко оплачиваемые должности, прослеживается ориентация на конечную цель, прагматический подход к жизни. Возникает несоответствие между требованиями, предъявляемыми к врачебной профессии – честность, порядочность, служение, самоотдача, милосердие и др., и уровнем жизненных ориентаций. Следует подчеркнуть, что обучение в вузе относится к переходному периоду развития молодого человека, для которого характерно возникновение новых ценностных ориентаций, потребностей и интересов, что неизбежно влечет за собой перестройку качеств личности [5, 6]. В этих условиях возрастает роль преподавателя,

способного помочь студенту в определении жизненных целей, планов, позиций, являющегося для него примером. Наиболее значимыми качествами врача-педагога, которые он может привить студентам-медикам, являются высокая эрудиция, порядочность, ответственность, интеллигентность, собой, милосердие, стремление к самообразованию. Преподаватели кафедры внутренних болезней стремятся к созданию благоприятной воспитательной среды для будущих врачей, позволяющей развивать социально зрелую и профессионально компетентную личность, наделенную качествами, позволяющими эффективно реализовывать себя в избранном виде деятельности.

Овладение студентами социально-коммуникативными компетенциями достигается во время практических занятий. На практических занятиях мы учим студентов правильному ведению симптом-ориентированной беседы, отрабатываем навыки обследования пациента, компетенцию оценки лабораторных и инструментальных исследований с целью постановки диагноза. Это способствует закреплению не только теоретических знаний, но и формирует клиническое мышление с основами психологической поддержки пациента и сострадательного к нему отношения.

На кафедре используются технологии активного обучения, которые опираются на творческое, продуктивное мышление, поведение, общение: демонстрация пациента с анализом конкретной ситуации и разбором документации (истории болезни, результаты лабораторных, рентгенологических исследований и др.), решение и разбор ситуационных задач по изучаемым темам, просмотры тематических видеофильмов. Во время демонстрации пациента преподаватель оценивает уровень владения студента специальными профессиональными компетенциями, навыки общения с пациентами, следование принципам деонтологии. Важным элементом обучения и итогом проверки знаний и компетенций студента является оформление учебной истории болезни во время курации пациента, а практические навыки, которыми овладевают студенты, отражаются в дневнике.

Итогом обучения является адекватное представление студентов о способах профилактики, лечения и реабилитации пациентов с болезнями внутренних органов, закрепление навыков общения с пациентами, пополнение знаний и опыта в вопросах этики и деонтологии.

Анализ навыков клинического обследования пациента в совокупности с другими критериями рейтингового оценивания помогает собрать нам точную и объективную информацию об учебных и социально-коммуникативных компетенциях каждого студента в отдельности и группы в целом.

Заключение. Профессия врача предполагает владение искусством врачевания, что достигается профессиональной и психологической подготовкой, культурным воспитанием. Организация преподавания

дисциплины «Внутренние болезни» с позиции духовно-нравственного воспитания студентов помогает овладеть студентам социально-коммуникативными компетенциями, основанными на принципах гуманизма, медицинской этики и деонтологии, соблюдение которых позволит будущему врачу быть успешным.

Список цитируемых источников

1. Постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.11.2010 № 19.8 «Об утверждении отраслевой программы «Кадры на 2011 - 2015 годы».
2. Образовательный стандарт «Высшее образование. Первая ступень. Специальность «Лечебное дело», квалификация – врач (ОСВО 1-79 01 01-2013), утвержден и введен в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 г. № 88.
3. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. Высшее образование сегодня. 2003; 5: 34-42.
4. Байденко В.И., Ван Зантворт Дж. Модернизация профессионального образования: современный этап . Изд. 2-е допол. и перераб. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов; 2003, 674 с.
5. Социальная психология / Д. Майерс; пер. с англ. З. Замчук. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2012. – 800 с.: ил.
6. Вартанова И.И. Личность старшеклассника и студента: мотивация и система ценностей // Вопросы психологии. – 2012. – № 3. – С. 3-11.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВО ФТИЗИАТРИИ

С.И. Падута

УЗ «Брестский областной противотуберкулезный диспансер», Брест

Введение. Термин «деонтология» означает совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Необходимость усиления деонтологической стороны работы медицинской службы на всех его уровнях обусловлена рядом серьезных факторов. К ним относится реклама лекарственных препаратов и различных методов лечения, конкуренция на рынке медицинских услуг в связи с развитием «платной» медицины и др. Деонтологические приемы должны быть отчетливо дифференцированы в зависимости от характера заболевания (хирургия, терапия, фтизиатрия и др.)

Однако до последнего времени деонтологии при инфекционных заболеваниях не уделялось достаточного внимания. Считалось, что острое, циклическое, хотя и тяжелое, но относительно непродолжительное течение большинства инфекций уменьшает риск возникновения проблем в

инфекционной практике. За последние годы ситуация изменилась, в т.ч. за счет изменения структуры инфекционной заболеваемости (рост хронических вирусных инфекций).

Основная часть. Туберкулез – это широко распространенное в мире инфекционное заболевание, развитие которого провоцируется микобактериями туберкулеза. Наиболее частой мишенью данного заболевания являются лёгкие, реже – другие органы и системы.

По данным Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения всего мира инфицирована микобактериями туберкулеза. Значит ли это, что все они заболеют? Нет, болезнь развивается только у 10% инфицированных. Важно знать – туберкулез предотвратим и излечим. И у ВОЗ есть тому доказательства: с 2000 по 2013 год 37 миллионов человеческих жизней было спасено благодаря своевременной диагностике и адекватному лечению этого заболевания.

Фтизиатры Беларуси – настоящие виртуозы своего дела: за 2015 год заболеваемость туберкулезом в республике снизилась с 33,8 до 32,9 на 100 тысяч населения, смертность – с 4,6 до 4,5 на 100 тысяч. В Беларуси есть все для своевременной диагностики и соответствующего лечения пациента с туберкулезом, что позволяет спасти жизнь человека.

Туберкулез, как социальное заболевание, всегда был обособлен от общей лечебной сети, поэтому деонтология во фтизиатрии имеет свою специфику.

Фтизиатр изначально был семейным врачом: оздоравливал всех членов семьи, прививал им бытовую культуру, оказывал помощь в жилищных проблемах, призывал к здоровому образу жизни.

В настоящее время взаимоотношения врача и пациента меняются не в лучшую сторону. Это мы объясняем сменой строя в России, Беларуси. Но клятва Гиппократа создана не в социалистическом обществе, она прошла все смены государственных устоев, но не потеряла своего значения и в наше время, призывая, относится к больному сердечно, а к врачу уважительно. Сила Эскулапа была не столько в том, как он говорил, сколько в том, как он слушал.

Врач должен знать медицину. Это аксиома. Но новейшая диагностическая и лечебная техника не должна отгораживать врача от больного, так как человек это не бессловесная особь из ветеринарии. Больной всегда личность с присущими ей особенностями характера, воспитания и темперамента с разной степенью эмоциональности.

Наши пациенты – это сложный контингент. Сейчас, как в доантибактериальный период, вирулентность микобактерий туберкулеза резко возросла. Это связано с ростом лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ). В условиях эпидемии туберкулеза заболевают и умирают преимущественно люди молодого, трудоспособного возраста.

Узнав о своем заболевании, пациенты испытывают сильнейший стресс, приводящий их к депрессии и озлобленности. Исходя из этого все впервые выявленные больные, их родственники, а иногда и коллеги нуждаются в моральной поддержке и психологической помощи.

Туберкулезная интоксикация, необходимость длительного стационарного лечения, побочные действия принимаемых антибактериальных препаратов также сказываются на их поведении. Для окружающих пациентов родственников, коллег информация о недуге их близких тоже «шокирующее» известие. Во-первых они нуждаются в обследовании, как контактные, в специализированном фтизиатрическом учреждении. Во-вторых в месте проживания, работы пациента проводится дезинфекция помещения, предметов обихода. В-третьих нужна сила, мудрость, терпение в поддержании духа близкого человека.

Поэтому медицинским работникам необходимо терпеливо и внимательно проводить санитарно-просветительную работу с больными и их родственниками, налаживать доверительные и доброжелательные взаимоотношения, разъясняя особенности заболевания и применяемого лечения.

Туберкулез, это не то заболевание, которое можно вылечить добрым словом. И все же, эффективность лечения тем выше, чем меньший стресс и психологический дискомфорт, приводящие к снижению общего иммунитета, которые испытывают пациенты.

Методы снятия психоэмоционального напряжения могут быть различными. Целесообразна организация нормального режима жизни, включающего здоровый сон, полноценное питание, смену деятельности (умственной и физической), занятия физкультурой, освоение методов аутотренинга и другие.

Исход болезни зависит от многого: от сопротивляемости самого организма, воли больного к выздоровлению, от назначенного лечения и, конечно, веры в него. Систематическое доверительное общение с медицинскими работниками, в процессе которого пациенты получают ответы на интересующие их вопросы, касающиеся, как имеющейся у них болезни, так и принимаемого лечения способствует быстрейшему достижению выздоровления.

Положительный результат очевиден. Не случайно говорят, что хорошее настроение – самый лучший доктор. Наши пациенты часто обращаются к медицинским работникам за советами не только по медицинским вопросам, но и по различным вопросам жизни, даже будучи выписанными на амбулаторное лечение и даже после снятия с диспансерного учета в туберкулезном учреждении после излечения.

У пациентов появляется стимул к жизни, к лечению. Многие из них благодарны людям в белых халатах за их участие и понимание. А это дорогого стоит.

Давайте возродим былой авторитет фтизиатрической службы, и тогда меньше больных будут отказываться от наблюдения и лечения в туберкулезных учреждениях. Психологическая настроенность инфекционного больного в момент его госпитализации резко отличается от ощущений соматических больных, находящихся в аналогичной ситуации.

Известный хирург-онколог Н.Н. Петров писал: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди – пользе медицины. На первый взгляд, такие напоминания просто излишни – до такой степени дело ясно само собой. Однако опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой деятельности, ибо любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая тех, кому она должна служить».

Заключение.

1. Подавляющая часть инфекционных больных поступает в больницу неохотно, не видит в этом никакого смысла. Отрицательное отношение к госпитализации усугубляется и тем, что она обычно приводит и к некоторым материальным потерям. Важное место в этом принадлежит иногда опасению, что, поступив практически здоровым, можно в условиях «заразной» больницы инфицироваться тяжелым заболеванием.
2. Поэтому организация приема в инфекционный стационар должна предусматривать выполнение ряда совершенно необходимых деонтологических условий. При направлении больного в стационар врач должен убедительно мотивировать госпитализацию и рассеять обывательский страх у больного и его родственников.
3. Работа врача приемного отделения фтизиатрического стационара должна быть построена таким образом, чтобы пациент получил квалифицированную медицинскую помощь в оптимальные сроки и был изолирован в тот период, когда он представляет опасность в эпидемическом отношении.
4. Отказ от госпитализации должен решаться с чувством большой ответственности за возможное формирование нового эпидемического очага. Врач приемного отделения должен понимать, что лучше госпитализировать в диагностическое отделение трех непрофильных больных, чем отказать одному инфекционному.
5. Любая больница, а тем более, инфекционная, начинается во всех отношениях с приемного отделения, поэтому так важен эстетический вид помещения: подчеркнутая чистота, опрятная свежевыглаженная спецодежда персонала.
6. Организация приема больного должна рассеять его сомнения в отношении внутрибольничного заражения.
7. В деонтологическом плане большое значение имеет организация диагностического обследования больного и комплексного лечения,

нельзя допускать задержку реконвалесцента на койке более положенного срока. Работа в отделении или в стационаре должна быть основана на соблюдении субординации.

8. Тактика врача, его поведение корректируется в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенности психики.

Список цитируемых источников

1. Перельман, М.И. Фтизиатрия [Текст]: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. / М.И. Перельман, В.А. Корякин, И.В. Богадельникова – М., «Медицина», 2004. – 520
2. Перельман, М.И. Фтизиатрия [Текст]: учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. / М.И. Перельман, В.А. Корякин, И.В. Богадельникова – М., «Медицина», 2010.
3. Калюжная М.С. Деонтология во фтизиатрии [Текст] – КУЗОО «Туберкулезная больница», Омск.
4. Г.Л.Гуревич, Л.А.Жилевич, А.П.Астровко, В.З.Русович Клиническое руководство по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения ; ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». – Минск, 2012.
5. М.Н.Ломако, О.М.Калечиц, С.А.Соболь Спутник участкового фтизиатра и пульмонолога – Минск «Беларусь», 1986.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

В.С. Куницкий

кандидат медицинских наук, доцент

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Английский философ Бентам в начале XIX века впервые ввел понятие деонтологии. В современной научной литературе принято понимать деонтологию как учение о поведении врача и медицинских работников, взаимоотношениях врача и пациента, основанных на принципах этики.

Специфика оториноларингологии как медицинской специальности требует ряда особых подходов и критериев отношений между медицинскими работниками и пациентами.

Основная часть. Развитие современной медицинской науки, внедрение инновационных методов диагностики и лечения требуют корректировки ряда норм врачебной этики.

Вызывая большой интерес среди медицинской общественности, в том числе и врачей-оториноларингологов, вопросы деонтологии находят отражение во время проведения конференций различного уровня, изложены в периодической и специальной литературе, являются составной частью педагогического процесса.

Предметом медицинской деонтологии является определение норм и правил взаимоотношения врача и пациента и разработка этических норм.

По мнению великого русского ученого и хирурга Н.И. Пирогова: «…под медицинской деонтологией мы … должны разуметь учение о принципах поведения медицинского персонала».

Бурно развивающаяся технизация современной медицины и оториноларингологии, в частности, – не должна заменить общение врача и пациента и сам процесс клинического мышления.

Врач-оториноларинголог в любой ситуации должен внимательно, чутко относиться к пациенту, который меняет свое отношение к окружающему в связи с заболеванием и теми страданиями, выпавшими на его долю.

Внимание врача к пациенту, как в условиях амбулаторного приема, так и к пациентам, проходящим лечение в условиях стационара, позволяет добиться более полной откровенности в общении с ними на уровне сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни.

Грамотное общение с пациентом требует от врача-оториноларинголога, наряду с глубокими профессиональными знаниями и умениями, еще и навыков психотерапевтического воздействия, что обусловлено принципами врачебной этики и деонтологии – для успешного лечения и выздоровления пациентов.

В учреждениях амбулаторного звена врач-оториноларинголог в ходе исследования пациента не только должен выставить диагноз, но и сообщает о выставленном диагнозе с наименьшей психической травмой, внушая надежду на выздоровление.

Особое место в организации помощи пациентам в поликлинических условиях отводится приему лиц, нуждающихся в оказании неотложной помощи – это люди с инородными телами, носовыми кровотечениями, пара тонзиллярными абсцессами и т.д. Не следует забывать и о пожилых пациентах, инвалидах. Каждый врач должен помнить о тактичном, грамотном и индивидуальном подходе к агрессивным пациентам с выраженными истерическими чертами, а также к лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, создающим нервозность и нездоровую психологическую обстановку суждениям о болезни, предложенных методах диагностики, лечения, врачах и медицинском персонале. Порой это мнение почерпнуто из интернетовских источников, не всегда полностью отражающих сущность проблемы.

Суждения этих пациентов о своей болезни порой сопровождаются повышенной, даже патологической эмоциональностью, при этом

индуцируя легко внушаемых, возбудимых и уже негативно настроенных лиц.

Общение с пациентом – это сродни искусству, которое помогает взаимопониманию врача и пациента. По мнению знаменитого врача средневековья Т. Парацельса: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководиться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; величайшая основа лекарства – любовь!».

При проведении исследования вестибулярного анализатора у пациентов с патологией уха, не следует забывать о неприятных ощущениях у обследуемого, а также о тяжелом состоянии лиц с заболеванием вестибулярного аппарата. Поэтому, с учетом поставленной цели, выбирается метод исследования, исключающий чрезмерно сильное раздражение вестибулярного аппарата.

При выполнении отоскопии, обнаруживая патологическое отделяемое в слуховом проходе и барабанной полости, врач обычно интересуется у пациента характером отделяемого и его запахом. При этом он не должен показывать пациенту, что это является неприятным для него. Введение ушной воронки надо производить осторожно, так как грубые манипуляции в слуховом проходе вызывают кашель и болевые ощущения при исследовании.

Заболевания, требующие неотложной помощи – это всегда тяжелая патология, требующая от врача концентрации его профессиональных, психических и физических сил. Необходимо подчеркнуть важность бережного отношения к психике пациента и его родственников, постараться успокоить как пациента, так и его родных. От врача требуется: быстрая реакция; действия его должны быть четкими, осмысленными; суета и излишняя торопливость наносят вред, врач должен хорошо представлять себе сложившуюся ситуацию.

Особую группу пациентов составляют пожилые люди, испытавшие на своем жизненном пути голод, страдания, боль, пережившие разруху, оккупацию, потерю родных и близких.

Врач должен понимать, что при общении с пожилым человеком не всегда достаточно найти причину заболевания, назначить лечение, каждый из этих пациентов требуют оказания психологической помощи или просто присутствие, внимание помогают ему восполнить запас жизненных сил.

Учитывая особенности психики и памяти пожилого пациента, необходимо ему дать возможность вначале высказаться самому и лишь потом уточнять основные вопросы анамнеза и заболевания. Это позволит врачу составить целостное представление об этапах развития болезни, о тех жизненных ситуациях, которые могли привести к обострению, часто лучше фиксируемые памятью, чем просто даты этих обострений. Но еще чаще они боятся увидеть в глазах врача равнодушие к старческой немощи.

Совесть и порядочность, великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всем, что касается жизни и

здоровья человека, должны выступать у врача как привычные, повседневные нормы поведения. Особая тема разговора во врачебной среде – это тема врачебных ошибок. По мнению А.А. Грандо «Право на ошибку есть у каждого – важно не повторять их. Бывают случаи, когда ошибки в деятельности врача исключить нельзя, однако страшна не столько сама ошибка, сколько неумение извлечь из нее урок».

Проблемой для ряда врачей является непризнание своих ошибок, желание быть менее уязвимым для критики со стороны коллег и повышение уровня своей непогрешимости. Однако необходимо помнить, что нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический опыт и стаж, который в своей профессиональной деятельности мог бы безошибочно диагностировать любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, выполнять идеально операции.

Заключение. Соблюдение деонтологических требований обязательно для врачей и медработников различных категорий. Воспитание у студентов и молодых врачей высоких морально-этических качеств является одним из основных звеньев педагогического процесса в медицинском вузе.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

К.Н. Егоров
кандидат медицинских наук, доцент
В.А. Корнеева
кандидат медицинских наук
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Каждой определенной профессиональной группе присуща своя система ценностей, определяемая, прежде всего, направленностью деятельности. Духовно-нравственная компетентность врача – одна из важнейших составляющих врачебного профессионализма. Самые различные биоэтические ситуации или нередко возникающие психологические трудности в общении с пациентами требуют знания и понимания не только психологического, но и духовного состояния человека. Университет для молодежи является ведущим институтом для формирования навыков эффективного социального взаимодействия, личностного развития и самосовершенствования. Современные требования к высококвалифицированному специалисту – выпускнику высшей школы – предполагают наличие у него необходимого объема профессиональных компетенций, которые сформулированы в образовательном стандарте по специальности высшего медицинского образования первой ступени 1-79 01 01 «Лечебное дело». В соответствии с классическим определением,

профессиональная компетенция – это проявленные личные качества и проявленная способность применять знания и навыки.

Для успешного осуществления профессиональной деятельности будущему врачу общей практики (ВОП) как никакому другому специалисту должны быть присущи такие качества, как способность к сочувствию, сопереживанию, пониманию другого человека, умение разобраться в сложных психологических вопросах, то есть должны быть сформированы соответствующие профессиональные компетенции. Поэтому определение целей и задач, характера и содержания педагогических условий духовно-нравственного развития студентов – медиков, умение создавать эти условия – одна из задач кафедры поликлинической терапии.

В качестве показателей нравственной зрелости отечественными психологами (Б.С. Братусь, Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, В.И. Слободчиков) выделяются: готовность самостоятельно решать ситуацию нравственного выбора, принимать ответственность за свое решение, устойчивость нравственных качеств, проявление сдержанности в ситуациях.

Нравственное воспитание детей, молодежи и в наши дни не теряет своей остроты и актуальности. «Как посмотришь на нашу молодежь, то нельзя не пожалеть ее! Как она ветрена! Как не думает ни о чем кроме удовольствий, растлевающих и нравственность и здоровье, приготовляющих самую печальную будущность. Мне кажется, что всему этому причина – неправильное воспитание, дающее молодым людям неправильный взгляд на себя и на жизнь» – эти мысли, высказанные святителем Игнатием Брянчаниновым [1, с.216] около 200 лет назад весьма актуальны и в настоящее время. Морально-нравственные качества молодых людей, выбравших профессию врача, несомненно, должны быть выше, чем у представителей любых других специальностей. Например, курящий или пьющий врач при любых наилучших своих профессиональных способностях будет показывать неполное профессиональное соответствие должности, потому что, никогда не сможет эффективно проводить профилактическую работу среди пациентов. Это связано с низким уровнем доверия к нему пациентов в этих вопросах и отсутствием у такого врача каких-либо посылов убеждать пациентов вести здоровый образ жизни.

В связи с этим на сегодняшний день актуальным становится вопрос совершенствования университетской системы воспитания будущего врача.

Основная часть. С целью удобства оценки формирования профессиональных компетенций (ПК) мы предлагаем различать у ВОП три их уровня:

1 уровень (начальный) – достаточный для начала профессиональной деятельности.

2 уровень (практический) – уровень корректировки ПК в условиях практической деятельности.

3 уровень (профессиональное мастерство) – уровень мастерского владения профессией с использованием авторских подходов, методов.

Мы предлагаем следующие уровни развития основных компонентов духовно-нравственного сознания будущих врачей.

Высокий уровень – свидетельствует о наличии не только развитых профессиональных навыков, но и необходимых духовно-нравственных качеств.

Средний уровень – недостаточная подготовленность студентов к будущей профессии.

Низкий уровень – свидетельствует о недостаточной сформированности установок или безразличии к осуществляемой профессиональной деятельности.

Нами проведена самооценка студентами 4-6 курса ВГМУ формирования ПК по специально разработанным анкетам.

По результатам самооценки мы наблюдали у большинства опрошенных средний уровень развития духовно- нравственного сознания, однако отмечался высокий уровень нравственной мотивации. Студенты достаточно критично относятся к достигнутым жизненным результатам, полагают, что могли бы достичь и большего. Некоторые высказывают явную неудовлетворенность, но склонны винить в этом внешние обстоятельства, а не самих себя. Результаты анкетирования внушают определенный оптимизм.

Одно из таких направлений – развитие волонтерского движения, которое максимально полно отвечает задачам формирования личности врача, профессионально компетентного во всех отношениях. Волонтерская деятельность подразумевает, прежде всего, добровольность, самоотдачу, действия во благо ближнего, не подкрепленные материальным интересом. Кафедра поликлинической терапии, организуя волонтерское движение, последовательно проводит в жизнь основные принципы духовно-нравственного воспитания студенчества. Такая систематическая работа, не замыкающаяся на разовых, пусть и масштабных акциях, приносит свои плоды. Само по себе волонтерство не терпит лишней «заорганизованности». Ведущими мотивирующими факторами участия в волонерском движении явились получение новых знаний и навыков, самореализация, потребность помогать, потребность в изменении себя. Волонтерство ощущается студентами как важное средство постижения сложных нравственных аспектов их будущей профессии. Студенты-волонтеры совместно с преподавателями кафедры активно ищут и предлагают новые формы волонтерства. В настоящее время волонтеры проводят групповое профилактическое консультирование пациентов и школьникам по вопросам здорового образа жизни.

Заключение. Организация деятельности ВОП приобретает особую значимость для современной системы здравоохранения, которая делает большой акцент на профилактическую медицину. Одна из основных задач

преподавателей медицинского университета – формирование духовно-нравственного сознания врача, что требует постоянного поиска новых форм и методов аудиторной и внеаудиторной работы. Представляется целесообразным изучение конкретных психологических характеристик и компетенций врача общей практики, с целью разработки ясных принципов духовно-нравственного его становления, создания оптимальных условий для развития духовно-нравственного сознания студентов в процессе обучения.

Список цитируемых источников

1. Игнатий Брянчанинов / Полное собрание творений святителя Игнатия Брянчанинова в 5 томах Издательство: Паломник, Москва 2014 г. – С.216.
2. Набродов Г.М. Духовно-нравственная компетентность врача/ Г.М. Набродов, А.А. Филозоп // сборнике: Современные тенденции в образовании науке, 2013. – С.105 -106.
3. Образовательный стандарт по специальности высшего медицинского образования первой ступени 1-79 01 01 Лечебное дело (ОС ВО- 1-79 01 01-2013), утвержденный и введенный в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013г. № 88.

Плотникова И.Е. Реализация компетентностного подхода в системе повышения квалификации научно-педагогических работников медицинского вуза. / Наука и бизнес: пути развития. – 2014. – №6 – С.11-14

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Л.Е. Радецкая
доктор медицинских наук, профессор
А.Г. Бресский
кандидат медицинских наук, доцент
Т.Н. Мацуганова
кандидат медицинских наук, доцент
Н.С. Дейкало
кандидат медицинских наук, доцент
Н.И. Киселева,
доктор медицинских наук, профессор
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Большой объем дисциплин, которые необходимо усвоить современному студенту-медику, сжатые сроки обучения по каждой дисциплине зачастую приводят к тому, что за разбором и изучением

данных доказательной медицины, современных молекулярных теорий и практических навыков обследования пациентов, не уделяется должное внимание вопросам этических взаимоотношений с пациентами, коллегами, родственниками больных, что создает нередко психологический дискомфорт у пациентов, служит причиной жалоб, с одной стороны, снижает приверженность пациентов к терапии с другой и т.д. С целью повышения ответственности студента и врача за свои слова и поступки, углубления знаний по данному вопросу, для студентов 4 курса факультета подготовки иностранных граждан на кафедре акушерства и гинекология читается лекция «Этика и деонтология в акушерстве и гинекологии». На лекции приводится исторический экскурс развития медицинской деонтологии, подробно излагаются основные принципы данного раздела медицинской науки, рассматриваются примеры деонтологических проблем и/или противоречий в акушерстве и гинекологии.

Основная часть. Одно из лучших определений понятия деонтология принадлежит великому русскому хирургу Н.И. Пирогову (1810-1881) «...под медицинской деонтологией мы... должны разуметь учение о принципах поведения медицинского персонала» [1]. Считается, что все основные принципы медицинской этики были сформулированы еще в IV веке до н.э. в знаменитой клятве Гиппократа [2]. Гиппократ был первым, кто обратил внимание на проблемы в отношениях врача и родственников пациента, на отношения врачей к коллегам и к своим учителям. Ему принадлежат слова: «Где любовь к людям, там любовь к своему искусству», «Не навреди», «Врач-философ подобен богу». С именем Гиппократа связано представление о высоком моральном облике и образце этического поведения врача. Клятва Гиппократа пережила века, она лежит в основе всех современных национальных и международных врачебных профессиональных кодексов. Студентам нравится, что II Международный деонтологический конгресс в Париже в 1967 году рекомендовал дополнить клятву одной единственной фразой: «Клянусь учиться всю жизнь!».

В 1947 г. была создана Всемирная медицинская ассоциация [3], которая начала свою деятельность с принятия «Женевской декларации врача» – современного варианта Клятвы Гиппократа. «Женевская декларация» не просто подтвердила основополагающую роль гуманистического идеала в медицине, но и стала морально этической гарантией независимости медицинской профессии от политических режимов и идеологического диктата. Наиболее острые социальные проблемы XX века нашли в ней отражение: «Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга... Даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности». Последняя фраза, отражая опыт второй мировой войны, закрепляет положения «Десяти Нюрнбергских правил» (Нюрнбергский кодекс, 1947), в которых подчеркивается недопустимость преступных опытов на людях.

Ныне действующий Международный кодекс медицинской этики был принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, 1949), дополнен 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, 1968) и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция,1983). Он одобрен генеральным директором ВОЗ и является наиболее распространенным документом, на который ссылаются многие исследователи проблем медицинской деонтологии. В нем обращается внимание на вопросы оплаты врачебной помощи, на недопустимость переманивания пациентов, саморекламы и т. п. [4].

Т. Бичамп и Д.Чилдресс в «Руководстве по биомедицинской этике», вышедшем в 1985 году и выдержавшем 7 изданий, выделили 4 главных классических принципа медицинской этики: автономия личности, полезность для пациента, справедливость и не причинение вреда [5,6].

Принцип автономии, или уважения прав пациента (автономия =право на самоуправление) имеет истоки в греческой и римской культуре. Известен латинский афоризм *Voluntas aegroti suprema lex* – Воля больного высший закон. Уважение к автономии означает, что пациенты имеют право отказаться или выбрать свое лечение, подписав информированное согласие (информированный отказ). Информированное согласие означает, что человеку должна быть предоставлена вся информация как о пользе, так и о возможных рисках своего лечения. Не информированный человек рискует сделать ошибочный выбор. Это не означает, что пациенту надо предоставить список всех мыслимых рисков, надо рассказать, что будет сделано и как; а также охарактеризовать наиболее вероятные осложнения и побочные эффекты предстоящей процедуры.

Принцип полезности (Beneficence) хорошо выражается латинским афоризмом *Salus aegroti suprema lex* – здоровье пациента высший закон – и означает, что врач должен действовать в интересах пациента наилучшим образом. Существует мнение, что исцеление должно быть единственной целью медицины, а идея полезности в некоторых случаях может иметь приоритет над автономией.

Концепция не причинения вреда (Non-maleficence) воплощается латинским афоризмом *Primum non nocere* – главное, не навреди. Многие считают, что принцип «не навреди» должен быть основным или главным фактором при выборе лечения (отсюда Primum), ибо не навредить своему пациенту более важно, чем помочь.

Справедливость – принцип касается распределения дефицитных или ограниченных ресурсов здравоохранения, что на деле является важным регулятором системы здравоохранения.

Требуют своего разрешения и возможные проблемы этической дилеммы или кризиса. Так как конфликт интересов на практике бывает не просто погасить, врачи обязаны избегать создания таких ситуаций, не допускать конфликта интересов ни среди коллег, ни среди сообщества медицинский работник-пациент. Практикующему врачу может

потребоваться немало усилий, чтобы сбалансировать желания пациента и медицинскую точку зрения. Врач должен учитывать, что отказ от полезности и непричинения вреда в угоду воле пациента может нанести ущерб как последнему, так и обществу.

Примерами сложных этических коллизий в современном акушерстве и гинекологии могут служить ситуации, связанные с выхаживанием глубоко недоношенных детей при неясным прогнозе в отношении качества их последующей жизни; несовпадение мнений врача и пациентки относительно наиболее благоприятного метода родоразрешения, когда уважение к автономии вступает в противоречие как с принципом полезности, так и непричинения вреда, и т.д.

Заключение. Таким образом, медицинская деонтология в настоящее время рассматривается как составная часть надлежащей медицинской практики, важнейшая и неотъемлемая отрасль медицины. В то же время ее правила – это не застывшая формула, а компас, который помогает найти решение в каждой конкретной ситуации. Опорным камнем современной деонтологии является уважение пациента как личности, непричинение вреда и максимальная полезность действий медицинских работников.

Список цитируемых источников

1.Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения.– М.: Педагогика, 1985. – 496 с.

2. Гоглова О.О., Ерофеев С.В., Гоглова Ю.О.. Биомедицинская этика :учебное пособие: стандарт третьего поколения. – Питер: 2013. – 271с.

3. World Medical Association//http://www.wma.net/en/10home/index.html

4. Медицина и право //http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm

5. Beauchamp T. L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. – Oxford, Oxford University Press: 2012, 7 ed. – 480p.

6. Мишаткина Т.В. Универсальные принципы и нормы биомедицинской этики / Медицина. – 2008. – Т.2. – С.2-4.

ЭТИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА

И.Г. Красникова

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение.Специфика социального развития на современном этапе во многом определяется увеличением роли знаний и информации в жизни общества, интенсивным прогрессом информационных технологий, формированием качественно новых форм коммуникации и информационного взаимодействия между людьми. Процессы информатизации оказали значительное влияние и на сферу

здравоохранения, в том числе на взаимоотношения между врачом и пациентом. Необходимость исследования социальных, психологических, нравственных аспектов отношений врача и пациента в условиях информационного общества обусловлена поиском более эффективных моделей медицинской коммуникации, а также механизмов разрешения возрастающих конфликтов и противоречий в общении врача и пациента.

Основная часть.Успешность профессиональной деятельности врача зависит от многих факторов, в том числе от понимания специфики современного пациента и его ожиданий в отношении медицинской помощи. Информационная среда непосредственно влияет на представления пациентов о медицине, профессиональных навыках врача, здоровье и болезни, часто определяет эмоциональное восприятие болезненных состояний. Компьютерные технологии позволили пациентам получить широкий доступ к медицинским знаниям и информации, способствовали появлению новых коммуникативных стратегий пациентов. Сегодня пациенты все чаще используют интернет для самообразования в области медицины, ищут альтернативные возможности лечения, проверяют информацию, полученную от врача. На тематических медицинских форумах пациенты обсуждают симптомы и методы лечения заболеваний, оставляют отзывы о врачах и медицинских центрах, лекарственных препаратах, их эффективности и побочных действиях.Формируются интернет-сообщества, объединяющие людей с одинаковыми заболеваниями. Благодаря интернету у пациентов появиласьвозможность получать on-lineконсультации специалистов в разных областях медицины.

Расширение информированности пациентов по медицинским вопросам приводит к смене диспозиции власти в системе отношений «врач-пациент». «Монополия на знания в области медицинских профессий полностью разрушена. И врач уже больше не бог» [1, с. 32] – отмечает американский философ Э. Тоффлер. Эпохе патернализма в медицине приходит на смену эпоха, утверждающая автономию пациента в отношении своей жизни и здоровья. Принцип уважения автономии личности становится важнейшим принципом биомедицинской этики. Однако реализация автономной модели отношений «врач – пациент» в системе здравоохранения, в том числе белорусской, связана с определенными трудностями. Врачи чаще всего нацелены на патерналистские отношения, и рассматривают пациента, который проявляет образовательную инициативу, ищет информацию по своему недугу и методам лечения как «неудобного» пациента. Социологические исследования последних лет показывают, что врачи настроены негативно к подобной практике самообразования пациентов, и часто испытывают трудности в общении с ними [2, с. 107]. Повышение компетентности пациента воспринимается болезненно, до сих пор в сознании медицинского сообщества доминирует образ «идеального пациента»,включающий его малую осведомленность в медицинских

вопросах, отсутствие сомнений в умениях и знаниях лечащего врача, готовность без обсуждений выполнять назначения врача.

В тоже время изучение мнения пациентов указывает на то, что наиболее частой причиной негативных высказываний о работе современных врачей является неудовлетворенность объемом и качеством информации, полученной от врача [3, с. 41]. В результате этой неудовлетворенности возрастает роль других источников информации, прежде всего интернета, вследствие чего возникают риски, связанные с получением недостоверной медицинской информации, распространением различных способов самолечения, неконтролируемым приемом пациентами лекарственных препаратов.У пациентов, предпочитающих получать информацию о своем заболевании в интернете, перепроверять диагноз и методы лечения,прислушиваться к мнению таких же пациентов, не имеющих медицинского образования, нередко формируется психологическая напряженность во взаимоотношениях с врачом, обусловленная скептическим отношением к возможностям медицины в целом и снижением доверия к врачу в частности. Снижение доверия современного пациента к врачу значительно усложняет процесс лечения, так как зачастую оказывается, что поставить диагноз и назначить лечение недостаточно, необходимо еще убедитьпациента в верности данного лечениями аргументировать свою профессиональную позицию.

Новой формой коммуникации врача и пациента в информационном обществе становятся on-line консультации – используя интернет, пациент находит врача-консультанта и задает ему вопросы, касающиеся интерпретации результатов обследования, диагностики, лечения и др. Доступность консультирования в любое время и его бесплатность, свободный выбор пациентом врача-консультанта, возможность задать уточняющие вопросы, анонимность обращения, сохранение архива сообщений является преимуществом данной формы общения врача и пациента [4, с. 24].В то же время очевидны и недостатки on-line консультации – часто обращения пациентов остаются без ответа, врач не может получить достаточно полной информации о состоянии здоровья пациента, заключение врача-консультанта может противоречить рекомендациям других медицинских специалистов, пациент может быть консультирован врачом с недостаточной квалификацией или врачом, отстраненным от лечебной деятельности [4, с. 24].Несомненно, что новые формы виртуального общения врача и пациента должны базироваться на моральных принципах и нормах. Примером этического стандарта, регулирующего практику интернет-врача, может служить Кодекс этики врачей Рунета [5]. Наряду с традиционными принципами медицинской этики, Кодекс содержит специальные этические нормы: интернет-врач не должен ставить диагноз и назначать лечение, использовать массовую рассылку рекламных сообщений, не вправе публично ставить под сомнение квалификацию другого врача и др.

Заключение.Успешность медицинской деятельности, продуктивные и гармоничные взаимоотношения между врачом и пациентом во многом зависят от того, насколько врачи осознают и принимают те трансформации, которые произошли с медициной и пациентом в информационном обществе. Несмотря на декларируемую биомедицинской этикой автономную модель отношений «врач – пациент», она с трудом находит свое воплощение в реальной медицинской практике. Тенденции самообразования и самоорганизации пациентов в виртуальном пространстве часто вызывают неприятие в медицинском сообществе, желающим сохранить свою власть над медицинскими знаниями.

В условиях широкого доступа пациентов к интернет-ресурсам, содержащим информацию медицинского характера, активного использования интернет-консультаций, актуализируется проблема этического контроля и разработки этических стандартов (медицинской киберэтики), которые бы позволили оградить пациентов от непроверенной и ложной информации, неэтичной рекламы медицинских услуг и фармацевтических препаратов, деятельности недобросовестных медиков.

Список цитируемых источников

1. Тоффлер, Э. Метаморфозы власти: Пер. с англ. / Э. Тоффлер. – Москва: ООО «Издательство АСТ», 2003. – 669, [3] с.
2. Гущин, А.В. Интернет-общение как материал для анализа отношений врача и пациента/ А.В. Гущин // Социология медицины. – 2012. – № 1(20). – С. 38 – 41.
3. Павленко, Е.В. О готовности врачей к использованию новейших информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении/ Е.В. Павленко, Л.Е. Петрова// Социологические исследования. – 2016. – № 4. – С. 103 – 110.
4. Владзимирский, А.В. Деонтология телемедицины. / А.В. Владзимирский, Е.Т. Дорохова.– Донецк: ООО «Норд», 2005. – 38 с.
5. Кодекс этики врачей Рунета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gradusnik.ru/kodex/ . дата доступа: 30.10.2016.

ЭТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ МЕДРАБОТНИКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТАМ

В.А Тесфайе
кандидат медицинских наук, доцент
Н.Г. Харкевич
доктор медицинских наук, профессор
«Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Актуальность. Медицина является уникальной профессией, при которой медработник и пациент подпадают под взаимное психологическое влияние. Оказание качественной медицинской помощи становится возможным лишь в случае правильно выстроенного взаимодействия сторон. Вместе с тем, развитие медицины и смежных наук каждый день ставит новые этические проблемы перед медиками, как, репродуктивные технологии, аборты, эвтаназия, использование стволовых клеток, и т.д. То есть этические проблемы современной медицины лежат на глобальном уровне с точки зрения новых методик и на уровне общения пациент-врач с применением уже апробированных методик. Еще в древности предпринимались попытки сформировать основные этические принципы медицинской профессии. Наиболее ярким примером является клятва Гиппократа [1].

Абу- ибн-Сина (980 - 1037 гг.) также создал собственный этический кодекс. В нем Авиценна призывал врача не только ответственно подходить к выполнению профессиональных обязанностей, но и уделять большое внимание общению, ведь слово врача тоже лечит. Нельзя грубо обращаться с больным, огорчать его или тревожить. Наоборот больного следует ободрять, устранять причины для страха, создавать благоприятную психологическую атмосферу. На основе учений Гиппократа, Галена и Авиценны, а также под влиянием христианской этики формировалась деонтология средневековой медицины.

Другие исследователи С.С. Гуревич и А.И Смольняков, (1976) выделили восемь основных этических принципов медицинской профессии:

- гуманизм по отношению к пациенту;
- отказ от действий, способных ухудшить здоровье человека;
- предоставление медицинской помощи всем людям без исключения;
-солидарность медицинских работников по отношению друг к другу;
- врачебная тайна;
- борьба с экологическими загрязнениями;
- отказ от участия в экспериментах над человеком;
- избегание поступков, способных ронять честь медицинского работника в глазах пациентов, коллег и общества.

Цель – определение основных этических принципов деятельности медицинских работников и их реализация в повседневной деятельности.

Основополагающими этическими принципами медицинской профессии современности являются принцип исполнения обязанностей и честности, который заключается в том, что медицинский работник, во-первых, не может отказать человеку в медицинской помощи под любым предлогом, во-вторых, в том, что деятельность медработника направлена не на достижение материальной выгоды, а на выгоду пациента, удовлетворение общественных потребностей.

Основные правила поведения медработника по отношению к пациентам

Медработник при его обращении с пациентом первым и главнейшим этическим принципом является принцип «Не навреди!». Отношение медработника и пациента должно строиться на глубоком взаимном уважении. От медработника требуется тактичность и вежливость в любой ситуации без излишней заинтересованности личной жизнью пациента. Медицинский работник не должен позволять себе нетерпимость, грубость, невнимание, гнев и раздражительность. Кроме того нежелательно доминировать над собеседником, прерывать его, спорить, критиковать пациента и его родственников, поспешно принимать решение, предубежденно относится к пациенту. Поэтому при возможности медик должен подготовиться морально к беседе (желательно постоянно совершенствовать личные навыки общения), подходить к общению непринужденно и искренне.

При общении с пациентом важно не отвлекаться и не рассеивать внимание, равно как и не отвлекать больного от рассказа, проявить сочувствие, постараться понять точку зрения собеседника, выяснить суть проблемы, тревожащей обратившегося. После этого поставить наводящие вопросы, следя за своими высказываниями, придерживаться избранной методики общения до конца лечения, иметь терпение при взаимодействии с родственниками пациента.

От медработника требуется все возможное, чтобы он с пациентом вошёл в процесс сотрудничества, в котором сам больной будет осознавать каждый предпринятый шаг. Вся медицинская информация пациенту и родственникам излагается в доступной форме простым языком. Каждое новое медицинское вмешательство осуществляется с согласия пациента (письменного или устного).

Врач, невзирая на личные взгляды, не должен препятствовать праву пациента пользоваться духовной поддержкой священнослужителей различных конфессий. Сам же врач не может пропагандировать какие-либо религиозные и мистические способы лечения, нетрадиционную медицину.

Когда пациент находится в терминальном состоянии (патология, угрожающая головному мозгу и др. жизненно важным органам), медицинский работник не должен прекращать попытки спасти его. Он должен предпринять все возможные меры в сложившихся обстоятельствах, чтобы облегчить страдание больного. Прибегать к эвтаназии нельзя, умирающему пациенту врач оказывает не только медицинскую, но и моральную поддержку до последней минуты, помогая сохранить его человеческое достоинство. В практике медицинской деятельности бывали случаи, когда оспаривалось право врача, лечившего смертельно больного человека, на его наследство. При всей моральной поддержке и близости, врач должен избегать чересчур доверительных отношений и не вступать в обязанности наследника своего пациента [2]. А решение об отключении человека от аппаратов жизнеобеспечения принимается только

коллегиально при согласии родственников, а также при условии наличия энцефалографических данных о прекращении функционирования мозга. [3]. Экстренная медицинская помощь, безусловно, должна являться бесплатной.

Если врач оказал экстренную помощь больному, которого впоследствии будет лечить другой врач, то он должен передать ему подробную необходимую информацию. При предоставлении экстренной помощи также нельзя в порыве эмоций подвергать критике деятельность других медицинских работников, препятствуя профессиональным и личностным конфликтам[3].

Заключение

Этические принципы являются очень важными в профессиональной деятельности медицинских работников, что было замечено в древности.

Оказывая медицинскую помощь, медик призван оставаться терпеливым, тактичным, внимательным, проявлять сочувствие и милосердие, повышенный такт при работе с инвалидами, пожилыми людьми, беременными женщинами. Он должен избегать грубости, гнева, деструктивной критики, как в общении с пациентами, так и с их родственниками, коллегами, представителями других профессий.

В каждом конкретном случае медицинскому работнику приходится применять все свои знания, навыки, а порой и нравственное чутье, чтобы найти правильный подход к человеку. Поэтому медики должны хорошо знать этические принципы и правила, применять их в своей практике, морально совершенствоваться, следить за развитием деонтологии в свете появления новых биомедицинских технологий.

Список использованной литературы

1. Гоглова, О.О.. Ерофеев С.В., Гоглова Ю.О. Биомедицинская этика. – СПб.: Питер, 2013. – 272 с.
2. Иванюшкин, А.Я. Биомедицинская этика. – М.: КМК, 2010. – 272 с.
3. Кэмпебелл, А., Джилетт Г., Джоунс Г. Медицинская этика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 400 с.
4. Саперов, В.Н. Деонтологические аспекты взаимоотношения медицинских работников // Терапевт. 2012. № 9. С. 68-72.

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ: ПРОБЛЕМЫ ГЛАЗАМИ ПЕДАГОГА ВУЗА

Л.В. Соболева[1], Г.И. Юпатов[2], Л.М.Немцов[2], О.В.Драгун[1], М.С.Дроздова[1], И.В.Арбатская[1], А.Г.Николаева[1]

[1]кандидат медицинских наук, доцент

[2]доктор медицинских наук, профессор

УО *«Витебский государственный медицинский университет», Витебск*

Введение. Для организационных принципов системы здравоохранения в нашей стране, как и в подавляющем большинстве стран мира, в настоящее время характерны формализация лечебного и диагностического процесса, излишняя увлеченность лабораторными и инструментальными исследованиями.

На этом фоне не хотелось бы потерять то лучшее, что выработано во врачебной профессии за многие десятилетия и даже столетия нашими предшественниками. История нашей медицины подтверждает истину постулата «Лечить больного, а не болезнь». Для этого есть единственный способ – общение. Врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с пациентом.

Основная часть. Современные возможности общения с зарубежными коллегами, опыт обращения наших граждан за медицинской помощью в других странах подтверждают, что принципы работы нашей («советской» или «русской») медицинской системы значительно отличаются от «западных».

Оказание медицинской помощи за рубежом направлено на максимально рациональное, в том числе, и экономически, построение амбулаторной и стационарной частей системы здравоохранения.

Иными традициями руководствуется наша система здравоохранения. Центром всех организационных принципов является пациент, а не экономическая целесообразность.

Пациент, не имеющий медицинского образования, не может объективно оценить качество диагностики и назначенного лечения. Практически всегда ощущение правильности того, что с ним происходит в медицинском учреждении, возникает в результате общения с врачами и другими медработниками. Если страдает контакт с врачом, то зачастую и правильное обследование и лечение вызывает негативное отношение со стороны пациента. Наш длительный клинический опыт подтверждает, что мнение пациента «хороший или плохой врач» формируется по признаку «разговаривал он со мной или нет».

Все достижения современной медицинской науки и практического здравоохранения, опирающиеся на современную высокую технику, не в силах уменьшить значение личности врача. Огромную роль играют в жизни пациента поведение, лицо, тон речи врача.

Главным средством общения был и остается язык. Врачебный долг предполагает и высокую культуру языка. Не случайно пути медицины и литературы часто пересекаются и сливаются. Достаточно вспомнить А.П.Чехова, М.А.Булгакова, В.В.Вересаева, В.И.Даля – врачей, больше известных как писатели и языковеды, Н.М.Амосова – великого хирурга, но и литератора.

Гуманистические основы врачевания связывают медицину с культурой, в том числе и языковой. «Решающим и определяющим

качеством клинической работы является не методика исследования, а культура собственной личности врача» (академик РАМН СССР А.Ф.Билибин). Пренебрежение речью отражает общее бескультурье.

К культуре речи относят даже умение «поставить нужным образом голос». Одно ободряющее слово, сказанное соответствующим тоном, может вселить веру в благоприятный исход болезни.

Грубые, бестактные выражения в профессиональной деятельности врача недопустимы. Даже небрежный жест может испортить настроение пациента надолго. Однако, так же недопустимы в языке врача маловыразительность и бездумность.

К сожалению, модернизация нашей системы среднего образования с чрезмерным увлечением методами тестирования, уменьшением объема программных литературных произведений, количества творческих работ (сочинений) приводит в медицинские вузы абитуриентов, плохо владеющих разговорной литературной речью. Увлечение информационными технологиями, вероятно, тоже вносит свою лепту в возможности и желание студентов и молодых врачей правильно общаться с пациентом.

Надо признать, что в среде современных медиков безграмотная речь встречается не так уж редко. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить, на каком «литературном языке» проходят наши собрания, совещания, заглянуть в истории болезни.

Последние 8-10 лет преподавание пропедевтики внутренних болезней на 2-3 курсах лечебного факультета мы вынуждены сочетать с обучением студентов не только медицинским терминам, но и орфографии русского языка. Использование письменных форм опроса, контроль учебных историй болезни выявляет растущую безграмотность наших студентов. Это привело к мысли о нашем долге хотя бы частично, с учетом наших ограниченных по времени возможностей, уделять внимание в ходе занятий грамотности письменной и устной речи будущих врачей.

За несколько лет на кафедре собраны «цитаты» на целый том, достойный «Жалобной книги» А. П. Чехова. Иногда мы цитируем сообразно теме занятия некоторые безграмотные высказывания студентов предыдущих лет обучения. Обычно это вызывает достаточно активную реакцию студентов и, как показывает наш опыт, позволяет обратить их внимание на языковую составляющую врачебной специальности. К сожалению, похожие проблемы языковой безграмотности студентов отмечают преподаватели клинических кафедр старших курсов.

Профессиональный багаж медицинских знаний и терминологии, особенно у начинающих врачей, иногда приводит к противоположным ошибкам в общении с пациентом. Врач, стараясь (иногда неосознанно) с помощью непонятных для пациента специальных терминов прибавить себе авторитета, продемонстрировать свою компетентность, достигает обратного результата. Всегда нужно помнить, что каждое движение, взгляд,

а тем более слово врача запоминаются и анализируются пациентом многократно. И то, что не понятно больному человеку, всегда настораживает и истолковывается как неблагоприятный признак.

Поэтому диалог с пациентом надо вести так, чтобы все сказанное воспринималось просто и однозначно. Объяснение его состояния и ответы на вопросы необходимо формулировать правильно и убедительно. Наилучшими для использования являются простые и четкие слова, объясняющие доступно медицинские термины. Необходимо ориентироваться на образовательный уровень пациента и быть уверенным в том, что он все понял. Иногда темп, ритм и интонация, не соответствующие состоянию, возрасту больного человека могут свести на нет расспрос.

Неверно построенная фраза, нечеткость высказывания могут навести пациента на мысль о том, что у врача имеется весьма туманное представление о сущности заболевания. Пациент может заподозрить попытку скрыть что-то, будет мучиться домыслами о реальной и воображаемой опасности. Только высокая профессиональная и речевая культура врача могут уберечь пациента от подобных проблем, результатом которых может стать ятрогения.

Заключение. На клинических кафедрах во время занятий, клинических разборов, дежурств необходимо уделять больше внимания вербальному общению врача с пациентами, в том числе, демонстрируя студентам важность этого метода обследования и его лечебное воздействие.

СТУДЕНТ-МЕДИК КАК «ЛИШНИЙ ЧЕЛОВЕК» В ЛПУ

Е. Л. Коноплева
кандидат медицинских наук, доцент
В. М. Остапенко
доктор медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Введение. Клиника – это лечебно-профилактическое учреждение, в котором наряду с лечебно-диагностическим процессом имеет место образовательная и научная деятельность. Исходя из этого определения, становится понятным, что все клинические медицинские работники должны демонстрировать самый высокий уровень профессионализма и корпоративной культуры. Мы настойчиво требуем от студентов участливости к больным и их родственникам, деликатности, учим их уважительному отношению к коллегам. Но при этом иногда забываем, что общение – это дорога с двусторонним движением, и будущие медики также

вправе в свою очередь рассчитывать на ответное позитивное внимание со стороны своих преподавателей и персонала ЛПУ.

Основная часть. Нередко преподаватели-клиницисты в присутствии пациентов «тыкают» студентам, называют их «детьми», «братцами», «ребятками», «зайками», «разбойниками», а если – «коллегами», то обычно с некоторым ироническим оттенком. Как следствие, эту фамильярную манеру тут же перенимают больные.

Клинические демонстрации зачастую проводятся непосредственно в палатах – преподаватель, сидя на стуле у постели больного, не торопясь работает с пациентом, в то время как студенты, теснящиеся вокруг кровати, изнывают от боли в ногах, тесноты и духоты. Разве нельзя пригласить больного в учебную комнату, где есть возможность обсудить диагноз в обстановке, одинаково комфортной для всех?

«Больница, доброжелательная к пациенту» – прекрасный лозунг. Но является ли больница (клиника!), доброжелательная к пациенту, доброжелательной к студенту? Многие медицинские работники ЛПУ – лечащие врачи, сёстры, санитарки, лаборанты – воспринимают студентов, как досадную помеху, только мешающую работать.

Студент на стажировке или на учебной практике – существо в иерархии ЛПУ достаточно бесправное, его обидеть может каждый – пациенты и их близкие, врачи отделения и администрация, средний и младший медицинский персонал, сестры-хозяйки, буфетчицы, гардеробщицы, охранники, лифтёры и даже киоскёры.

Медсестре ничего не стоит одёрнуть студента, отчитать его при больном, повод всегда найдётся – например, молодёжь шумит, девушки стучат каблуками, нарушая лечебно-охранительный режим. Или вообще кто-то забыл сменную обувь. Или унёс без разрешения историю болезни, которая вдруг срочно понадобилась. Или занял единственный в холле отделения диван («Встаньте, это для больных. В ожидании начала занятия Вы можете и постоять, ещё молодые»). При этом демонстрируется неприязненная тональность, раздражение и усталость.

Заведующая операционным блоком права, когда требует от студентов не слоняться по операционной, не заходить за «красную линию», убрать телефоны, но делать замечания – справедливые! – следует без грубости. Когда слышишь от человека в белом халате: «Сию минуту ВОН из операционной!», невольно вспоминаешь притчу Эзопа о том, что язык – это самая прекрасная, но одновременно и самая ужасная вещь на свете.

Процедурная сестра не пускает студентов в процедурный кабинет, перевязочная – не разрешает им присутствовать при перевязках. При попытках куратора студенческой практики объясниться обычный ответ сестры звучит следующим образом: «За инфекционный режим кабинета отвечаю я, а не Вы. Студенты приносят грязь, даже если они в колпаках, масках и бахилах. Деньги получите Вы, а штраф от СЭС – я. Жалуйтесь, кому хотите». Другой вариант этого же ответа: «Не пускаю и не пущу. У

меня на Ваших студентов аллергия». При этом в подобных конфликтах руководство клиники всегда считает своим долгом встать на сторону своего сотрудника, а не преподавателя университета или колледжа.

Санитарка, обращаясь к студенту, собирающему анамнез у пациента, в категоричной форме требует освободить палату («Выйди сейчас же, мне надо вымыть пол»).

Находясь на практике, студенты часто по просьбе сотрудников моют отделение, убирают, помогают перекладывать тяжёлых больных, заклеивают окна на зиму, перестилают постели, охотно бегают с поручениями «подай-поднеси», но редко слышат слова благодарности.

Будущие специалисты хотят, чтобы их уважали и видели в них молодых врачей. Иногда обиженные студенты не остаются в долгу и требуют от среднего и младшего персонала соблюдения субординации, напоминая, что ещё относительно недавно медсёстры должны были вставать каждый раз, когда в кабинет заходил доктор («Каждый солдат должен знать свой манёвр», по словам А. В. Суворова). Естественно, они тут же получают травмирующий ответ, что врачами пока не являются и, скорее всего, никогда ими и не станут.

Невольно вспоминается фрагмент из повести В. Дягилева «Доктор Голубев» о совсем другом уровне корпоративной культуры: «...Ирина Петровна помнит, как пятнадцать лет назад, когда она впервые пришла в госпиталь, он (заведующий отделением – Авт.) встретил ее в этом же коридоре, повел к себе в кабинет, усадил в кресло, заставил выпить стакан чаю за компанию, расспросил обо всем, ободрил, обещал помогать. Тогда она была молоденькая, только что закончила фельдшерскую школу... Ирина Петровна вспомнила, как первый раз она делала укол вот в этой же сто седьмой палате — и сломала иглу. Перепугалась, со слезами бросилась в кабинет к начальнику. Он успокоил, пошел вместе с ней к больному и сам сделал укол...» [1, с. 1].

Современные этические кодексы врача и медицинской сестры Российской Федерации содержат требование уважительного отношения ко всем участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. В статье 17 «Проекта Кодекса профессиональной этики работников системы здравоохранения Российской Федерации» Министерства здравоохранения РФ от 30 мая 2016 г. говорится: «Работник системы здравоохранения должен с уважением относиться к знаниям и опыту коллег, быть готовым передавать свой опыт и знания». Но не будем забывать, что требования этических кодексов носят только рекомендательный характер. Нормативно-правовое же обеспечение взаимодействия клинических кафедр университетов и клинических баз ЛПУ до сих пор определяется давно устаревшими приложениями к приказу Минздрава РФ от 29 сентября 1993 года № 228 – «Временным положением о клиническом лечебно-профилактическом учреждении» и «Типовым договором о сотрудничестве». В этих документах, созданных

ещё до коммерциализации отечественного здравоохранения, не затрагиваются, например, экономические аспекты координации усилий специалистов университетского и клинического звена. Между тем, введение надбавок медицинским работникам ЛПУ за дополнительную нагрузку, связанную с обучением стажёров, позволило бы преодолеть отношение к студентам, как к чужеродным университетским «кукушатам», повысить мотивацию сотрудников. Безусловно, идеальной следует признать модель, при которой клинические базы стали бы университетской собственностью, вошли в состав медицинских факультетов – так, как это всегда было в дореволюционной России и есть сегодня за рубежом.

Заключение. В ожидании необходимой коррекции нормативно-правовых положений о клинических базах (по примеру, скажем, Казахстана) считаем целесообразным перед началом учебных практик и стажировок проведение занятий с сотрудниками клиники, в том числе со вспомогательным персоналом, о нормах профессионального этикета по отношению ко всем участникам лечебно-диагностического процесса, включая студентов и случайных посетителей. Ведь студенты – будущее лицо нашей системы здравоохранения, и мы заинтересованы в том, чтобы все они в полной мере овладели коммуникативной и этической компетентностями.

Список цитируемых источников

1. Дягилев В. Доктор Голубев. – Лениздат, 1956. – 235с.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТУДЕНТАМИ ПРИ ОБУЧЕНИИ НА ЦИКЛАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

А.М. Литвяков
доктор медицинских наук, профессор
О.В. Сиротко
кандидат медицинских наук, доцент
А.Ю. Пальгуева
кандидат медицинских наук, доцент
В.В. Лагутчев
кандидат медицинских наук, доцент
А.Ю. Афонина
А.В. Сергиевич
Н.А. Подолинская
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Самостоятельная курация пациентов является обязательным компонентом практического занятия на циклах терапевтических дисциплин, а также лежит в основе прохождения студентами производственной практики [1, 2]. Именно в процессе самостоятельной курации пациентов у студента формируются базисные навыки, оттачиваются знания и умения, этические нормы поведения, необходимые в процессе его дальнейшей профессиональной деятельности. Дефекты в навыках и умениях студента самостоятельно курировать пациентов, в том числе и этического характера, не выявленные и не устраненные преподавателями в процессе обучения на клинических кафедрах, оказывают существенное негативное влияние не только на профессионализм, но и на личностные, коммуникативные качества врача в течение всей его практической карьеры.

Основная часть. Обучение студентов самостоятельной курации пациентов не является универсально простой задачей для преподавателя. Здесь требуется, пожалуй, больше педагогического искусства, чем устное преподавание дисциплины и/или демонстрация собственных навыков и умений у постели пациента во время учебных клинических тематических разборов. По формальным признакам, преподаватель в соответствии с временной картой методических рекомендаций по ведению практического занятия на клинической кафедре обязан «заставить» каждого студента группы пойти на самостоятельную курацию 3-5 пациентов в выделенную ему палату. За невыполнение этого требования студент должен быть наказан неудовлетворительной оценкой как отказавшийся выполнять освоение обязательного минимума практических навыков. Однако, если преподаватель, формально, без учета этических норм отправляет студентов в палаты на курацию пациентов, он может совершить большую ошибку, особенно в первый день занятий на цикле. Прямым результатом такой ошибки является вполне естественно стремление студентов формальному выполнению курации (я уже был у пациентов), или же к всяческому избеганию контакта с пациентами (их не было в палате, ушли на процедуры).

Ключевым моментом формирования преподавателем режима эффективной курации является целенаправленное создание этически оправданного мотивационного «договора» между студентом и пациентом. А именно, и студент, и пациент должны быть поставлены в такие психологические обстоятельства, когда каждый из них имеет свой собственный интерес в результате общения. Исключительно важным является начальный момент – первые день и первые минуты общения студента с пациентом.

Ключевую роль в создании оптимальной учебной системы «студент-пациент» играет преподаватель. Именно он обязан выполнить предварительную психологическую подготовку пациента(ов), необходимую для оптимизации взаимодействия с куратором-студентом.

Как показал личный опыт авторов настоящей публикации, следует в неназойливой форме разъяснить пациенту то обстоятельство, что он является непосредственным и очень важным участником учебного процесса, и от его согласия общаться со студентом, доброжелательного отношения к студенту существенно зависит уровень его подготовки в качестве врача, к которому, возможно, в будущем придется обращаться ему самому или его родственникам. Возможно, даже, рассказать, что в медицинских вузах некоторых государств, вместо реальных пациентов студенты обучаются через общение с артистами, играющими роль пациентов. В таких странах после окончания вуза начинающим врачам приходится тратить значительно большее время на клиническую доподготовку, позволяющую им, в конечном итоге, работать самостоятельно. В подавляющем большинстве случаев, пациенты с пониманием относятся к такому инструктажу, соглашаются общаться со студентами, осознавая значимость своей «клинической» роли в подготовке будущих врачей. При невозможности (в единичных случаях) получить у пациента такого согласия, студентов к нему для самостоятельной курации мы не направляем.

В свою очередь, в первый день начала учебного клинического цикла, перед отправкой группы студентов на курацию обозначенных им пациентов (обычно каждому студенту определяется номер палаты с находящимися в ней 3-5 пациентами), преподаватель выполняет инструктаж учебной группы. В том числе, студентам даются следующие рекомендации.

1. Курацию пациентов может проводить только опрятно выглядящий медицинский работник, функцию которого собирается выполнять студент.

2. При входе в палату студент-куратор должен поздороваться с присутствующими и представиться.

3. Начиная общение с конкретным пациентом, студент должен продемонстрировать свою способность формировать позитивный психологический контакт с незнакомым ему человеком. На лице студента должная быть доброжелательная улыбка, спокойный, ровный, уверенный взгляд, направленный на пациента.

4. Студент-куратор обязательно должен осознавать свою уверенность в том, что он сможет (конечно, не без помощи преподавателя) разобраться в диагнозе и определить тактику лечения курируемого пациента, пусть даже если это произойдет не в первый день курации. Заметная со стороны неуверенность в себе не только порождает хаотичность в общении и действиях студента, но и создает психологический барьер «отчуждения» у пациента по отношению к курирующему его студенту («плохой врач из него выйдет …»). К сожалению, такую неуверенность в себе нередко индуцируют у студентов малоопытные преподаватели, стремящиеся обнаружить и подчеркнуть только недостатки и дефекты в подготовке студента, забывая о чрезвычайной необходимости и важности замечать и

поощрять положительные моменты, обязательно присутствующие в подготовке каждого отдельного студента, оказавшегося на старших курсах медицинского университета.

5. Студентов-кураторов инструктируют о таких деонтологически важных аспектах, как нежелательность информирования пациента о вероятных прогностически неблагоприятных событиях в течении его заболевания, в первую очередь онкологических, нежелательности информирования пациента о возможном профессиональном характере его заболевания.

6. Студенту должна постоянно прививаться способность с высокой степенью убедительности преподносить сведения и внушать курируемым понимание необходимости отказа от бытовых вредных привычек (табакокурения, неумеренного приема не только крепкого алкоголя, но и пива, избыточного употребления поваренной соли), уметь обосновать крайнюю необходимость своевременного выявления и лечения одонтогеных заболеваний, периодического измерения АД, рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Заключение. Формирование этически и профессионально оптимальной среды для подготовки студентов по терапевтическим дисциплинам в процессе самостоятельной курации пациентов требует усилий со стороны преподавателя не только в совершенствовании навыков и умений студентов, но и психологической подготовки курируемых пациентов.

Список цитируемых источников

1. Мухин Н.А., Маев, И.В., Свистунов, А.А., Фомин В.В. Преподавание терапевтических дисциплин: векторы модернизации. // Тер. архив. – 2013. – №8. – С. 14-19.
2. Кривошеев, О.Г. Проблемы преподавания курса внутренних болезней. // Мед. вестник. – 2013. – №19. – С. 12-13.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Г.М. Шаппо

кандидат медицинских наук, доцент

А.В. Гидранович

кандидат медицинских наук

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Реализация этических стандартов в медицинском образовании возможна при внедрении новых методов обучения, преподавания и инновационного менеджмента [1]. В противном случае клинический

образовательный процесс является значительным вызовом соблюдению принципов медицинской этики. В настоящее время нет однозначного ответа, насколько этичными являются:

1. сбор анамнеза у пациента в палате в присутствии других пациентов;
2. разбор случая заболевания в палате;
3. физикальное обследование и присутствие при физикальном обследовании большого числа студентов в палате.

Эти и многие другие обстоятельства образовательного процесса в медицинском вузе могут нарушать, а чаще всего и нарушают право пациента на сохранение медицинской информации, конфиденциальности и автономности, а предмет этики медицинского образования рассматривается в разрезе возникающих этических прецедентов. Болезненным вопросом является врачебная тайна. Декларация прав пациента Всемирной Медицинской Ассоциации констатирует право на сохранение тайны о состоянии здоровья и разглашение только лицам, указанным в юридически оформленном согласии [2]. Студенты при работе с медицинской документацией, при написании учебной истории болезни, делают фотографии медицинской документации. А оформляют учебную историю болезни в электронном виде, выкладывают ее в социальные сети, передают третьим лицам, что создает серьезную этическую проблему.

Эффективное обучение медицине возможно только в тесном взаимодействии с лечебным процессом. Однако, большое число студентов в учебных группах не позволяет преподавателю использовать классические методики обучения. Часто физически невозможно нахождение 12-14 студентов в перевязочной, приемном покое, палате, смотровых, так как площади их не рассчитаны на большие студенческие группы. Многие обучающие задачи выполняются в палатах, что нарушает принципы медицинской этики и юридические права пациентов.

Разбор случая заболевания пациента преподавателем в присутствии учебной группы студентов является как этической, так и психологической проблемой. Неотъемлемой частью образовательного процесса является необходимость демонстрировать клинические симптомы. Это часто причиняет физические и моральные страдания пациенту, а преподаватель вынужден задавать некорректные, с точки зрения личной автономии, вопросы. Результатом этого может оказаться полный отказ пациента от взаимодействия со студентами. Использование передвижных перегородок-ширм при клиническом обследовании пациента в настоящее время недостаточно.

Частью этических вопросов является освоение практических навыков студентов. Пациенты, прошедшие физикальное обследование врачами-специалистами, сталкиваются со студентами, которые при недостаточном контроле преподавателя могут проводить ту или иную методику физикального исследования неправильно. Понимание пациентом

дефектности проведенной процедуры, приводит к выводам о бесполезности процедуры курации и неконструктивности дальнейшего общения. Например, при недостаточно глубокой пальпации, одни пациенты говорят студенту, что доктор пальпировал глубже, другие констатируют, что студенты ничего не знают и не умеют, и отказываются от дальнейшего общения.

Важнейшим фактором является частота контакта пациента с преподавателем. Наиболее оптимально – общение с пациентом в рамках профессиональной врачебной деятельности преподавателя, прием или консультации преподавателем в поликлиническом отделении, ведение пациентов в качестве лечащего врача.

Фокусируясь на внешнем проявлении медицинской этики – белом халате, идентификационной карте, манере держаться, не стоит забывать о внутреннем наполнении этическими нормами образовательного процесса. Научить студента профессиональному общению, принципам уважения автономности личности пациентов, вне зависимости от их уровня интеллекта и образования – это один из компонентов реализации медицинской этики. Преподавателю-клиницисту не менее важно создать условия для этичного общения студент – пациент, обеспечить доступ студентов в смотровые, приемный покой, наладить контакт с врачебным, средним и младшим медицинским персоналом отделений. Определить стандартные механизмы разрешения конфликтов и ответственность всех сторон.

Организация процесса обучения должна проходить под контролем специалистов по этике, с учетом потребностей пациентов, с применением методик симуляционной медицины. Не очень этично выглядит ситуация, когда в отсутствие учебных муляжей под давлением требований программы, вопреки собственному представлению о медицинской этике, преподаватель вынужден организовывать ректальное исследование пациентов, в котором должны участвовать все студенты учебной группы.

Новые технологии и материалы, развитие симуляционной медицины в ближайшем будущем позволят снять остроту многих этических проблем и организовать эффективный и творческий контакт между преподавателями, студентами и пациентами. Однако, даже имея в распоряжении все компоненты создания эффективной модели образования, необходимо проводить клиническую апробацию различных методик преподавания, а эффективность их рассматривать через призму медицинской этики.

Опробированные нами принципы персонализированного взаимодействия между студентами и пациентами показали хороший результат. В условиях организованного межличностного контакта с конкретным студентом, пациенты испытывают меньший стресс. При индивидуальной работе улучшается приверженность пациентов к общению, открытость пациентов, что позволяет студентам собрать более

качественный анамнез, провести более качественное физикальное обследование, не нарушая принципов медицинской этики.

Выводы:

1. Правила медицинской этики для студентов должны быть сформулированы и приняты к применению. Студенты должны изучать вопросы медицинской этики на первом курсе и подписывать юридический документ – этический кодекс и нести ответственность за его исполнение.
2. Создание и оборот учебной документации, содержащей личные данные пациентов должен находиться под контролем. Для снижения количества возможных копий целесообразно использовать методику рукописного исполнения учебных историй болезни.
3. Сбор анамнеза, физикальное обследование пациентов должно проводиться в смотровых комнатах, площадь которых позволяет присутствие студентов учебной группы.
4. Оптимальным является индивидуальная работа студентов с пациентами.
5. Методики физикального обследования пациентов должны быть предварительно тщательно отработаны на анатомических и тканеспецифических муляжах, что не позволит студентам дискредитировать себя при проведении обследования пациентов.

Список цитируемых источников

1. Базовое медицинское образование. Международные стандарты Всемирной Федерации медицинского образования по улучшению качества. – Офис ВФМО, Университет Копенгагена, Дания. – 2003. – 32 с.
2. World Medical Association Medical Ethics Manual 3-rd edition, 2015. – Ferney-Voltaire Cedex, France 134 p.

ОБХОД В КЛИНИКЕ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПРИЕМ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Г.И. Юпатов
доктор медицинских наук, профессор
Л.М. Немцов
доктор медицинских наук, профессор
Л.В. Соболева
кандидат медицинских наук, доцент
О.В. Драгун
кандидат медицинских наук, доцент
М.С. Дроздова
кандидат медицинских наук, доцент
И.В. Арбатская
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Подготовка по клиническим медицинским специальностям начинается на начальных курсах вузов и, можно считать, продолжается в течение всей профессиональной жизни врача. Современные тенденции изменения взаимоотношений в обществе требуют специальной подготовки студентов-медиков умению общаться с пациентами, их родственниками, коллегами, умению вести себя в условиях профессионального стресса.

Основная часть. В медицинском вузе используются различные классические и инновационные методики обучения. Но нельзя не отметить значение такого метода додипломной и последипломной подготовки как обход в отделении стационара.

Проводят обходы обычно профессора, доценты кафедр. Участвуют – заведующие отделениями, лечащие врачи, студенты. Традиционно в клиническом учреждении проводятся различные виды обходов (консультаций). Выбор варианта обхода, стиль его проведения обусловлены обычно его целью, иногда – характерологическими особенностями руководителя обхода.

Может проводиться осмотр 30-40 пациентов отделения. В этом случае невозможно качественно проанализировать анамнез конкретного человека, медицинскую документацию, провести его объективное исследование. Студенты и врачи называют такие обходы «облетами» и во время проведения ждут обычно их окончания, чтобы заняться своими «нужными» делами. В течение такого обхода трудно сосредоточиться на пациенте, и единственным плюсом здесь является знакомство студентов с большим количеством пациентов отделения. Возможно, такие мероприятия приносят пользу пациентам, врачам и студентам в отделениях другого профиля, но не в терапевтических. Этот вариант обхода не имеет в себе значительной обучающей профессиональной и деонтологической нагрузки. Наоборот, зачастую учит студентов неправильной манере обращения с пациентом.

В нашей клинике пропедевтики внутренних болезней в ежедневном осмотре пациентов обычно участвуют профессор (доцент), группа студентов (11-13 человек), лечащий врач.

Наиболее сложных в диагностическом или психологическом плане пациентов профессор осматривает в ординаторской отделения в присутствии всех врачей и сотрудников кафедры. В этом случае есть возможность не только подробно исследовать пациента, но и произвести на него благоприятное психологическое воздействие.

В обучающем плане малоэффективны обходы «один на один», когда профессор (доцент) делает обход и обсуждает его результаты только с лечащим врачом или только со студентами. Хотелось бы отметить настораживающую тенденцию последних лет нашей работы. Если заведующий отделением организует консультацию сложного пациента,

молодые лечащие врачи позволяют себе не присутствовать во время осмотра этого пациента профессором. К сожалению, это является следствием их профессиональной, деонтологической некомпетентности, нежелания учиться после получения диплома. Возможно, постепенно утрачиваются традиции взаимоотношений «профессор – учитель не только для студентов, но и для практикующих врачей».

Профессор клиники всегда был гордостью не только учебного учреждения, но и больницы, где базируется кафедра вуза. Это образец для профессионального и человеческого подражания. На кафедре пропедевтики внутренних болезней мы стараемся развивать у студентов чувство самосознания и собственного достоинства, что является неотъемлемой частью общей и профессиональной культуры врача. Со студентами со 2 курса преподаватели кафедры обращаются на «вы» и по имени-отчеству. Как показывает опыт, это создает обстановку ответственности, деловитости и взаимоуважения коллег. С первого занятия на кафедре обращаем внимание на поведение студентов, врачей, преподавателей в коридорах и палатах отделения. Приветствие друг друга, в том числе и пациентов в коридоре, – это житейская мудрость, передающаяся в поколениях медиков. Конечно же, такое поведение положительно влияет на качество оказания медицинской помощи, установление уважительных отношений между персоналом и пациентами.

Руководитель обхода, входя в палату, обычно представляется сам или его представляет лечащий врач. Это позволяет продемонстрировать пациентам, что обход не является безликим массовым мероприятием, а преследует цель оказания высокопрофессиональной медицинской помощи.

Обучению студентов профессионально выверенному общению с пациентами, их родственниками во время обхода необходимо уделять особое внимание. Недопустимо грубое, фамильярное, унижающее достоинство обращение руководителя обхода к коллегам и пациентам. Так же нежелательны поза всезнающего целителя, псевдо академические рассуждения, излишняя словоохотливость, импровизации на медицинские темы. Ничто так не обижает пациента как поверхностный, легкомысленный разговор. Врач должен всегда разобраться в психологическом статусе, интеллектуальном уровне пациента и вести себя при общении в соответствии с этими особенностями.

Во время обхода педагог-клиницист имеет возможность продемонстрировать коллегам и студентам искусство обследования пациента: сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Достаточно часто выясняется, что лечащий врач пренебрегает этими методами, возможно, в пользу лабораторно-инструментальных методов. Использование врачом метода пальпации живота можно оценить по тому, могут ли «дышать животом» пациенты его палаты. Настораживает тенденция отказа молодых специалистов от классических методов исследования.

На обходе необходимо дать возможность врачам, студентам выполнять методы объективного обследования пациентов. Помимо дифференциально-диагностического значения, такое обследование производит большой психотерапевтический эффект. Таким образом, мы завоевываем доверие пациента, а также учим врачей и студентов. Конечно, объем применяемых приемов исследования зависит от доступного времени, опыта руководителя обхода. Сам факт физикального обследования профессором успокаивает пациента, вселяет в него уверенность.

С психотерапевтической целью иногда полезно показать пациенту, окружающим, что обследование было особенно основательным. Максимально сосредоточенно и тщательно профессор проводит осмотр мнительных пациентов с неврозами, потенциальных жалобщиков на врачей. В некоторых ситуациях атмосфера врачебного священнодействия за несколько минут осмотра избавляет лечащего врача от конфликтов и жалоб в последующем, снимает даже озлобленность некоторых пациентов.

Корректность является неотъемлемой характеристикой врача. Именно руководитель обхода учит коллег, как необходимо менять свое поведение в зависимости от реакции пациента и его родственников.

На обходе руководитель оценивает качество написания медицинской истории болезни. Профессиональная компетентность проявляется, в том числе, в полноте сведений о пациенте в этом документе. Развернутое обсуждение хода диагностики, формулировки диагноза, тактики лечения, проводимое вне палаты, является школой для молодых специалистов и студентов. Во время обхода формируется коллективный метод клинической работы, так характерный для отечественной системы здравоохранения.

Заключение. Система медицинской деонтологии обеспечивает защиту достоинства пациента и медицинского работника в сфере здравоохранения, студентов и преподавателей в педагогическом процессе в высших медицинских учебных заведениях. И этому надо учить!

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Г.Н. Полховская

УО «Пинский государственный медицинский колледж», Пинск

Введение. Овладение основами медицинской этики и деонтологии способствует формированию у медицинских сестер высоких профессиональных и моральных качеств, повышает их квалификацию, создает возможности для творческого и личностного роста.

Основная часть. Деонтология – в переводе «наука о должном». Это наука о высоком долге медицинских работников и в то же время это наука о

том, каким должен быть моральный, эстетический и интеллектуальный облик медицинского работника, каковы должны быть взаимоотношения между медицинскими работниками, больными людьми и их родственниками, каковы доджны быть взаимоотношения в медицинском коллективе. Медицинская деонтология опирается на этику – учение о морали, о ее специфике и законах развития. Этика – наука об отношениях, существующих между людьми, и об обязанностях, вытекающих из этих отношений (французский философ Поль Анри Гольбах). Нельзя выполнять заученные правила поведения, не осознав своего долга перед людьми. Важнейшим принципом медицинской этики является принцип гуманизма. Совесть – это «внутренний судья» поступков человека. Конечно, внутренний критерий совести тесно связан с пониманием добра и зла, долга, с другими моральными категориями и принципами. Чрезвычайно велико значение совести в работе медицинских работников. Как ни хорошо поставлен контроль, невозможно уследить за каждым шагом в работе в работе медицинской сестры. Но совесть не позволит халатно отнестись к своим обязанностям. Медсестра стоит на страже беспомощных больных и детей. И пациент ждет именно сестринского к себе отношения. Знакомясь на теоретических занятиях по основам медицинской этики и деонтологии с основами профессионального общения, учащиеся колледжа закрепляют их на практических занятиях. Особое внимание уделяется этико-деонтологическим основам общения с пациентом.

Эффективным считается простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение, переданное в удачно выбранное время с учетом индивидуальных особенностей пациента. Под простотой понимают краткость, законченность фраз, понятность слов. Критерии ясности предполагают, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопрос, касающийся его дальнейших действий (что, как, сколько, где, когда, почему). Учет индивидуальных особенностей пациента крайне важен как критерий вербальной адекватности передачи информации. Именно он является мерой простоты, ясности, уместности, доверительности для конкретного пациента. К вербальным навыкам общения следует отнести также умение слушать, что предполагает наличие дисциплины, требует усилий.

Необходимо знать особенности психологического отражения своего состояния пациентами разного возраста и осуществлять соответственно по отношению к ним деонтологическую тактику общения. Взаимоотношения с пациентами следует строить в зависимости от тяжести и особенностей заболевания, профессии, общего культурного уровня, характера, настроения, от возраста.

Для детей дошкольного возраста характерно:

– отсутствие осознания болезни в целом;

– неумение формулировать жалобы;

– сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни;

– восприятие лечебных и диагностических процедур;

– усиление дефектов характера, воспитания ребенка в период болезни

– чувство страха, тоски, одиночества в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей.

Деонтологическая тактика – эмоциональное теплое отношение, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами, профессиональное обращение с родственниками больного ребенка.

Для подростков характерно:

– преобладание психологической доминанты возраста – «притязание на взрослость»;

– бравада как форма самозащиты при внутренней психологической ранимости;

– пренебрежительное отношение к болезни, факторам риска.

Деонтологическая тактика – общение с учетом возрастных психологических особенностей, опоры на самостоятельность, взрослость подростка.

При работе с пациентами работоспособного возраста необходимо, прежде всего, познать личность пациента и ее индивидуальность. Выяснить отношение к болезни, медперсоналу, позицию на взаимодействие пациента с медперсоналом.

Деонтологическая тактика – ориентация на трудовую и социальную реабилитацию, выбор тактики общения проводить в зависимости от ВКБ, проведение коррекции неадекватных установок, психотерапию тревожно-мнительных пациентов.

Для пациентамов пожилого и старческого возраста характерно:

– психологическая доминанта возраста – «уходящая жизнь», «приближение смерти»;

– чувства тоски, одиночества, нарастающая беспомощность;

– возрастные изменения в организме: снижение слуха, зрения, памяти, сужение интересов, повышенная обидчивость, ранимость, снижение возможности самообслуживания;

– интерпретация болезни только через возраст, отсутствие мотивации к лечению и выздоровлению.

Деонтологическая тактика – поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнуто уважительное, тактическое, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравоучений; ориентация на двигательную активность; мотивация на выздоровление.

Все мероприятия по лечению пациентов и уходу за ними следует выполнять спокойно, точно, аккуратно, стараясь не раздражать их, не причиняя им боли, ни в коем случае не унижая их человеческого достоинства. Надо учитывать обычно свойственное пациентам чувство неловкости, досады в связи со своей беспомощностью и зависимостью.

Заключение. Медицинская сестра на протяжении длительного времени находится в непосредственном контакте с пациентом, поэтому может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на пациента. Основными условиями эффективности профессионального общения медицинской сестры являются: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса, профессиональной компетентности.

Список цитируемых источников

1. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л. «Медицина», 1982.
2. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М. «Медицина», 1989.
3. Основы психологии/ практикум/ под ред. В.П. Дубровой. – Мн. «Беларусь», 2003.
4. Психология для медиков/ под ред. И.В. Островской – М., 2009.
5. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Психологический словарь-справочник. – Мн.: Харвест, М., 2001.
6. Ежова Н.Н. Рабочая книга практического психолога. – Ростов н/Д: Феникс, 2006.
7. Рогов Е.И. Психология общения. – М.:ВЛАДОС, 2001

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ДЕВИАНТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

В.П. Сытый[1,2]
доктор медицинских наук, профессор
Г.Л. Бородина[2]
кандидат медицинских наук, доцент
Ю.В. Сытый[3]
кандидат медицинских наук
УО «Белорусский государственный педагогический университет»[1]
УО «Белорусский государственный медицинский университет»[2]
УЗ «5-я городская клиническая больница»[3]*, Минск*

Введение. Проблемы взаимоотношений врача и пациента являются актуальными во все времена развития цивилизации. Эта деонтологическая сторона деятельности сферы здравоохранения. Осознавая всю глубину и широту этих проблем, мы пытаемся оценить правовую и понятийную сторону отношений врача и пациента в условиях государственной системы здравоохранения и частных медицинских центров, а также определить вектор этих отношений в сложном процессе развития специализации медицинской помощи на фоне общедоступности. И, вместе с тем, статья носит с одной стороны дискуссионный, с другой – поисковый характер.

Взаимоотношения врача и пациента в государственных учреждениях здравоохранения определяются системой оказания бесплатной медицинской помощи пациенту и заработной платой врача [1]. Попытки составить реестр бесплатных услуг и определить уровень оплаты за сложные дорогостоящие диагностические и лечебные виды медицинской помощи находятся в поиске оптимальных решений [2]. Министерство здравоохранения призвано решить противоречие между доступностью и ограниченным количеством высокоспециализированных центров, оснащенных самой современной техникой и специалистами. И здесь возможна ситуация, когда пациент дополнительно оплачивает услуги учреждению, но не медицинским работникам. Правовая оценка: оплата за медицинскую услугу в кассу государственного учреждения здравоохранения не носит противоправного деяния, оплата непосредственно медицинским работникам суммы денег в количестве, определяемом учреждением здравоохранения, носит противоправный характер и является административным правонарушением. Если пациенту до проведения лечебно-диагностических мероприятий в государственном медицинском учреждении названа сумма денег, превышающая официально установленную, и он оплачивает ее непосредственно медицинскому работнику, то это противоправное деяние относится к общественно опасному и подлежит уголовному преследованию [3, 4].

Если пациенту проведено высокоспециализированное лечебно-диагностическое вмешательство и он самостоятельно, без предварительных условий, выразил благодарность в виде подарков медицинским работникам, то правовая оценка подарка зависит от его стоимости. Если врач оказал услугу пациенту, совершив заведомо противоправное деяние (выдача здоровому человеку листка нетрудоспособности или умышленное искажение в сторону усугубления результатов обследования, диагноза и др.), то это является уголовно наказуемым деянием и оценивается по статьям уголовного кодекса [4]. Взаимоотношения врача и пациента в частных медицинских центрах определяются руководством по четко обозначенному перечню услуг. Необходимости в дополнительной оплате не возникает, так как официальная оплата включает и амортизацию оборудования, и работу медицинского персонала. Нарушения в этой сфере относятся к дисциплинарным правонарушениям.

Основная часть. Проанализированы 70 анкет, заполненных врачами медицинских учреждений г. Минска и Минской области и отражающих оценки ими некоторых возникавших ситуаций (таблица 1).

Таблица – 1. Ответы врачей на вопрос «В каких случаях Вы принимаете подарки от пациентов в знак благодарности»

	Варианты ответов	Число абсолютное	%

1	Никогда и ни при каких условиях	10	14
2	Если так хочет и настаивает пациент	15	21
3	Если пациент является Вашим знакомым или дальним родственником	8	12
4	Если пациент был с очень тяжелым заболеванием	7	10
5	Если речь идет о цветах	27	39
6	Прочие	3	4
	Всего	70	100

Таким образом, 86% врачей допускают «материализацию» отношений с пациентами. При этом значительная часть (39%) врачей указала морально благодарственный вариант – цветы.

Официальное правовое определение некоторых сторон взаимоотношений врача и пациента, которые могут возникать.

1. Преступление, как указано в Уголовном кодексе РБ – это предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние, посягающее на общественный строй, его политическую и экономическую системы, госсобственность, личность, политические, трудовые, имущественные и другие права и свободы граждан.

2. Вымогательство – преступление против собственности, выражающееся в требовании передачи чужого имущества или права на имущество или совершение других действий имущественного характера под угрозой применения насилия или повреждения чужого имущества, а равно под угрозой распространения сведений, позорящих потерпевшего или его близких, либо иных сведений, которые могут причинить существенный вред правам и законным интересам потерпевшего.

3. Взяточничество – получение должностным лицом лично или через посредника взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера за действия (бездействия) в пользу взяткодателя, если такие действия входят в служебные полномочия должностного лица, либо оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям, а равно попустительство по службе.

4. Благодарность – чувство признательности за оказанное добро; благодарить – выражать признательность кому-нибудь («благодарю» – обычное выражение благодарности, то же, что и «спасибо»).

Характеристика взаимоотношений врача и пациента, полученная в нашем исследовании, не окончена и требует более детального исследования и статистического анализа. Вероятно, требуется участие большего количества опрошенных специалистов. Не питая иллюзий по поводу истинности полученной нами информации и соответствия реально существующей ситуации, о ряде сторон деонтологии можно сделать определенные выводы.

Для того чтобы правильно судить о правовых явлениях, не обязательно иметь специальное юридическое образование. Тем не менее,

определенный минимум правовых знаний обязателен для каждого человека, а незнание законов, как известно, не освобождает от ответственности за их нарушение.

Заключение. Врачебная деонтология включает правила поведения врача, основанные на принципах врачебной морали. Мораль – это совокупность правил и обычаев, регулирующих обязанности людей по отношению друг к другу и поддерживаемых силой общественного мнения. Врачебная мораль вытекает из гуманных принципов врачебной профессии: «не навреди», «делай добро», уважение к автономии пациента и принципы справедливости. По отношению врача к пациентам можно судить о его моральном облике. Врачебная мораль – это дипломатия в отношениях врача и пациента, способность ограничивать себя рамками нравственности.

Список цитируемых источников

1. Лисицин, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицин, Г.Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР –Медиа, 2011. – 544 с.
2. Социальная гигиена и организация здравоохранения : учебник / И.Б. Зеленкевич [и др.]. – Минск : Вышэйшая школа, 2000. – 286 с.
3. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л. : Медицина, 1966. – 197 с.
4. Уголовный кодекс Республики Беларусь. 9 июля 1999 г. № 275-З. Принят Палатой представителей 2 июня 1999 года. Одобрен Советом Республики 24 июня 1999 года.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

О.А.Федчук

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Одним из основных понятий медицинской этики, деонтологии и медицинского права является врачебная тайна. Она представляет собой этическое, медицинское и правовое понятие, исключающее разглашение данных о пациенте третьим лицам. Право пациента на сохранение врачебной тайны является составной частью такого конституционного права человека как неприкосновенность частной жизни. В ряде случаев для постановки диагноза и определения оптимальных средств и методов лечения врач должен знать условия и образ жизни больного, особенности его психического состояния. Предоставляя медицинскому работнику указанные сведения, пациент должен быть абсолютно уверен, что высказанная им информация не станет достоянием других людей и не повредит ему в будущем.

Основная часть. Врачебную тайну составляют информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья,

сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования [1].

До начала своей профессиональной деятельности лица, получившие высшее медицинское образование, при вручении им документов об образовании принимают клятву врача, текст которой содержит требование «всегда хранить врачебную тайну».

С учетом специфики информации, сообщаемой медицинскому работнику в связи с оказанием гражданину медицинской помощи, для неё устанавливается специальный правовой режим, ограничивающий круг оснований и лиц, которым могут быть предоставлены сведения о состоянии здоровья пациента. Так, данные о заболевании, поставленном диагнозе, тактике и прогнозе лечения сообщаются лечащим врачом пациенту или другим уполномоченным лицам, к числу которых относятся родители, усыновители, опекуны, попечители, супруг и близкие родственники пациента. Использование информации о состоянии здоровья пациента в образовательном процессе и научной литературе допускается только с согласия вышеуказанных лиц.

Однако, несмотря на императив неразглашения врачебной тайны, актами законодательства, кодексами врачебной этики определены этические и юридические границы врачебной тайны. В случаях, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается или прямо предписывается. Так, предоставление сведений, являющихся врачебной тайной, возможно:

– по запросу органов управления здравоохранением в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

– по запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

– по письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

– по запросу органов внутренних дел о явке лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, в государственную организацию здравоохранения для прохождения медицинского осмотра, а также о прохождении этим лицом медицинского осмотра;

– по письменному запросу органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности [1].

Гарантируя человеку сохранность его личных данных, государство предусматривает меры ответственности для лиц, допустивших разглашение врачебной тайны. Действующим законодательством Республики Беларусь установлена гражданско-правовая и уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны.

Понятие «врачебная тайна» подразумевает, что эта информация относится к неимущественным (нематериальным) благам. Если гражданину причинен моральный вред действиями, нарушающими его личные неимущественные права, он вправе требовать от нарушителя денежную компенсацию указанного вреда, размер и сроки выплаты которой определяются по соглашению сторон либо судом, который устанавливает характер и степень причиненных страданий гражданину.

Кроме того, предусмотрена и уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны. В соответствии со статьей 178 Уголовного кодекса Республики Беларусь умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента влечет наказание в виде штрафа или лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Сообщение сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет. Если вышеуказанные действия повлекли тяжкие последствия, то предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения такого права.

Заключение. Ежедневно медицинский работник сталкивается с большим объемом информации, касающейся частной жизни пациентов и имеющей в связи с этим особенности защиты.

Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим лицом. Но особое значение понятие «тайны» имеет в медицине, поскольку пациентом передаются врачу факты частной жизни как необходимые для качественного осуществления лечебно-диагностического процесса.

Каждый человек, обращаясь за медицинской помощью, вправе рассчитывать, чтобы факт обращения, а так же информация о состоянии его здоровья, диагнозе остались известны только ему самому и врачу, то есть оставались сведениями, недоступными для других людей. Любое разглашение информации, полученной от пациента (даже неосторожное) –

является нарушением врачебной тайны и может повлечь неблагоприятные последствия как для пациента (потеря работы, распад семьи, неприязненное отношение окружающих), так и для врача (потеря авторитета, привлечение к юридической ответственности). Информация, полученная от пациента, является наиболее исчерпывающей и правдивой, а значит, и ценной для врача только тогда, когда больной убежден в доверительном характере своих сообщений и сохранении сообщенных сведений в тайне.

Список цитируемых источников

1. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный правовой портал: http://www.pravo.by.
2. Основы биоэтики. [Электронный ресурс] : Учебные пособия — Электрон. дан. — Минск : "Вышэйшая школа", 2009. — 351 с. — Режим доступа: http://e.lanbook.com/book/65486
3. Пашинян, Г.А., Добровольская, Н.Е., Добровольский, А.А. Актуальные правовые аспекты понятия врачебной тайны / Г.А. Пашинян [и др.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2010. – вып. № 1-2. – с.
4. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный правовой портал: http://www.pravo.by.

ПСИХОЛОГО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

А.Л. Церковский
кандидат медицинских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. В практической деятельности врача одним из важнейших этических требований является соблюдение нормы компетентности. Эта норма заключает в себе адресованное врачу требование овладеть специальными знаниями и искусством врачевания [3].

В связи с этим, принципиально важным является знание существующих трудностей в лечебно-диагностическом процессе, сопряженных с мыслительной (когнитивной) деятельностью врача.

По мнению американского врача-онколога Джерома Групмана существует целый ряд предубеждений и даже ошибок, совершаемых врачами при оценке информации, которую они получают из истории болезни, проведенных анализов и результатов исследований. Он считает, что существует некий фундаментальный изъян, который в значительной мере обесценивает современное медицинское образование и вредит практике, равно как и партнерству между врачом и пациентом, а также подрывает профессиональные ценности медицины. Этот изъян, по его мнению, заложен в характере мышления врачей – в том, как они думают.

В когнитивной психологии существует понятие «когнитивные искажения», под которыми понимаются систематические ошибки в мышлении или шаблонные отклонения, которые возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы, и легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей [1].

Когнитивные искажения являются примером эволюционно сложившегося ментального поведения. Некоторые из них выполняют адаптивную функцию, поскольку они способствуют более эффективным действиям или более быстрым решениям.

Другие, по-видимому, происходят из отсутствия соответствующих навыков мышления, или из-за неуместного применения навыков, бывших адаптивными в других условиях. Это утверждение может иметь отношение к врачебной деятельности при постановке диагноза и лечения пациента.

Основная часть. В основе многих когнитивных искажений лежит эффект Лачинса, согласно которому человеческий мозг склонен концентрироваться на наиболее знакомом пути решения проблемы, «упрямо» избегая альтернативных вариантов, то есть в большинстве случаев совершаются попытки решить новые и несложные задачи наработанным способом...

Эффект усиливается под влиянием стрессовых факторов (тревожность, жёсткий лимит времени и т.п.) и не зависит от уровня интеллекта.

Можно выделить несколько когнитивных искажений («ловушек»), которые трудно избежать врачу при реализации лечебно-диагностического процесса.

1. «Ошибки доступности» («availability error») − происходят в тех случаях, когда врач принимает решение, основываясь на собственном опыте, который может не иметь прямого отношения к находящемуся перед ним пациенту.

Например, специалист по гастроэнтерологии думает, прежде всего, о кишечнике, когда пытается поставить диагноз женщине, жалующейся на боль в брюшной полости. Ему трудно заставить себя думать о возможных гинекологических причинах наблюдающихся у нее симптомов.

Лежащий «под рукой» − и потому самый доступный для него − опыт собственных специализированных исследований может привести к серьезному перекосу в оценке состояния пациента и к ошибкам в диагностике.

2. Еще одним источником сбоев в медицинском мышлении является «ошибка поиска самоудовлетворения» («search satisfying error»).

Она имеет место в тех случаях, когда врач перестает искать ответ на вопросы, вызванные состоянием пациента, как только находит решение, удовлетворяющее его, пускай необоснованно. Он слишком рано успокаивается.

3. «Эффект подтверждения» («confirmation bias») возникает в условиях, когда врач отбирает − точнее, выискивает − только ту информацию, которая подтверждает его изначальное (то есть предвзятое) мнение о том, чем болен пациент.

4. «Диагностический импульс» («diagnostic momentum») наблюдается в тех случаях, когда врач оказывается не в состоянии изменить свое мнение относительно диагноза, даже если у него остаются большие сомнения по поводу природы недуга пациента.

5. «Эффект уполномоченности» («commission bias»), препятствующий здравому клиническому мышлению, характеризует ситуацию, когда врач предпочитает делать хоть что-нибудь, нежели не делать ничего, вопреки завету Гиппократа «non nocere» − «не навреди».

С целью минимизации влияния когнитивных искажений на лечебно-диагностический процесс, с нашей точки зрения, высшей медицинской школе необходимо уделить особое внимание на гуманитарную подготовку будущих врачей.

Если не рассматривать человека и его жизнь как непреходящие ценности, то в процессе обучения у студента-медика вырабатывается объектное отношение к человеку. В результате, своего будущего пациента он будет рассматривать как носителя болезни со всеми его симптомами и синдромами. Подобный симптомоцентрический (нозоцентрический) подход ориентирует врача на клиническую картину, а не на самого пациента.

Подобная ситуация не позволяет врачу использовать в работе с пациентом модель сотрудничества («партнёрскую» модель), основанной на взаимном уважении, доверии и согласии.

По мнению Нобелевского лауреата Даниэля Канемана, жёсткая изначальная ориентированность на симптомы может привести к тому, что врач перестанет думать, разучится относиться к каждому пациенту как к уникальному человеческому существу и утратит способность применять свои знания с учетом особенностей человека, с которым он имеет дело [2].

Поэтому подготовка будущих врачей должна обязательно быть ориентирована на формирование высокого уровня коммуникативной компетентности.

Врач должен уметь слушать и наблюдать, создавать комфортную для пациента атмосферу, проявлять по отношению к нему искреннее сочувствие и использовать свои знания и мастерство для оказания высококачественной медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, на основании выше изложенного, можно сделать несколько выводов.

1. Знание эффекта Лачинса и возможных когнитивных искажений, возникающих в связи с ним, может позволить врачам преодолеть ряд предубеждений и избежать ошибок, которые могут быть совершены и совершаются ими при диагностике и лечении пациентов.

2. Сокращению врачебных ошибок, связанных с мыслительной (когнитивной) деятельности врача, по нашему мнению, может способствовать постепенный переход системы здравоохранения к антропоцентрическому (социопсихосоматическому) подходу в рамках лечебно-диагностического процесса и более активному использованию сотрудничества, как непатерналистской (партнёрской) модели отношения между врачом и пациентом.

3. В образовательном процессе медицинского университета особое внимание необходимо уделять гуманитарной подготовке будущего врача, которая может способствовать реализации необходимых подходов и моделей в здравоохранении и повышению качества медицинского обслуживания населения.

Список цитируемых источников

1. Билалич, М. Хорошее – враг лучшего? / Билалич М., Маклеод П. // В мире науки [Электронный ресурс]. – 2014. – № 5. – Режим доступа: http: // www.sci-ru.org.
2. Канеман, Д. Думай медленно… решай быстро. − Москва: АСТ, 2014. − 653 с.
3. Церковский А.Л. Медицинская этика: курс лекций / А.Л. Церковский, В.П. Дуброва; ВГМУ. – Витебск, 2003. – 260 с.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОДГОТОВКОЙ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ«ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» И «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО» ПО ВОПРОСАМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

О.П. Максименко
кандидат медицинских наук, доцент
ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепр, Украина

Введение. Соблюдение принципов этики и деонтологии в равной степени обязательно для медицинских работников всех категорий, но особенно важно для средних медицинских работников – отряда, самого многочисленного по количеству и ответственного за реализацию лечебно-диагностических и профилактических назначений врача [1,2]. В профессиональной деятельностифельдшеров и акушерок крайне необходимо установление контакта и доверительных отношений с больным[3,4]. Этому способствуют умение найти подход к пациенту, понять и поддержать его в трудный момент жизни, внимание к больному, забота о нем, умение формировать коммуникационные связи с родственниками больного, грамотно излагать свои мысли, а также

формировать хорошие деловыеотношения с сотрудниками, основанные на взаимном уважении и доверии [5]. Основы знаний и навыков по медицинской этике и деонтологии будущие фельдшеры и акушеркидолжны приобретать в медицинских учебных заведениях.

Основная часть. Для изучения мнения руководителей медицинских учреждений об уровне подготовки молодых специалистов (фельдшеров и акушерок) по вопросам этики и деонтологии, проведен социологический опрос, в котором приняло участие 80 организаторов здравоохранения разных типов медицинских учреждений в Днепропетровской и Ровенской области. Результаты исследования свидетельствуют о том, что 81,0% руководителей в целом удовлетворены соблюдением выпускниками принципов медицинской этики и деонтологии при выполнении ими функциональных обязанностей, при этом,полностью удовлетворены30,4±5,2% руководителей, а 50,6±5,6% – скорее удовлетворены, чем не удовлетворены; 6,3±2,7% респондентов полностью не удовлетворены и10,1±3,4%опрошенных – скорее не удовлетворены, чем удовлетворены. Средний балл удовлетворенности руководителей уровнем подготовки выпускников составил 4,03 ± 0,11.

Больше половины руководящего состава медицинских учреждений (63,3%) не удовлетворены умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками.Полностью недовольныкоммуникационными навыками, которые приобрели выпускники вмедицинских учебных заведениях, 5,1±2,5% всех респондентов, а тех опрошенных, кого скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет – 58,2±5,6%. Удельный вес удовлетворенных организаторов коммуникационными навыками выпускников составляет 35,4%, из них доля вполне довольных и скорее довольных, чем недовольных, одинакова и равна 17,7±4,3%. Средний балл удовлетворенности руководителей умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками составляет 3,49 ± 0,1.

К основной причине, которая не удовлетворяет руководителей относительно умения выпускников общаться с пациентами и их родственниками относится, прежде всего, то, что выпускники не умеют устанавливать психологический контакт с пациентом и членами его семьи. Это отметили 30,4±5,1% всех опрошенных и почти половина (48±7,1%)недовольных руководителей. Одной из причин неудовлетворенности руководителей является неумение выпускников уделять внимание проблемам пациента, его реакции на заболевание, на что указали 16,5±4,2% всех опрошенных и 26,0±6,2% недовольных руководителей. Часть выпускников не умеет аргументировать и объяснять пациентам необходимость проведения медицинских назначений врача, так считают 13,9±3,9% всех респондентов и 22,0±5,9% недовольных руководителей; часть выпускников не способна формировать партнерские отношения с пациентами, на что указали 12,7 ± 3,7% всех опрошенных и 20,0±5,7% недовольных руководителей.

Следует отметить, что каждая из причин, которая характеризует умение молодых специалистов общаться с пациентами, имеет самостоятельноевлияние на удовлетворенность руководящего состава учреждений здравоохранения. Парциальные коэффициенты корреляции(табл.) демонстрируют наличиедостоверной положительной, прямой,

Таблица 1

Значение парциальных коэффициентов корреляции между удовлетворенностью руководителей, умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками и причинами, которыеформируют удовлетворенность

Причины	Коэффициентк орреляции (r)	Достове рность
Умениеустанавливатьпсихологический контакт с пациентом и членами его семьи	0,74	p<0,001
Уделять внимание проблемам пациента, его реакции на заболевание	0,68	p<0,001
Умениеформироватьпартнерскиеотношения с пациентами	0,64	p<0,001
Аргументировать необходимостьвыполнениямедицинских назначений врача	0,53	p<0,001

выше средней и средней по силе связи между удовлетворенностью руководителей умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками ипричинами, которые формируют эту удовлетворенность. Так, коэффициенткорреляции между удовлетворенностью руководителей умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками и такими составляющими подготовки, как:а) умение выпускниковустанавливать психологический контакт с пациентом, членами его семьи и родственникамисоставляет 0,74

(p <0,001);б)уделять внимание проблемам пациента, его реакции на заболевание – r=0,68 (p <0,001);в)аргументировать необходимость проведения медицинских назначений – r =0,53 (p<0,001);г)формировать партнерские отношения спациентами –r = 0,64 (p <0,001).Суммарное влияние всех компонент на уровень удовлетворенности руководителей коммуникационными навыками выпускников составляет около 66,0% (коэффициент множественной корреляции R = 0,81, коэффициент детерминации D = 66,0%; p <0,001).

Заключение.Уровень подготовки выпускников по вопросам медицинской этики и деонтологии удовлетворяет большинство опрошенных (80,4%) руководителей учреждений здравоохранения, средний балл удовлетворенности равен 4,03 ± 0,1. В то же время 2/3

руководителей медицинских учреждений (63,3±2,9%) не удовлетворены тем, как выпускники используют свои навыки взаимодействия с пациентами и их родственниками. Средний балл удовлетворенности руководителей умением выпускников общаться с пациентами и их родственниками составляет3,49 ± 0,1.

Список цитируемых источников

1. Слюсарева И. П. Формирование деонтологической компетентности будущих медицинских работников: вопросы теории и практики [Текст]: монография/ И. П. Слюсарева. – Саратов : Научная книга, 2009. – 112 с.
2. Попова Л. П. Основиетики та деонтології в медсестринськійсправі[Текст] / Л. П. Попова, Ю. М. Ковальчук // Головна медична сестра. – 2006. – №3. – С. 32-34.
3. Греков И. Г. Медсестра та пацієнт [Текст] / И. Г. Греков, И. И. Грекова // Головна медична сестра. – 2007. – №2. – С. 55.
4. Тарасова И. В. Беседа с пациентом и его родителями [Текст] / И. В. Тарасова // Сестринское дело. – 2007. –№8. – С. 26
5. Совершенствование этики и деонтологии в сестринском процессе [Текст] / Г.Б. Мамедова и[др.] // Молодой ученый. – 2014. –№1. – С. 176-180.

БИОЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

БИОЭТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ (ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ)

В. М. Остапенко
доктор медицинских наук, доцент
Е. Л. Коноплева
кандидат медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Введение. Биоэтика – междисциплинарная область знаний, как предмет преподавания стала обязательной в Российской Федерации (РФ) в медицинских вузах с 2000 г. в связи с введением государственных образовательных стандартов второго поколения (ГОС-2). С принятием последующих стандартов – федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования ФГОС ВПО и ФГОС ВО третьего поколения, дисциплина «Биоэтика» сохранилась в большинстве медицинских вузов РФ. На протяжении нескольких лет складывались традиции преподавания, были написаны учебники, определилось проблемное поле в рамках дисциплины, были предложены методики и технологии преподавания.

Основная часть. Биомедицинская этика возникла на стыке философии и медицины, превратилась в практическую философию, дающую возможность врачу подняться до нравственно безупречных высот при решении вопросов жизни и смерти, стать мудрым. Она вобрала самые гуманные религиозные установления, законы и принципы, выработанные медицинской этикой, стала толчком для принятия и совершенствования различных законов, при этом не превратилась в медицинскую юриспруденцию. Преподавание биоэтики как прикладной этики нацелено на изучение моральных проблем, возникающих не только в процессе использования новых медицинских технологий, но и при обычной деятельности врача в условиях новых ценностных подходов, формирующихся в современном обществе.

В Смоленском государственном медицинском университете (СГМУ) «Биоэтика» преподается на кафедре философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук. «Биоэтика» стала во-многом системообразующей дисциплиной в деятельности кафедры: в учебно-методической, научной и воспитательной работе. Область морали есть область мотивации поступков, область нравственного выбора. Задача курса биомедицинской этики не в том, чтобы дать конкретные решения для всех

противоречивых с этической точки зрения случаев, не в том, чтобы запретить или разрешить, например, врачам сообщать правду пациентам, а в том, чтобы научить будущих врачей пользоваться словом с наибольшей пользой для своих пациентов. Главное понять, что в большинстве случаев врач должен будет принять решение сам и нести весь груз ответственности за принятое решение. Готовых рецептов на все случаи жизни быть не может. Ясно одно – чем более нравственно сформирован врач, чем больше у него опыт обсуждения и решения спорных с моральной точки зрения ситуаций, чем больше он знаком с опытом своих коллег, тем более ответственным и нравственно обоснованным будет его выбор. Именно поэтому в преподавании курса биоэтики необходимо, по нашему мнению, использовать не только традиционные методы обучения – чтение лекций, обсуждение материала на семинарских занятиях, написание рефератов по отдельным темам, но и такие, как – «деловые игры» (ролевые игры) – дискуссионное обсуждение разнообразных спорных ситуаций, с учетом интересов тех лиц, роль которых на себя берут участники диспута, проведение и последующий анализ специальных анкет среди студентов, а также среди различных групп практикующих врачей, с последующим обсуждением результатов такого анкетирования в студенческой аудитории, организация круглых столов, участие студентов в научных проектах и социальных акциях, направленных на сохранение традиционных семейных ценностей, на формирование здорового образа жизни, профилактику аборта и т.д.

В сентябре 2016 г. кафедра философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук СГМУ уже в 6-ой раз стала организатором научно-практической конференции с международным участием «Сохрани мне жизнь» [1,2,3]. В 2013 г. организация и проведение данной конференции получила поддержку Российского фонда фундаментальных исследований. Ежегодно в работе конференции принимают участие более 300 студентов в качестве докладчиков или активных слушателей.

Во многом благодаря разработке биоэтической проблематики СГМУ стал сотрудничать с представителями научных и общественных организаций, РПЦ, Фондом Андрея Первозванного и Центром национальной славы. Результатом такого сотрудничества стали научно-практические семинары. Высокий научный уровень одного из таких семинаров, организованного в мае 2014 г. «Системные факторы репродуктивного здоровья» был обеспечен приглашением авторитетного специалиста по проблемам репродукции из Франции – Рене Экошара (доктор медицины, акушер-гинеколог, профессор, руководитель службы биостатистики университетской клиники Лионского университета, основатель Европейского института семейного образования). Одной из задач семинара стала просветительская, направленная на профилактику абортов. Участникам и слушателям были представлены безопасные и доступные методы разрешения проблем рождаемости для супружеских

пар. Среди них – методы естественного планирования семьи или «методы распознавания плодности» (МРП) в терминологии ВОЗ.

В то же время, несмотря на исключительно важную миссию биоэтики, связанною с формированием личности будущих врачей, периодически возникает немало вопросов о необходимости преподавания дисциплины, количестве часов, выделяемых на контактную работу с преподавателем, содержательной наполненности дисциплины, формируемым компетенциям. По-новому зазвучала эта проблематика в связи с актуализацией действующих ФГОС ВО третьего поколения и созданием на основе этих стандартов профессиональных образовательных программ [4]. Основная задача актуализации ФГОС и образовательных программ учесть профессиональные стандарты, которые в течение последнего года утверждаются в РФ. Впервые в профессиональных стандартах по клинической медицине в разделе описания трудовых функций появляется обязательное требование соблюдения клятвы врача, врачебной тайны, принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами и коллегами. Новая редакция ФГОС ВО несомненно должна предполагать необходимость формирования данной профессиональной компетенции. И одной из основных дисциплин, преподаваемых в вузе для выработки этой компетенции, должна стать «Биоэтика».

Роль преподавания «Биоэтики» возрастает и с необходимостью прохождения выпускниками медицинских вузов (начиная с 2016г.) первичной аккредитации, где вопросы этического характера несомненно должны быть представлены с учетом профессиональных стандартов.

Заключение. Мы уверены, что изучение биомедицинской этики не менее важно, чем приобретение специальных медицинских знаний и навыков. Биоэтика, как ценностно-ориентированная модель преподавания гуманитарных дисциплин в системе высшего медицинского образования, сможет решить задачи по воспитанию настоящих профессионалов на новом современном этапе.

Список цитируемых источников

1. «Сохрани мне жизнь» (Проблемы репродуктивного здоровья). Материалы 1-ой междисциплинарной конференции с международным участием (Смоленск, 19 мая 2011 г.). – Смоленск: 2011. – 170 с.
2. Сохрани мне жизнь (Ценность жизни в контексте гуманитарного и утилитарного подходов) Материалы 1-ой междисциплинарной конференции с международным участием (Смоленск, 18 мая 2012 г.). – Смоленск: 2012. – 203 с.
3. «Сохрани мне жизнь» (Ценностно-смысловые ориентации современного общества в проблемах семьи и репродуктивного здоровья). Материалы 3-ей междисциплинарной конференции с международным участием (Смоленск, 17 мая 2013 г.). – Смоленск: 2013. – 380 с.

4. Методические рекомендации по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов (утв. Минобрнауки России 22.01.2015 N ДЛ-1/05вн).

БИОЭТИКА КАК АКСИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

С.П. Кулик
кандидат философских наук, доцент
Н.У. Тиханович
кандидат философских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Понятие «профессионализм», в отличие от «профессии», фиксирует не только род деятельности человека, но и меру овладения специальными знаниями, умениями и практическими навыками, приобретенными в результате специальной подготовки или опыта работы, а также качество и своеобразие знаний, относящихся именно к этой профессии, связанных именно с ней и именно ей свойственных. Относятся ли моральные свойства врача и приобретенное этическое знание к составляющим профессиональной компетентности медицинских работников? Какие именно моральные качества определяют профессионализм врача? Чтобы получить ответы на эти вопросы, надо, прежде всего, ответить на вопрос об особенностях морально-этических оснований медицинской деятельности.

В современной философии признается, что «основание» любого действия составляет его цель. Цель медицинского знания и медицинской деятельности – спасение жизни человека, помощь в достижении здоровья. Среди оснований формирования профессии врача, и в этом одна из ее особенностей, определяющим является не только экономическое, не только познавательное, но и моральное – «решительное действие на благо страдающего человека». Поэтому на протяжении всей истории своего существования и на уровне теории, и на уровне практики медицина тысячами нитей связана с ценностно-мировоззренческими представлениями людей. Профессионализм врача определяется не только тем, насколько хорошо он усвоил этиологию и патогенез болезней, методы их диагностики и лечения, но и умением консультировать, учить, советовать, найти контакт с больным, не отнять у больного надежду на успех лечения. Знание о человеке не ограничивается медико-биологическим естествознанием, но и предполагает социально-гуманитарное измерение и духовную наполненность, поэтому этическая

проблематика неотделима от любого вида медицинской деятельности.

Со времен Гиппократа общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что нравственная культура врача – это не просто заслуживающие уважения свойства его личности, но и качества, определяющие его профессионализм. На самом деле, высокий культурный уровень врача неразрывно связан с чистотой его нравственного облика. Эта истина прекрасно выражена в известном афоризме: «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком…». Человеколюбие и жизнерадостность, милосердие и сострадание – нравственные качества, которые чрезвычайно важны для врача.

Стремительный прогресс биомедицинской науки и практики конца XX – начала XXI вв. обусловил усиление социальных и ценностных аспектов в деятельности современного медицинского работника.

Глобализация проблемы здоровья в развитии человечества, с одной стороны, и успехи биомедицинских исследований, с другой стороны, в корне изменили в наши дни облик медицины как формы знания и деятельности, по-новому детерминируя актуализацию в ней ценностной составляющей. В применении достижений генной инженерии, биотехнологий, трансплантации органов, в определении психосоматического и социокультурного характера здоровья и болезней современная медицина выходит на широкий круг новых проблем, имеющих ярко выраженную мировоззренческую, нравственно-философскую, религиозную, социально-психологическую, экономическую, политическую и правовую составляющие. Современный врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением. Действия врача способны влиять на демографию и экономику, право и мораль. Аксиологические основания современной медицины становятся все более глубокими и значимыми.

В этих условиях особую роль в формировании профессиональных качеств врача приобретают философское знание и образование. Философия как самосознание общества и квинтэссенция духовно-нравственных ценностей культуры является показателем образованности и общей культуры человека. Она направлена на формирование теоретического мышления, системного видения мира и саморефлексии. Поэтому философское образование помогает не только развивать ум, но и способствует уяснению ценностных оснований культуры, выработке жизненных установок, формированию духовно-нравственной ориентации личности. Философия как рефлексия над культурой представляет собой целерациональную деятельность по осмыслению ценностно-значимых ориентиров человеческой жизнедеятельности в мире, среди которых жизнь и здоровье человека все более актуализируются [1, 24-31].

Начиная со второй половины XX века медицина, а также тесно связанная с ней фармация существенно видоизменяются и превращаются в

типично научно-исследовательскую экспериментальную деятельность, для получения достоверных результатов которой требуется не единичное, а статистически полномерное, массовое подтверждение. Но уже начало существования медицины и фармации в статусе экспериментальной науки было весьма трагичным. Первыми массовыми медицинскими исследованиями стали опыты нацистских медиков над узниками концлагерей в годы Второй мировой войны. Эти «опыты» после Нюрнбергского процесса 1945 года вошли неотъемлемой частью в понятие «преступление против человечности». Нюрнбергский Кодекс – это первый в истории международный «Свод правил о проведении экспериментов на людях», который возник в результате осознания принципиального несоответствия некоторых видов медицинских и фармацевтических экспериментов на человеке этическим принципам медицинской профессии, базовым принципам этики и человеческой морали.

Сегодня биомедицинские и биофармацевтические исследования с участием человека продолжают оставаться необходимой формой существования медицины, фармации и здравоохранения. Масштабы проведения исследований с участием человека бурно и неуклонно расширяются. Но участие человека в научных исследованиях может создавать угрозу для его здоровья, жизни, для его прав, достоинства, благополучия и т.п. Возникает задача защиты испытуемого от риска, который неизбежно сопровождает экспериментальную науку. Цивилизация и общество начинают поиск форм этой защиты. Одной из форм такой защиты становится биоэтика в ее теоретической и практической формах.

Новые возможности медицины и фармации, связанные не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью (например, генетическая коррекция особенностей человека, допущение донорства без согласия, уничтожение жизни на эмбриональных стадиях, отказ и прекращение медицинской помощи безнадежному больному), вступают в противоречие с установившимися моральными ценностями и принципами. В силу этого противоречия и сформировалась биоэтика как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека, как «систематическое исследование человеческого поведения в рамках наук о жизни и здоровье, проводимое в свете нравственных ценностей и принципов» [2]. Предметом биоэтики выступает нравственное отношение общества и человека к самому Человеку, его жизни и здоровью, иному Живому. Биоэтика пытается разобраться в нравственных коллизиях биомедицины и общества, биомедицины и человека на основе осмысления ценностей современной культуры. В этом смысле *биоэтика по праву предстает как практическая философия человеческой жизнедеятельности*.

Практической же формой самой биоэтики является существование и деятельность этических комитетов (или комиссий). Данная практическая форма биоэтики была найдена членами Всемирной Медицинской

Ассоциации в 1964 году в принятой ими Хельсинской Декларации. В ее разделе «Основные принципы», позиция 2, говорится: «Общая схема и план проведения каждого типа исследования должны быть четко описаны в протоколе, который представляется на рассмотрение и утверждение специальной комиссии. Члены комиссии должны быть независимы от лиц, проводящих исследование и спонсора исследования. Состав комиссии формируется в соответствии с законодательством страны, в которой проводится исследование». Основные положения Хельсинской Декларации становятся правовыми нормами многих национальных законодательств, в том числе и для отечественного законодательства.

Биомедицинская этика − современный этап развития врачебной этики и медицинской деонтологии, где проблемы долга, чести, достоинства врача, морально-этическое регулирование взаимоотношений в сфере медицинской деятельности поднимаются на уровень уважения и защиты прав и свобод человека, его жизни и здоровья. *Биомедицинская этика представляет собой практическую философию профессиональной медицинской деятельности* от современного врача и фармацевта до ученого, так как защищает фундаментальные человеческие ценности – право человека на жизнь и здоровье, автономию и свободу выбора, разрабатывает современное морально-этическое обеспечение медицинской науки и практики, помогает осознать моральные коллизии и дилеммы, которые характерны для медицинской и фармацевтической деятельности и одинаково значимы как для врача и фармацевта, так и для пациента.

Таким образом, формирование профессиональной компетентности медицинского работника включает в себя как активное стремление к углублению своих медицинских познаний и овладению специальными умениями и навыками («качество медицинской помощи не может быть выше полученного образования»), так и сознательную целевую детерминированность медицинской деятельности высшими нравственными ценностями. Воспитание и образование современного медика строиться на когнитивных достижениях современной науки и аксиологических основаниях биоэтики. Знание биомедицинской этики и осознанное принятие студентами морально-нравственных норм и правил позволит им целенаправленно изучать профильные дисциплины и сохранять достоинство профессионала, знания и умения которого должны обеспечивать использование достижений современной науки, медицины и фармации только для блага общества и человека на основе принципа жизнеутверждения.

Список цитируемых источников

1. Кулик, С.П. «Медицина− сестра философии» // Кулик, С.П. История философии: Учеб. пособие / С.П. Кулик, Н.У. Тиханович. − Витебск: ВГМУ, 2009. − 328 с.

2. Цит. по: Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне – М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2002. – С. 14.

МОРАЛЬНО-НРАВСТВЕННОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Н.Т. Алексеева
доктор медицинских наук, доцент
А. М. Карандеева
А. Г. Кварацхелия
кандидат биологических наук
Ж.А. Анохина
кандидат биологических наук
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение. Проблема нравственности во взаимоотношениях врача и пациента возникла одновременно с зарождением медицины и врачевания. Наибольшую актуальность эта проблема приобретает в наше время, когда современный научно-технический прогресс в области здравоохранения ставит кардинально новые этические задачи в трансплантологии, медицинской генетике, реаниматологии, анестезиологии, гериатрии и др. Первый кодекс медицинской этики, известный как «Клятва Гиппократа», был сформулирован врачами Древней Греции (датируется 400 г. до н. э.). Заложенные в ней идеи на многие столетия определили характер медицинской этики и составили основу многих последующих кодексов медицинской профессии [1, с. 5].

Профессия врача существенно отличается от многих других. Пациенты доверяют врачу не только свои медицинские секреты, но подчас и более глубокие душевные тайны, переживания, беспокойства. Вот почему врач должен обладать не только высоким уровнем профессионализма в своей специальности, но и быть человеком высокой нравственности, честным, гуманным, воспитанным. Обучение в медицинском вузе направлено не только на формирование профессиональных умений, навыков, компетенций, но и на морально-этическую составляющую портрета студента-медика.

Основная часть. С первых курсов студентам прививаются такие качества, как милосердие, сострадание, доброта, честность, альтруизм и человеколюбие. К сожалению, в современном мире часто встречаются случаи «дегуманизации» этой, казалось бы, самой гуманной профессии. Падение нравственности у медицинских работников влечет за собой нарастание этических и профессиональных ошибок. Нельзя забывать, что врачебная деятельность – это особая профессия, характер которой не должен быть подвластен никаким отрицательным влияниям [2, с. 210].

В современном мире так называемые нравственные деформации в сознании медиков достигают пугающих масштабов. Вот почему проблема этического воспитания подрастающего поколения должна быть приоритетной в психолого-педагогическом сопровождении студентов.

Вопросы нравственного поведения врача широко обсуждаются на различных съездах, форумах, конференциях, этому в настоящее время уделяется огромное внимание, что обосновано необходимостью формирования этико-правовых акцентуаций у будущих врачей. Медицинское образование призвано выучить студентов своей профессии, сформировать у них «клиническое мышление», научить практическим навыкам и умениям, но для формирования Личности врача этого мало. Тысячелетиями медицина основывалась на нравственном фундаменте. Поэтому с первых дней обучения в вузе необходимо заниматься вопросами формирования высокой морали будущего врача. Перед высшим профессиональным образованием ставится важная задача – дать студентам совокупные знания о человеке, как существе биопсихосоциальном, знания проблем и принципов современной биомедицинской этики, умения правильно решить сложные медицинские проблемы, требующие морально-этического выбора. В педагогической энциклопедии нравственное воспитание определяется как целенаправленное и систематическое воздействие на сознание, чувства и поведение воспитанников с целью формирования у них нравственных качеств, соответствующих требованиям общественной морали [3]. Из определения видно, что нравственность как личностная характеристика – явление весьма сложное, объединяющее такие личностные структуры как разум, чувства, воля.

Поэтому нравственное воспитание определяется как единый процесс воспитания:

– нравственных чувств (совести, долга, веры, ответственности, гражданственности, патриотизма);

– нравственного облика (терпения, милосердия);

– нравственной позиции (способности к различению добра и зла, проявлению самоотверженной любви, готовности к преодолению жизненных испытаний);

– нравственного поведения (готовности служения людям и Отечеству, проявления духовной рассудительности, доброй воли).

Специфической особенностью процесса нравственного воспитания следует считать то, что он длителен и непрерывен, а результаты его отсрочены во времени. Самое главное в нравственном воспитании студентов-медиков – привить им такие ценностные ориентации и личностные смыслы, благодаря которым в своей жизни и практике они руководствовались бы принципами совести и сострадания. Именно это позволит будущему врачу видеть в своих пациентах не просто больного человека как материал для научно-исследовательской или лечебно-диагностической работы, а неповторимую, духовную и при этом

страдающую личность с правом выбора собственной позиции. Многие нравственные черты личности, неотделимые от профессии врача: гуманность, доброта, милосердие, сострадание, сопереживание, терпимость, доброжелательность, деликатность не даются от природы они формируются воспитанием, в том числе и в процессе обучения в университете [1, с. 15]. Огромную роль в морально-нравственном становлении студентов-медиков играет педагог. Личным примером преподаватель обязан показать всю гуманность профессии. Для студентов младших курсов педагог является авторитетом во всем, поэтому ориентация нравственных аспектов и морально-этических норм происходит через призму взаимоотношений преподавателя и студента, а также отношения педагога к преподаваемому предмету. Студенты проецируют нравственность преподавателя на себя, своих родных, знакомых. Будущие врачи уже с первых курсов должны постоянно чувствовать атмосферу высокой медицинской культуры. В морально-нравственном развитии студентов-медиков биоэтика и деонтология играют первостепенную роль. Они призваны стать полноправной частью личности будущего врача, поскольку напрямую влияют на эффективность учебного процесса, а также формирование профессионально-моральных ценностей современного врача.

Выводы. Таким образом, воспитательная, образовательная и профориентационная деятельность в медицинском вузе направлена на духовно-нравственное воспитание личности студента, которое возможно лишь в результате личных усилий учащегося, высокоморального поведения каждого педагога и практикующего врача.

В завершение уместно вспомнить слова протоирея Андрея Ткачева: «Есть профессии, требующие невозможного, а именно любви. Любить должен учитель, врач, священник. Если эти трое не любят, то они не лечат, не учат и не священствуют. Профессиональные навыки нужны им не более чем лопата землекопу. Всему остальному учит любовь и её дети: сострадание, внимание и жертвенность».

Список цитируемых источников

1. Денисов С. Д. Формирование профессиональной этики врача в процессе преподавания анатомии человека : метод. рекомендации / С. Д. Денисов, С. П. Ярошевич. – Минск: БГМУ, 2008г. – 28с.
2. Гречкин В.И. Некоторые аспекты оптимизации преподавания ревматических пороков сердца на кафедре факультетской терапии // Гречкин В.И., Ромашов Б.Б., Кретинина Т.И., Строева С.В. / Современные проблемы формирования учебной деятельности студентов медицинского вуза: матер. конф. ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2002. – С. 209–211.

3. Русинова Л. П. Педагогический словарь по темам : учеб. пособие / Л. П. Русинова. – Сарапул, 2010. – UR : http://didacts.ru/termin/ nravstvennoe-vospitanie.html

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ВУЗЕ: АКАДЕМИЧЕСКИЕ И ВНЕАКАДЕМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАБОТЫ

В. В. Бурсевич

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. В связи с такими процессами, как коммерциализация медицины, специализация врачебной деятельности и медикализация общества, соблюдение принципов биомедицинской этики стало важнейшим требованием к медицинским работникам. Каким же образом сформировать у студентов, будущих представителей медицины, необходимую систему ценностей? Безусловно, усвоение профессионального этоса происходит в первую очередь путем непосредственного общения студентов с практикующими врачами. В этом случае формируются бессознательные поведенческие установки, модель общения «врач-пациент», так называемый габитус. Однако сознательное и систематизированное знакомство с биомедицинскими принципами происходит в процессе изучения соответствующей дисциплины. При этом преподавание основ биомедицинской этики сопряжено с рядом сложностей, не разрешив которые, невозможно добиться главной цели обучения, т.е. формирования компетентного профессионала и нравственно зрелой личности.

В связи с этим цель данной работы – проанализировать трудности, с которыми сталкиваются студенты и преподаватели этических дисциплин, а также предложить несколько форм академической и внеакадемической работы, которые в определенной мере помогают преодолевать имеющиеся проблемы и способствуют развитию профессиональных нравственных качеств у студентов медицинских специальностей.

Основная часть. В процессе преподавания биомедицинской этики в университете можно столкнуться с некоторыми проблемами. Первое, что всегда отмечают преподаватели дисциплин социально-гуманитарного блока, – это несоразмерность объема изучаемой дисциплины и выделяемого на его освоение количества аудиторных часов, неравномерное распределение часов между лекциями и семинарами, максимальная концентрация дисциплин на младших курсах университета. Эти проблемы в полной мере касаются и преподавания биомедицинской этики. Поскольку эти проблемы на локальном уровне не решаются, преподавателю остается с помощью различных методик сделать свою работу максимально эффективной в существующих обстоятельствах.

Биомедицинская этика является прикладной дисциплиной, поэтому студент должен вынести из нее не только систему теоретических знаний, но и практические навыки. Развить последние возможно, например, используя такую методику, как анализ казусов, т.е. ситуационных задач, по соответствующей теме занятия. При этом можно пользоваться уже готовыми сборниками, однако они имеют свои ограничения, в первую очередь связанные с тем, что большинство из них составлено в Российской Федерации, поэтому они не совсем полно коррелируют с белорусским медицинским правом. Более сложный, но и более результативный подход предполагает самостоятельный поиск преподавателем реальных случаев из медицинской практики, особенно уместны ситуации, произошедшие в стране и имевшие огласку в СМИ. Кроме того, поскольку современные молодые люди более охотно откликаются не на текстовую, а на визуальную информацию, хороший результат имеет рассмотрение на занятиях кратких видеороликов (новостей, фрагментов фильмов и т.д.), при этом обычно имеется и эмоциональный эффект за счет большей степени наглядности. С той же целью может применяться и написание творческих эссе по проблемам биомедицинской этики с обязательным этическим анализом одного-нескольких реальных или художественных (фильм, книга, сериал) примеров, предложенных преподавателем или выбранных учащимися.

Несомненно, что студент и как развитая личность, и как будущий специалист должен в процессе обучения сформировать достаточно четкую внутреннюю позицию в отношении некоторых «спорных» с этической точки зрения вопросов, связанных с медициной. К таким вопросам можно отнести моральную оценку аборта или эвтаназии, статус ВИЧ-инфицированных и т.д. Стандартные занятия не всегда позволяют создать возможности для полноценных дискуссий, поэтому для достижения данной цели более походит такая форма работы, как проведение мини-конференций и круглых столов, желательно, с привлечением авторитетных специалистов из разных сфер (практикующие врачи, юристы, религиозные деятели). Такая деятельность позволяет учащимся осознать публичный и междисциплинарный статус биомедицинских проблем, а также развить у студентов важные для общения с будущими коллегами и пациентами навыки: умение анализировать, корректно и грамотно вести дискуссию, аргументировать собственную точку зрения, уважать чужое мнение.

Сегодня нам видится явное противоречие между тем, что, с одной стороны, для современного врача знание норм биомедицинской этики приобрело форму юридической обязанности, но с другой стороны, в университете дисциплина «Биомедицинская этика» является факультативной и на деле выбирается лишь 30%, а иногда и меньшим количеством учащихся. До недавнего времени не было и типовой программы по данной дисциплине. И хотя некие основы биомедицинских принципов и деонтологии преподаются в рамках различных учебных предметов, однако отсутствует систематизированная и целостная передача

данных знаний. Очевидно, что самым действенным способом разрешить эту проблему было бы включение биомедицинской этики в перечень обязательных для подготовки студентов дисциплин. Однако до той поры особое значение приобретают внеакадемические формы и методы работы, которые бы позволили студентам, чьи группы не выбрали данный предмет, ознакомиться с профессиональным этосом.

Среди возможных внеакадемических форм работы можно выделить школу «Молодого врача», дебатный клуб и, опираясь на личный опыт, особенно можно отметить эффективность такой формы деятельности, как тематический киноклуб, акцентирующий биомедицинскую проблематику. Особенности обучения студентов медицинских специальностей связаны с практически полной занятостью, в связи с чем досуговые возможности, возможность участвовать в каких-то альтернативных образовательных проектах, а также успешно налаживать общение с учащимися с других факультетов и курсов сводятся к минимуму. Поэтому вариант, когда в одном мероприятии комбинируются развлекательные, коммуникативные, ценностные и познавательные компоненты (как в случае тематического киноклуба) является для данной целевой аудитории более приемлемым.

Кроме того, у студентов, особенно ориентированных на естественно-научные дисциплины, существует некоторый страх, отторжение или непонимание гуманитарных предметов. А поскольку, особенно на младших курсах, учебные планы включают достаточно много гуманитарных дисциплин, эта проблема может негативно сказаться на успеваемости учащихся. В связи с этим неформальное общение с преподавателями социально-гуманитарной кафедры, вовлеченными в деятельность киноклуба, может способствовать установлению позитивных межличностных контактов между студентами и преподавателями и, в целом, будет способствовать лучшему усвоению студентами предметов, преподаваемых кафедрой.

Заключение. Творческий подход преподавателя и акцент на современные интерактивные формы и методики академической и внеакадемической работы могут помочь добиться в процессе преподавания следующих результатов.

1.Студенты при анализе медицинских казусов будут более грамотно пользоваться биомедицинской терминологией, различать ситуации нарушения основных принципов профессиональной этики и оперировать знанием нормативных документов.

2. Студенты смогут выработать и четко артикулировать собственную нравственную позицию по отношению к «открытым» проблемам биомедицинской этики, а также более активно использовать навыки ведения дискуссии и аргументации в интерактивных формах работы.

3. Улучшится имидж социо-гуманитарных кафедр в студенческой среде, улучшится психологический климат на занятиях, тем самым повысится качество обучения.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И АНАЛИЗА БИОЭТИЧЕСКИХ КОЛЛИЗИЙ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В.В. Медведев
кандидат медицинских наук, доцент
А.И. Егоренков
кандидат педагогических наук, доцент
УО «Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца», Киев, Украина

Введение. Для системного подхода в изучении проблем и методов биоэтики в медицинском образовании необходимы наработки таких методологических "кейсов", в которых отражена логическая "цепочка", потенциально способная привести обучаемых к разрешению имеющихся и выявлению потенциальных биоэтических коллизий. Особенно это важно для преподавателей клинических кафедр, которые по роду своей деятельности могут видеть и гуманитарную, и биомедицинскую составляющие многих актуальных биоэтических проблем. Важно также, что для студентов биомедицинских специальностей более понятна и значима точка зрения специалиста, который демонстрирует канву биоэтического анализа, не только на базе философских знаний, но и на базе современных специальных знаний, что увеличивает доверие аудитории к приводимой аргументации. Огромное значение здесь также играет личная мировоззренческая позиция преподавателя. В ситуациях сочетания гуманитарного и биомедицинского компонента проблемы, критически необходимым становится существование смыслового медиатора, в данном случае – между иррациональными источниками императивности морали и рациональным объективизмом научного метода. Можем ли мы сказать, что без решения проблемы гармонизации гуманитарно-философского и научно-практического компонентов в сознании обучаемых, биоэтика в ее современном постмодернистском плюралистическом состоянии может справится с ролью посредника между этими двумя сторонами единого методологического процесса. Ответ, по нашему мнению, далек от утвердительного.

Основная часть. Продемонстрируем это тремя примерами. Первый касается этической перцепции феномена нетрадиционного сексуального поведения (НСП). С медицинской точки зрения негативным считается явление, манифестация которого коррелирует с верифицированной патологией. Установлено, что НСП коррелирует с наличием ряда заболеваний – СПИД, гепатип С, папиломовирусная инфекция и аденокарцинома аноректальной зоны, хроническая депрессия, биполярное и тревожное растройство, суицидальное поведение, алкогольная и наркотическая зависимость [1–5]. На фоне этих данных отказ от рассмотрения феномена

НСП в рамках методологической парадигмы «норма–патология» размывает фундамент биомедицинской науки, обнажает манипулятивный характер социо-гуманитарной аргументации конституциирования явления НСП. Особенно алогично выглядит практика «нормализации» НСП путем демонстрации подобных форм поведения у животных. Однако в настоящее время этология, помимо «политкорректных», демонстрирует примеры однозначно табуированного у человека полового поведения – принудительной копуляции (разные классы животных), копуляции взрослых особей мужского пола с незрелыми особями женского пола (насекомые), канибализма собственного потомства (пятнистые гиены), промискуитета и полигамии (разные классы животных), популяционной половой иерахиезации и т.д. Следует также учитывать, что очевидный факт наличия у животных большинства присущих человеку видов патологии, не рассматривается как аргумент для их депатологизации.

Второй пример касается проблемы статуса человеческого зародыша. Современная молекулярная эмбриология однозначно свидетельствует, что состояние зиготы, не зависимо от механизма ее возникновения, есть единственным необходимым и достаточным условием возникновения нового индивидуума. Другие условия (*физико-химические, биохимические осбенности дозревания плода и т.д.*) являются необходимыми, но недостаточными. Однако при обсуждении статуса человеческого зародыша происходит методологический «разрыв» и прерогатива отдается последним, но не первому. В результате такого методологического «дефекта» состояние человеческого существа при временной функциональной недееспособности выносится за скобки целостного гуманоцентрического этико-правового похода. Ситуация приобретает особую контрастность в контексте эволюционной доктрины: учитывая признанный в ее рамках научный постулат о параллелизме онтогенеза и филогенеза, человеческий зародыш должен получать такое же заботливое отношение, как и животные, вокруг прав которых сегодня разворачиваются интенсивные этико-правовые дискуссии. Итак, существование многих животных в квазиприродной среде (*аквариумы, виварии, зоопарки и т.д.*), пребывание человека в состоянии комы или наркотического сна увеличивает интенсивность правовой защиты, но в это же время, временное пребывания человека в условиях и в состоянии, не характерных для взрослого организма, не рассматривается как аргумент в пользу необходимости его этической и юридической защиты.

Третий пример связан с проблемой эвтаназии. Хронические болевые синдромы и связанные с ними депрессивные расстройства являются в настоящее время ключевыми триггерами эвтанатического поведения. Но для лечения такого рода расстройств не обязательно использование жесткой деперсонализирующей пациента терапии (наркотические препараты), в настоящее время успешно используются методы электрической стимуляции блуждающего нерва или двигательной коры, позволяющие существенно смягчать течение указанных расстройств. Тем не менее, при решении этико-

правовых коллизий вокруг проблемы эвтаназии существование таких методов не учитывается, что доказывает манипулятивный характер проэвтанатической аргументации.

Заключение.

Можно утверждать, что осмысление ряда современных биоэтических проблем иногда происходит без учета объективных научных данных, без соблюдения научных «правил игры», что отражает гедонистические тенденции современного развитого общества и склонность общества на ненаучные подходы при принятии решений. Без взвешенного профессионального привлечения существующего массива биомедицинских даннях и методологии научного поиска, объективное решение актуальных этических коллизий невозможно, что, тем не менее, не ограничивает заинтересованных участников в манипуляционном использовании биоэтического дискурса для формирования общественного мнения по ряду фундаментальных для общества мировоззренческих вопросов. А от принятой в обществе мировоззренческой позиции часто в значительной степени зависит и решение биоэтических проблем. По аналогии с известной фразой Ф.М. Достоевского о том, что «*Если Бога нет, то все позволено»*, можно сказать, что если отбрасывать или искажать данные наук о живом, то можно будет себе «*многое позволить»*. На приведенных выше примерах, мы продемонстрировали наш подход к формированию методологических «кейсов», которые дадут возможность участникам различных (этических, правовых) дискурсов системно анализировать биоэтические коллизии.

Список используемых источников

1. Beyrer C., Sullivan P., Sanchez J., Baral S.D., Collins C., Wirtz A.L., Altman D., Trapence G., Mayer K. The increase in global HIV epidemics in MSM // AIDS. – 2013. – Vol.27. – P. 2665-2678
2. Duncan K.C., Chan K.J., Chiu C.G., Montaner J.S.G., Coldman A.J., Cescon A., Au-Yeung C.G., Wiseman S.M., Hogg R.S., Press N.M. HAART slows progression to anal cancer in HIV-infected MSM // AIDS. – 2015. – Vol.29, N 3. – P. 305–311
3. Plöderl M., Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review // Int. Rev. Psychiatry. – 2015. – Vol. 27, N. 5. – P. 367-385
4. King E.M., Gilson R., Beddows S., Soldan K., Panwar K., Young C., Prah P., Jit M., Edmunds W.J., Sonnenberg P. Human papillomavirus DNA in men who have sex with men: type-specific prevalence, risk factors and implications for vaccination strategies // British J. Cancer. – 2015. – Vol. 112. – P. 1585-1593
5. Swannell S., Martin G., Page A. Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: findings from an Australian national study // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2016. – Vol. 50, N. 2. – P. 145-153.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ БИОЭТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ОПЫТЕ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Р.Н. Башилов
кандидат философских наук, доцент
С.М. Башилова
кандидат философских наук, доцент
Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Россия

Введение. В настоящее время изучение биоэтики является необходимой составляющей подготовки врача, что требует решения ряда важных задач при организации учебного процесса: необходимости определения статуса данной учебной дисциплины, ее целей и задач, профиля специальности преподавателя, разработки рабочих программ и учебно-методического обеспечения ее преподавания.

Основная часть. Сегодня биоэтика – междисциплинарная область знания, которая создается средствами медицинского, философского, юридического, теологического, политического дискурсов [1]. В связи с этим возникают такие педагогические задачи, как определение кто должен преподавать данную дисциплину, и на каких курсах обучения в ВУЗе. Существует мнение, что преподаванием биоэтики должны заниматься только специалисты-медики, а не философы [2, с. 139]. Хотя многие специалисты указывают на то, что в такой ситуации есть опасность ухода в узкую область той специализации, к которой относится кафедра, преподающая биоэтику. Но, в идеале, преподаватель биоэтики должен обладать не только медицинскими знаниями, но и этическими [3].

На нашей кафедре преподавание дисциплины «Биоэтика» ведётся специалистом с медицинским образованием, но защитившим кандидатскую диссертацию по специальности «социальная философия» по биоэтической проблематики. Таким образом, по нашему мнению, ситуация по преподаванию данного курса в нашем ВУЗе приближена к оптимальной.

Содержательно решая такие задачи, как: ознакомить студентов с новейшими зарубежными и отечественными разработками в области биоэтики; обеспечить знание студентами основных международных и национальных документов, связанных с профессиональной деятельностью врача; способствовать развитию нравственной и профессиональной культуры врача, учитывая новый этический императив медицины – уважение прав пациента, его системы ценностей и религиозной ориентации; научить студентов методам формирования профессионального

мышления с позиций современной биоэтической концепции при анализе отношений; воспитывать студентов в духе осознания высокой социальной ответственности, курс «биоэтика» формирует и развивает у студентов различных специальностей компетенций, направленных на активное развитие профессионально значимых нравственно-психологических качеств, необходимых для последующей профессиональной деятельности.

Для решения данных целей, по нашему мнению, курс биоэтики предполагает предварительное приобретение знаний по философии, психологии, биологии, истории медицины и правоведению. А уже приобретённые в процессе изучения дисциплины «биоэтика» компетенции конкретизировать и углублять при дальнейшем обучении на клинических кафедрах, а так же на этапе последипломного образования и в последующей профессиональной деятельности врача.

По своей специфике биоэтическое дискурс формируется на стыке многих областей науки: знаний гуманитарного блока – философия, этика, психология, медицинское право; биологического направления – биология, эмбриология, физиология, генетика. Необходимы так же знания по фармакологии. И особенно, для обсуждения частных биоэтических проблем необходимы знания по различным направлениям медицины: терапия, психиатрия, акушерство, реаниматология, инфекционные болезни и т.д.

Для этого, по нашему мнению, вместе с основным курсом «Биоэтика» необходимо усилить сквозное преподавание дисциплины на клинических кафедрах для закрепления теоритического материала на конкретных практических ситуациях. Что будет способствовать эффективному формированию биоэтических знаний.

Учитывая все педагогические трудности при чтении лекций и ведении практических занятий, мы пытаемся преодолеть проблемы, встающие в процессе преподавания биоэтики студентам первых курсов. В частности, при обсуждении многих биоэтических проблем, помогает использование визуальных средств обучения. Хотя, как отмечает Первушина Н. А.: «Они имеют свои границы применения и поэтому выступают как дополнительный инструмент в преподавании медицинской этики, который обеспечивает более полное обсуждение этических проблем» [4].

Перенимая опыт других ВУЗов, преподающих биоэтику в нашей стране, особое значение среди визуальных средств мы предаем просмотру и обсуждению документальных, художественных фильмов, а также видеороликов.

Полностью соглашаемся с коллегами что, формы визуализации зачастую не только иллюстрируют, дополняют словесную информацию, но и сами являются носителями новой информации, предоставляют возможность интегрировать зрительное и вербальное её восприятие. А документальные и художественные фильмы обеспечивают создание и

разрешение проблемных ситуаций, которые в биоэтике носят характер моральных дилемм [5].

Для иллюстрации новых биотехнологий, в презентациях используются изобразительные визуальные средства, такие как фотографии, плакаты и др. Особую наглядность обеспечивают видеоролики, раскрывающие все этапы современных биотехнологий (искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, ИКСИ и др.).

Мы согласны с Мещеряковой Т.В., которая считает, что «визуальные формы обучения студентов биоэтике помогают вносить в медицинское образование эмоциональную ноту, во врачебные дебаты – этические и социальные темы. А также, просмотр фрагментов кинофильмов обогащает изучение студентами медицинской этики, помогает достигать более глубокого понимания пациентов, как людей с уникальным внутренним миром. В дальнейшем навык морального измерения своей собственной деятельности и медицинской практики вообще должен стать частью личной и профессиональной идентичности врача» [5].

В рамках балльно-рейтинговой системы оценки успеваемости студентов мы пытаемся более широкого использовать на занятиях дискуссионные формы обучения, такие как: регламентированная дискуссия, решение ситуационных задач, дискуссия типа форум, обсуждение эссе.

Заключение. Биоэтика, как учебная дисциплина, с помощью инновационных методов обучения, апеллируя к нравственной позиции личности студента и к его собственному отношению к проблеме, должна развивать биоэтическое мышление, помогая ему определить моральные критерии ответственного поведения.

Список цитируемых источников

1. Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: автореф. дисс. канд филос. наук./ Р.Н. Башилов. – Тверь, 2005. – 24 с.
2. Апресян, Р.Г., Шамов И.А. Проблемы преподавания биоэтики (материалы совещания ЮНЕСКО) // Бюллетень сибирской медицины. – Том 5. – № 5. – 2006.
3. Мещерякова Т.В. Особенности преподавания биоэтики в медицинском вузе // Философия в Беларуси и перспективы мировой интеллектуальной культуры: Материалы международной научной конференции к 80-летию Института философии НАН Беларуси, г. Минск, 14-15 апреля 2011 г.
4. Первушина Н. А. Эффективность применения визуальных средств обучения: определение границ // Высшее образование в России. 2013. – № 2. – С. 121-126.

5. Мещерякова Т.В. Визуализация в преподавании биоэтики: её формы и функции // Проблемы визуальной семиотики, ПРАΞНМА, г. Томск, 2015, 1, 127 - 132

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Е.И. Ковзова, И.В. Лигецкая
Л.Е. Беляева
кандидат медицинских наук, доцент
С.А. Хитева, Н.И. Орехова
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск.

Введение. В самостоятельную область знаний биоэтика выделилась сравнительно недавно. Прежде всего, это связано с развитием биомедицинских исследований, медицинской практики, а также с усугублением экологических проблем глобального масштаба. Биоэтика − это учение, которое ориентирует человека на выработку и установление нравственно-понимающего отношения к *жизни и иному живому,* на заботу о правах биоса [1].

Использование лабораторных животных в процессе обучения имеет давнюю историю. Интерес к изучению анатомии и физиологии простирается далеко в прошлое, к временам Леонардо да Винчи (1452-1519) и далее [2]. Публикация труда Ч. Дарвина «Происхождение видов» в 1859 году дала начало новым дисциплинам: сравнительной анатомии и сравнительной физиологии – и с тех пор животные были не просто объектами исследований, но и моделями в изучении анатомии и физиологии человека [2]. В марте 1986 года в Страсбурге Советом Европы была принята «Европейская конвенция по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях». Все эти события стимулировали появление и использование в медико-биологическом образовании альтернативных методов обучения [2]. Это поспособствовало разработке и внедрению в образовательный процесс концепции «трех R», опубликованной в 1959 г. [3].

В настоящее время концепция «трех R» является общепринятым мировым стандартом, позволившим получить новый научный опыт в области создания альтернатив и в значительной степени сократить количество используемых лабораторных животных.

Концепцию «трех R» трактуют следующим образом:

1. Refinment – усовершенствование, т.е. гуманизация при планировании, подготовке и проведении эксперимента. В широком смысле оно подразумевает гуманное обращение с животными с момента его выведения из эксперимента за счет нетравматических методов исследования и адекватного обезболивания.

2. Reduction – разумное уменьшение количества используемых лабораторных животных, достаточное, тем не менее, для корректной статистической обработки и интерпретации полученных экспериментальных данных.

3. Replacement – замена высокоорганизованных животных низкоорганизованными или использование альтернативных методов. Наибольшее распространение сегодня получили культуральные методы – использование культур клеток в качестве альтернативы организму животного [3].

Основная часть. С целью определения отношения студентов к экспериментальной работе с животными во время проведения лабораторных занятий нами было проведено анонимное анкетирование, в котором приняло участие 33 человека (студенты 3 курса лечебного факультета). Из них 9 юношей и 24 девушки в возрасте 19-20 лет. Всем студентам предлагалась анкета следующего содержания: (1) Считаете ли Вы целесообразным проведение опытов над животными во время лабораторных занятий? (2) Хотели бы Вы лично моделировать патологические процессы и патологические реакции в организме животных во время лабораторных занятий? (3) Считаете ли Вы, что экспериментальная работа с животными негативно сказывается на вашем отношении к будущим пациентам (людям)? (4) Считаете ли Вы, что отсутствие экспериментальной работы с животными ухудшает качество усвоения учебного материала? (5) Считаете ли Вы, что преподавание патологической физиологии подразумевает демонстрацию патологических изменений, протекающих в больном организме на экспериментальных животных? (6) Формировалось ли бы у Вас негативное отношение к изучению дисциплины, если бы Вы видели страдания животных во время лабораторного опыта на занятии? (7) Считаете ли Вы, что работа с животными на лабораторных занятиях оказывает позитивное влияние на формирование Вас как специалиста и личности? (8) Считаете ли Вы, что решение клинических патофизиологических ситуационных задач на лабораторных занятиях может быть альтернативой экспериментам над животными? (9) Согласны ли Вы с мнением, что экспериментальные исследования на животных позволяют досконально изучить закономерности течения любого заболевания? (10) Считаете ли Вы, что усвоение учебного материала по патологической физиологии более эффективно без проведения опытов над животными во время лабораторных занятий?

При анализе результатов анкетирования были выявлены статистически значимые различия: 78% юношей высказались за проведение экспериментов с участием животных на лабораторных занятиях, тогда как только 50% опрошенных девушек считают, что использование животных для демонстрации патологических процессов, протекающих в живом организме не допустимо. На вопрос №1 о

целесообразности проведения на лабораторных занятиях опытов над животными из общего числа опрошенных за использование опытов высказались 54,5% респондентов, против – 39,3% респондентов. На вопрос № 4 анкеты 27,2% респондентов ответили, что отсутствие экспериментальной работы с животными ухудшает качество усвоения учебного материала, а более половины опрошенных (57,5%) не считают, что отсутствие экспериментальной работы с животными негативно влияет на усвоение учебного материала. На вопрос № 8 анкеты о возможности замены экспериментов над животными в учебном процессе решением клинических патофизиологических ситуационных задач 51,1% опрошенных студентов ответили положительно, а 33,3% респондентов считают, что экспериментальную работу с животными нельзя заменить альтернативными методами обучения.

На кафедре патологической физиологии УО «ВГМУ» используются и широко внедряются альтернативные методы обучения, такие как средства компьютерной графики, учебные таблицы, микро- и макропрепараты, клинико-патофизиологические ситуационные задачи (в том числе видеозадачи), мультимедийные презентации. Это позволяет значительно снизить количество лабораторных животных, используемых в учебном процессе, формировать гуманное отношение будущих медиков к живому, и при этом не снижать, а, как правило, наоборот, повышать качество подготовки будущих врачей, а также сформировать их профессиональные и личные качества.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного анкетирования отражают мнение большинства студентов о нецелесообразности использования животных в образовательном процессе и об их приверженности концепции «трех R». По мнению студентов, на кафедре патологической физиологии эксперименты над животными вполне могут быть заменимы другими, альтернативными методами обучения без ухудшения качества знаний. По мнению студентов, на кафедре патологической физиологии эксперименты над животными могут быть заменимы другими, альтернативными методами обучения без ухудшения качества знаний.

Список цитируемых источников

1. Биомедицинская этика: учеб.-метод. пособие для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов всех медицинских факультетов медицинских вузов / И.И.Орлова. – Гомель: ГомГМУ, 2013. – 44 с.
2. Проблемы биоэтики в системе медицинского образования: учебно-методическое пособие / Н.Ю.Коневалова, С.С.Лазуко, И.В.Городецкая, А.П.Солодков / Под ред. В.П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 117с.
3. Stephens, M.L. The significance of alternative techniques in biomedical research: An analysis of Nobel Prize awards. In Advances in animal welfare

science; edited by M.W.Fox and L.D.Mickley. – Boston: Martinus Nijhoff, 1987. – P.12-16.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ОБ ОСНОВАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В. Г. Морозов
к.м.н., доцент
А.С. Конышко,
В. М. Зайцева
к.м.н.,доцент
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск

Система высшего медицинского образования остаётся одной из обособленных от прочих, но относительно зависимой от многих социальных явлений. Кризисные процессы в данной системе отрицательно сказываются на общественном здоровье, квалификационном уровне медицинских специалистов страны. Отсюда, необходимость мониторинга и оптимизации этико-правовой подготовки медицинских кадров [1- 4, 9, 11].

Цель исследования: на основе социологического анализа информированности обучающихся стоматологического факультета медицинского университета об основах медицинской этики оптимизировать принципы её преподавания.

Правовые основы исследования:

1. Международный кодекс медицинской этики принятый 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации (Лондон, Великобритания, 1949 г.), дополненный 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия, 1968 г.) и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия, 1983 г.)
2. Кодекс врачебной этики РФ (одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.)
3. Статья 41 Конституции России и законодательством РФ «О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Эмпирическую базу исследования составляют результаты социологического опроса обучающихся стоматологического факультета, проведённого в ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России в 2016году (число анкет 56).

Опрос проведен путём полузакрытого анонимного анкетирования по единой форме анкеты. Вопросы анкеты составлены по блокам: социальные и профессиональные характеристики респондента, вопросы изучения медицинской этики в ВУЗе, экспертная оценка нормативной документации, характеристика соблюдения норм медицинской этики на этапе

практической подготовки обучающихся. Респондентами предоставлены ответы на все предложенные вопросы анкеты.

Полная информированность о современных нормативно-правовых основах медицинской этики составила 80,3 %, доступность информации оценили положительно 100 % респондентов, желание участвовать в разработке дополнений и поправок в регламентирующие документы выразили 21,4 %. На вопрос о совместимости норм медицинской этики с рекламой медицинских товаров, препаратов и услуг в современном информационном пространстве ответили 56 респондентов. Полностью согласились. В целом согласились с существующими положениями, но с поправками — 28 человек (50 %). Таким образом, половина участвующих в опросе негативно оценили существующую ситуацию. В высказываниях анкетируемых, поддержавших положения, фактически представлена конструктивная критика некоторых позиций. Дополнения в ряде случаев касались объективного информирования населения через средства массовой информации о медицинских услугах, деятельности специалистов, исключая рекламу медицинских препаратов и самолечения и, тем более параклинических методов диагностики и лечения.

Кроме того, дополнения касались оформления и доступности документации, принятой Этическим комитетом ВУЗа. Один из центральных пунктов критики – «исчерпывающая информация и её доступность о состоянии пациента, заболевании, факторах риска и методах лечения». Респонденты отмечают «планомерное взаимодействие на этапе практической подготовки между профессорско-преподавательским составом Университета, обучающимися и работниками профильных учреждений». Была представлена точка зрения: «Понятие “практическая подготовка” предоставляет равные возможности по её организации и контролю всем участникам. Но не все ступени освоены в равной степени. Это должно быть обязательно отражено в совместных учебно-практических конференциях». Выполнение норм Медицинской этики врачами, студентами и преподавателями оценено респондентами как удовлетворительное в 100 % случаев, однако позитивная оценка поведения пациентов и среднего медицинского персонала – 71 и 75 % соответственно.

Негативные отзывы касались недостаточной доступности информации о ятрогенных воздействиях, их статистике и методах контроля для студентов, работников практического здравоохранения, Отсутствия в ряде случаев нормативных регламентов для выполнения ряда практических навыков студентами и преподавателями на клинических базах из-за их объективной недоступности (материально-техническое оснащение, отсутствие специалистов, устаревшие методики, отказ пациентов), отсутствия материального стимула, избытком студентов на базах г. Смоленска. Ряд опрошенных высказались за оптимизацию организационных мероприятий на этапе планирования работы на клинических базах: предложен централизованный запрос местных органов

управления отрасли с указанием количества студентов согласно виду практик исходя не только из потребностей, но и из возможностей и технологического оснащения конкретных учреждений.

Положительные отзывы касались мотивационно-этических аспектов профессионального общения преподавателей, обучающихся и сотрудников профильных учреждений с пациентами. Респонденты отметили возможность посещения международных выставок, семинаров, стажировок на современных предприятиях и в клиниках Европы, подготовку научно-исследовательских работ студентами. Востребованность студентов в лечебно-диагностической, учебно-исследовательской и просветительской работе была высоко оценена всеми участниками опроса. В результате ежегодной планово-организационной работы руководителей практики на клинических базах по месту целевого направления и жительства студентов работают в качестве помощников специалистов от 1 до 10 человек в соответствующих профильных учреждениях Центрального федерального округа Российской федерации, что создаёт благоприятные условия для применения на практике полученных теоретических знаний в этическом аспекте и оптимизирует курацию пациентов. Большинство респондентов отметили позитивное отношение врачей и пациентов к студентам ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. Ряд студентов востребованы и продолжают работу на клинической базе в качестве младшего, среднего и врачебного медицинского персонала во внеучебное время.

Обсуждение. Развитие системы образования в целом и организация практической подготовки студентов медицинского ВУЗа, в частности, в виде расширения номенклатуры и объёмов образовательных услуг должна лежать, как правило, ориентация не только на нормативные регламенты и мировой опыт, но и на интересы непосредственных конкретных потребителей (студентов, руководителей учреждений и предприятий). В этой связи возникает угроза того, что долгосрочные цели образования, связанные с получением нового знания, могут быть вытеснены стремлением получить краткосрочные выгоды.

Медицинская этика –этап взаимодействия всех звеньев подготовки медицинских кадров. При чёткой организации и многокомпонентном контроле работы студентов своевременно вскрываются нужды и противоречия, доступные безболезненной коррекции всеми исполнителями на этапе обучения. Данный процесс динамичен и нуждается в мониторинге [6]. Таким образом, целесообразно ежегодно проводить социологическое экспертное исследование на основе теоретически и концептуально обоснованной методологии социологической исследовательской экспертизы, отвечающей современному состоянию присущих ей уровней управления, а именно административному, исполнительскому и потребительскому, и задачам, стоящим перед ними [11, 12, 13].

Характерной чертой российского мировоззрения является скептическое восприятие в целом западного «индивидуализма». Напротив, в русской интерпретации медицинских основ этики постоянно присутствуют такие темы как: этико-правовое образование, осознание себя не только как пользователя, исследователя, но и как части профессионального социума. Врач способен изменить привычные последовательности событий на уровне конкретного пациента, врачебного сообщества и общества в целом [3, 10].

Русское медицинское классическое образование, взяв на вооружение непрерывное познание, посвятило себя разработке, возможно, главнейшей темы жизнепознания – поискам и обоснованию истины, которая зафиксирована как философская категория. Именно с поисками истины и достижения идеала сопряжено постижение центрального нравственного принципа развития личности. Сами познавательные устремления не ограничиваются отвлеченными, академическими интересами. Российские высшие образовательные учреждения берут на себя ответственную задачу: дать человеку достаточные знания и практические умения, чтобы преобразить личность и общество вокруг неё, создать условия для психосоматического, биологического, социального и экологического благополучия [9].

Заключение

Обращаясь к сфере творческого подхода в организации этико-правового образования в медицине, без труда обнаруживается один из ее центральных интересов, а именно – неослабевающее внимание к студенту – развивающейся разносторонне личности, к преподавателю – модератору, руководителю профильного учреждения – одновременно заказчику и куратору будущего специалиста, к пациенту – динамичной, зависимой сложнейшей социально-биологической системе. Характерной особенностью такого подхода выступает побуждение рассмотреть всех участников процесса как под углом зрения на их индивидуальную природу, так и в системе многообразных связей друг с другом, с научными, клиническими и нормативными параметрами. В этом есть смысл комплексной междисциплинарной научно-практической работы, которая решает перспективные задачи подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, кадровую обеспеченность, формирование норм и правил здорового образа жизни общества и конкретных групп населения и высокоинтеллектуальный потенциал страны. Сказанное объясняет, какими принципами следует руководствоваться, определяя концепцию организации преподавания медицинской этики в учреждении высшего медицинского образования, что должно служить критерием её эффективности в современных условиях.

Список цитируемых источников

1. Волчанский М. Е. Социология конфликта в медицине: автореферат диссертации ... доктора социологических наук /Волгоград.– 2008.– 36 с.
2. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине/ Волгоград.– 2005.–116 с.
3. Зайцева Н.В. Анализ организационной культуры как фактор повышения эффективности стратегии управления медицинской организацией// Социология медицины. – 2013.– № 1. – С.30–38
4. Ивенская Т.А., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю./ Некоторые аспекты применения метода группировки альтернативных признаков в социологии медицины// Социология медицины. – 2009.– № 1. – С.17–19
5. Илюхина О.В., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю./ Методические вопросы применения структурированных индикаторов в медико–социологических исследованиях// Социология медицины. – 2013.– № 1.–С.15–18
6. Карпов О.В., Татарников М.А., Марочкина Е.Б. Социологические исследования в системе управления качеством медицинской помощи// Социология медицины. – 2013.– № 1.–С.11–15
7. Клоктунова Н.А. Инновации в медицинском образовании: результаты и перспективы / А.А. Протопопов, А.П. Аверьянов, Д.Л. Дорогойкин, Д.Е. Суетенков, Н.А. Клоктунова // Саратовский научно–медицинский журнал. – 2013. – Т.9. – №1.– 0,4 п.л.
8. Князюк Н.Ф., Кицул И.С., Меньшиков М.Л./ Социологические аспекты в изучении мотивации персонала как резерв повышения качества управления медицинской организацией// Социология медицины. – 2009.– № 1. – С. 23–26
9. Кужель А.М., Окунев П.Ю., Строгонова О.Б., Блинов А.В. Результаты пилотного социологического исследования уровня удовлетворенности граждан медицинской помощью в амбулаторных медицинских организациях для взрослых Санкт–Петербурга// Менеджер здравоохранения.– 2013.–№6.–С. 12–16
10. Кучкина Е С. Комплексное медико–социологическое исследование качества жизни больных с травмами челюстно–лицевой области: автореферат дисс…к.м.н./ Астрахань.– 2011.–24 с.
11. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико–социологический анализ— М.:РИОР; ИНФРА–М, 2012.— 358с.
12. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико – социологического мониторинга: учебно–методическое пособие. – 2007. – 160 с.
13. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования// Социология медицины. – 2013.– № 1.– С. 3–11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭТИКА В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ПРОВИЗОРОВ

Н.С. Гурина
доктор биологических наук, профессор
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Введение. Фармацевтическая этика является областью биоэтики, которая изучает моральные, правовые, социальные, экологические, юридические проблемы, возникающие на всех этапах жизненного цикла лекарственного средства (ЛС), а именно – при разработке активной субстанции, доклинических и клинических испытаниях лекарственных средств, их регистрации, производстве, доведении до потребителя, медицинского применения и утилизации.

Современный уровень развития фармацевтического производства, высокая конкуренция производителей на фармацевтическом рынке, использование многочисленных способов продвижения лекарственных средств в сочетании с жесткимгосударственным контролем качества и условий обращения ЛС вызывают необходимость постоянного этического надзора за всеми аспектами фармацевтической деятельности.

В этой связи «Фармацевтическая этика» как учебная дисциплина приобретает особое значение в профессиональном становлении студента-провизора и способствует формированию культуры мышления студента, его жизненных принципов и ценностей, морального облика, личностных и гражданственных идеалов.

Основная часть. На первом занятии мы проводим анкетирование студентов с целью выявления их первичных биоэтических представлений, в частности, взгляд на человека разумного как представителя живой природы, отношение к аборту, эвтаназии, клонированию человека, трансплантологии, суррогатному материнству, новым репродуктивным технологиям, роли провизора в обеспечении здоровья населения и т.п. Наибольший интерес вызывают вопросы, касающиеся агрессивной маркетинговой компании крупных фармацевтических фирм, фальсификации лекарственных средств, оказания фармацевтической помощи.

В этой связи в содержании дисциплины должны сочетаться классические морально-этические принципы будущего работника системы здравоохранения с профессиональными фармацевтическими аспектами. Такой подход в преподавании апробирован нами на фармацевтическом факультете УО «Белорусский государственный медицинский университет». В тематическом плане лекций и лабораторных занятий предусмотрены темы: « Этические аспекты регулирования здравоохранения и фармацевтической деятельности», «Этические проблемы создания и производства лекарственных средств», «Этические нормы и правила доклинических исследований», « Этические требования при проведении

клинических испытаний», «Этические нормы продвижения лекарственных средств и рекламы», «Профессиональная этика в системе взаимоотношений провизора с врачами, коллегами, пациентами», «Этические нормы обращения лекарственных средств в Таможенном союзе». Это дает возможность провести этическую оценку нормативных правовых актов, регулирующих указанные аспекты в нашей стране и за рубежом.(1)

Биоэтические проблемы в системе создания и воспроизводства лекарствпредполагают рациональное использование достижений биологических, фармацевтических и медицинских наук для создания лекарств, недостатки современной системы охраны интеллектуальной собственности, препятствующие внедрению в мировую медицинскую и фармацевтическую практику высокоэффективных и безопасных препаратов. Освещаются основные критерии отбора активных веществ и созданных на их основе фармакологических средств для последующих клинических испытаний.

Как результат нарушения принципов фармацевтической этики рассматривается фальсификация лекарственных средств и обосновывается необходимость создания эффективной системы контроля качества и безопасности лекарственных средств как промышленного, так и экстемпорального производства. В этом контексте актуальной является проблема переноса лабораторных экспериментальных данных, полученных на моделях заболеваний, в клинику человека, роль надлежащей лабораторной практики и этических комитетов в защите животных.

Этические основы доказательной медицины рассматриваются на примере надлежащей клинической практики и особенностях её реализации в Республике Беларусь. Студенты изучают основные функции этических комитетов в обеспечении прав пациентов и медицинского персонала. Важным разделом фармацевтической этики являются этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок, принципы этичной рекламы, их реализация в законе «О рекламе» в Республике Беларусь, правовыеосновы рекламы лекарств и других аптечных товаров и способы борьбы с различными видами недобросовестной рекламы.

Фармацевтическая этика изучается на младших курсах, тем самым закладывая основы, нормы и морально-нравственные принципы взаимоотношений провизора с пациентами, коллегами и врачами.При изучении этих разделов студенты знакомятся с ведением Книги замечаний и предложений, работой с жалобами пациентов, проблемами льготного и бесплатного отпуска лекарств, безрецептурного и рецептурного отпуска лекарств, мониторинга их побочного действия.

Заключение. Таким образом, дисциплина «Фармацевтическая этика» формирует у студентовтеоретические основы современного этического

знания, умение пользоваться моральными принципами и правилами, регулирующими профессиональную деятельность провизора.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭТИКИ

Н.У. Тиханович
кандидат философских наук, доцент
С.П. Кулик
кандидат философских наук, доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Биофармацевтическая этика является отраслью специальной биоэтики, изучающей моральные, социальные, правовые, экологические и юридические проблемы создания, доклинических и клинических испытаний, регистрации, производства, доведения до потребителя и использования лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента, а также оказания фармацевтических научно-консультативных услуг с целью защиты здоровья населения и отдельных людей, качества их жизни, физической и психической неприкосновенности личности, защиты человеческого достоинства и обеспечения доступности фармацевтической помощи для широких слоев граждан [1].

Биоэтика и биофармацевтическая этика – интегративные дисциплины, они взаимодействуют с такими формами знания, как философия и религиоведение, культурология и этика, психология и право, история медицины и фармации, организация и экономика фармации. Биофармацевтическая этика знакомит будущих специалистов с морально-этическими аспектами фармацевтической деятельности, формирует их нравственную и профессиональную культуру, способствует осознанию ценности своей профессии, задаёт жизнеутверждающую стратегию видения мира, которая становится важным показателем профессиональных и социально-личностных компетенций.

Преподавание биофармацевтической этики как практической философии профессиональной деятельности современного провизора и фармацевта ориентирует на применение в образовательном процессе методологии деятельностного подхода, активных форм и методов, соответствующих этому высокому статусу дисциплины.

В то же время, начало биоэтического образования в нашем медицинском университете (г. Витебск), как, видимо, и в других медицинских вузах Республики Беларусь, имело свою специфику: преподавание биофармацевтической этики студентам и биоэтическое самообразование самих преподавателей, поиск соответствующей методологии биоэтического образования были одновременными и взаимодетерминированными процессами.

В современных условиях сокращения аудиторной нагрузки и все возрастающей роли управляемой самостоятельной работы студентов весьма эффективными методами биоэтического образования студентов зарекомендовали себя метод проектов и технологии развивающегося сотрудничества.

Метод проектов – это совокупность учебно-познавательных приемов, которые позволяют решить конкретную биоэтическую проблему в результате самостоятельных действий студентов с обязательной презентацией этих результатов. В основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков студентов, умений самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления. Для него характерны следующие приемы: определение источников информации; способов ее сбора и анализа, а также установление способа представления результатов (формы отчета). Устанавливаются процедура и критерии оценки результата и процесса разработки проекта, обязательное распределение заданий и обязанностей между членами команды.

Метод проектов всегда ориентирован на самостоятельную деятельность обучающихся – индивидуальную, парную, групповую, которую они выполняют в течение определенного отрезка времени. С другой стороны метод проектов – это совместная деятельность преподавателя и студента, направленная на поиск решения возникшей проблемы.

Метод проектов в преподавании биоэтических дисциплин позволяет удачно сочетать черты исследовательского, творческого, информационного проекта и одновременно ориентирован на междисциплинарные связи философии и этики, биологии и медицины, фармации. В то же время, изучение теоретического материала проводится в форме самостоятельной работы студентов на опережающей основе. Это означает, что студенты изучают тему программы, которая ранее могла быть не представлена на занятии, при помощи учебников, справочников, литературы, источников, образовательных Интернет-ресурсов.

На первых порах почти не выбирались научные проекты, чаще всего преподаватели и студенты ориентировались на выполнение обучающих, социальных, творческих, а также рекламно-презентационных проектов. К примеру, обучающие проекты преобладали при уяснении исторических и логических моделей биомедицинской этики, социальные и творческие – при попытке осмысления «открытых» проблем биоэтики. В то же время студенты с большим энтузиазмом взялись за рекламно-презентационные проекты, основанные на соблюдении биоэтических принципов.

Метод проектов всегда предполагает решение конкретной биоэтической проблемы медицинской и фармацевтической деятельности. Реализация этого метода в биоэтическом образовании вывела на применение технологии развивающегося сотрудничества. Цель этой

технологии состоит в формировании умений эффективно работать сообща во временных командах и группах и добиваться качественных результатов. Это такая организация занятий, в ходе которых у студентов формируются информационно-коммуникативные компетентности, развиваются мыслительные способности в результате решения проблемной ситуации, подготовленной преподавателем. Работа студентов строится вокруг ключевых проблем, выделенных преподавателем.

Обучаясь с использованием данной технологии, студенты развивают способности организовывать совместную деятельность, основанную на принципах сотрудничества. При этом у них формируются такие личностные качества, как толерантность к различным точкам зрения и поведению, ответственность за общие результаты работы, формируется умение уважать чужие точки зрения, слушать партнера, вести деловое обсуждение, достигать согласия в конфликтных ситуациях и спорных вопросах, – словом, все те качества, которые необходимы для эффективной командной работы.

Для этой технологии характерна постановка задач, которые трудно выполнить в индивидуальном порядке, и для которых нужна кооперация, объединение студентов с распределением внутренних ролей в группе (6-8 человек), причем целеполагание, планирование, выполнение практических заданий и рефлексивно-оценочные действия проводятся самим студентом, т.е. он становится субъектом собственной учебной деятельности. В группе должен быть «лидер», «генератор идей», «функционер», «оппонент», «исследователь». Творческие группы могут быть постоянными и временными. Они подвижны, т.е. студентам разрешается переходить из одной группы в другую, общаться с членами других групп. При этом обучающиеся должны проявить эрудицию, логические, риторические навыки и т.п. Если имеющихся знаний у студентов недостаточно, преподаватель прерывает дискуссию и дает нужную информацию в лекционной форме. Основными приемами данной технологии обучения являются: индивидуальное, затем парное, групповое, коллективное выдвижение целей; коллективное планирование учебной работы; коллективная реализация плана; конструирование моделей учебного материала; конструирование плана собственной деятельности; самостоятельный подбор информации, учебного материала; игровые формы организации процесса обучения.

Для реализации этих приемов преподаватель предпринимает *три технологических шага.*

Первый шаг: опираясь на имеющиеся у студентов знания, преподаватель ставит учебную проблему и вводит в нее группу обучающихся. Обязательный элемент практического занятия – именно введение в проблему, когда каждый участник осознает необходимость ее решения. Этим достигается начальная познавательная активность студентов и первичная актуализация их внутренних целей.

Второй шаг направлен на поддержание требуемого уровня активности обучаемых. Им предоставляется возможность для самостоятельной деятельности. Объединенные в творческие группы (по 6-8 человек), студенты вторично, но на этот раз уже самостоятельно, в процессе общения актуализируют (уточняют, проясняют) свою внутреннюю цель, осмысливают поставленную задачу, определяют предмет поиска, вырабатывают способ совместной деятельности, отрабатывают и отстаивают свои позиции, приходят к решению проблемы.

Третий шаг предполагает общее обсуждение, в процессе которого преподаватель нацеливает студентов на доказательство истинности решений. Каждая группа активно отстаивает свой путь решения проблемы, свою позицию. В результате возникает дискуссия, в ходе которой от студентов требуется обоснование, логичная аргументация, подведение к решению задачи. Обнаружив, что процесс познания приостанавливается из-за недостатка у обучаемых знаний, преподаватель передает необходимую информацию в форме лекции, конференции, беседы.

Технология развивающегося сотрудничества нацелена на то, что студенты получают опыт совместных действий при организации и планировании познавательной деятельности, формулировании и решении учебных проблем, моделировании способов приобретения и переработки информации.

Наиболее ярко положительные стороны метода проектов и технологии развивающегося сотрудничества проявились при организации и проведении конкурса творческих работ студентов по практической реализация биоэтических принципов в рекламе достижений отечественной медицины и фармации. Целью конкурса стало формирование практических навыков профессиональной культуры медика и фармацевта и создание студентами различных видов этичной рекламы материалов, популяризирующих достижения отечественной медицины и фармации, информирующих о деятельности аптеки и экспериментального участка ВГМУ, лаборатории стандартизации и контроля качества лекарственных средств, клиники ВГМУ и отделения гипобарической терапии и бароклиматической акклиматизации.

С большим интересом и энтузиазмом студенты включились в данную форму учебно-исследовательской деятельности и представили на конкурс письменные творческие работы, видеоролики, мультимедийные презентации, буклеты и другие материалы. Лучшие работы студентов рекомендуются к участию в Международной научно-практической

конференции «Студенческая медицинская наука XXI века», вузовских конференциях.

Возможная сфера применения данных творческих работ студентов − информирование населения о достижениях отечественной фармацевтической науки и практики и направлениях деятельности родного университета; создание позитивного имиджа аптеки и клиники ВГМУ по оказанию фармацевтической и медицинской помощи; популяризация услуг, оказываемых отделением гипобарической терапии и бароклиматической акклиматизации, лабораторией стандартизации и контроля качества лекарственных средств ВГМУ; профориентационная работа с довузовской молодежью.

Значимым результатом использования инновационных образовательных технологий стало духовно-нравственное и патриотическое воспитание студентов через формирование на основе осознания ценности Жизни и Человека чувств милосердия и человеколюбия, а также гордости за достижения и успехи родного университета и страны.

Знание биофармацевтической этики и осознанное принятие студентами морально-нравственных норм и правил позволит им целенаправленно изучать профильные дисциплины и сохранять достоинство профессионала, знания и умения которого должны обеспечивать использование достижений современной науки, медицины и фармации только для блага общества и человека на основе принципа жизнеутверждения.

Список цитируемых источников

1. Ибрагимова, Г.Я. Фармацевтическая биоэтика и деонтология: учебное пособие / Г.Я. Ибрагимова, С.Г. Сбоева. – Башкирский государственный медицинский университет, 2006. – 354 с.

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ФАКТОР ВОСПИТАНИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

О.А. Сыродоева

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

В Программе развития Республики Беларусь на 2016-2020 гг. ставка делается на развитие общества знаний. Общество знаний – это общество, главным источником богатства которого является информация, знание. Главной же ценностью общества знаний является человек, способный создавать и применять новые знания и технологии. Движущей силой развития общества знаний является образованная и любящая свою Родину молодежь.

Поиск новых форм и методов образования и воспитания и поддержка молодежных инициатив, направленных на деятельностное участие подрастающего поколения в жизни страны и своего народа, становятся необходимым условием эффективности воспитательной и идеологической работы с учащейся молодежью.

Развитие здравоохранения и непрерывного медицинского образование – важнейшая составляющая социальной политики белорусского государства. Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. На самом деле, высокий профессиональный уровень врача неразрывно связан с чистотой его нравственного облика. Эта истина прекрасно выражена в известном афоризме: «Не будет хорошим врачом тот, кто не является хорошим человеком…». А хороший – это прежде всего такой человек, который относится благожелательно к окружающим его людям, понимает их горести и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает им словом и делом. Человеколюбие и жизнерадостность, милосердие и сострадание – нравственные качества, которые чрезвычайно важны для врача. И наоборот, черствость, равнодушие к людям и их страданиям – качества несовместимые с профессией врача. Статья 2 Кодекса врачебной этики Республики Беларусь главную цель профессиональной деятельности врача определяет как сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений, вероисповедания.

Соединение знаний и нравственности – результат огромной работы человека над собой, которая возможна и приносит результат, если у будущего врача сформирована склонность, предрасположенность к данной профессии. Поддержка молодежной волонтерской деятельности через создание условий для становления и развития волонтерства среди студентов медицинских вузов является значимым фактором социализации и важнейшей формой воспитания студентов медицинских вузов.

Волонтерство – добровольное, безвозмездное, непосредственное участие в реализации позитивно и социально-значимых проектов. Волонтеры безвозмездно отдают время, силы, доброту, любовь на благо другим. Выбирающий профессию врача также должен изначально осознавать, что его деятельность будет протекать в такой области, где денежное вознаграждение не является главным мотивом. Нельзя оценить моральные качества врача в денежном эквиваленте. «Профессия врача – подвиг. Она требует самоотверженности, чистоты духа и чистоты помыслов», – отмечал великий русский писатель и врач А. П. Чехов.

Что дает для становления личности врача участие в волонтерском движении? Волонтерство позволяет будущему медику:

- найти в себе природную предрасположенность к профессии врача;
- разбудить и воспитать в себе любовь, сострадание, милосердие;
- подняться над собственными проблемами, увидев беды других, и стать сильнее;
- самореализоваться и найти возможность проявить и зарекомендовать себя с лучшей стороны;
- приобрести новые знания, выработать умения и навыки;
- применить и проявить профессиональные и организационные способности;
- попробовать себя в разных видах полезной для общества и людей работы;
- проверить свою готовность к профессии врача;
- определиться с выбором жизненного пути и будущей специализации в сфере медицинской профессиональной деятельности.

В УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» в настоящее время более четырехсот студентов принимают непосредственное участие в различных направлениях и формах волонтерской деятельности: оказывают помощь больным детям и детям, оставшимся без попечения родителей; осуществляют просветительскую деятельность по формированию здорового образа жизни и профилактике негативных явлений в молодежной среде; оказывают помощь инвалидам и ветеранам в рамках проекта «санаторий на дому»; организуют благотворительные акции и реализуют другие добрые дела.

Вывод. Приобщение студентов медицинского вуза к волонтерской деятельности – важнейшая образовательная и воспитательная задача в системе профессиональной подготовки будущих медицинских работников. Участие студентов в волонтерском движении является мотивационной основой для активизации личностных усилий на пути внутренней интеграции профессиональных знаний, умений, навыков и нравственных качеств будущего врача

ПРАБЛЕМЫ САЦЫЯЛЬНАЙ БІЯЭТЫКІ Ў ВЫКЛАДАННІ АЙЧЫННАЙ ГІСТОРЫІ (НА ПРЫКЛАДЗЕ СТАНАЎЛЕННЯ СІСТЭМЫ ПРАТЭЗАВАННЯ ІНВАЛІДАЎ І ЎДЗЕЛЬНІКАЎ ВЯЛІКАЙ АЙЧЫННАЙ ВАЙНЫ Ў ПАСЛЯВАЕННЫЯ ГАДЫ)

І. А. Марцынкевіч
кандыдат гістарычных навук, дацэнт
УА *“Віцебскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт”, Віцебск*

У першыя пасляваенныя гады ў сферы медыцынскага абслугоўвання назіралася складаная сітуацыя. Савецкімі органамі ўлады рабіліся спробы ліквідаваць за кароткі тэрмін існуючыя праблемы і цяжкасці, выкліканыя

вайною, і як мага хутчэй забяспечыць інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны медыцынскім доглядам [1, с. 34].

Адным з важнейшых напрамкаў у медыцынскім забеспячэнні інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны з'яўлялася фарміраванне сістэмы пратэзавання дадзенай катэгорыі грамадзян. У гарадах і вёсках краіны нярэдка можна было сустрэць пакалечаных былых франтавікоў, якія вымушаны былі нават жабраваць. У народзе ім давалі асаблівыя імёны, якія характарызавалі іх пакалечанасць: "кастылі", "абрубкі", "тачкі", "печаныя" [2, с. 101-108]. Да пачатку 1950 гг. такіх інвалідаў можна было ўбачыць у цягніках, на вакзалах і рынках, потым пакалечаныя франтавікі і жабракі сустракаліся ўсё радзей. Аднак і праз 10 гадоў пасля заканчэння вайны яны складалі яшчэ значную частку сярод жабракоў. Нават па афіцыйных няпоўных дадзеных, у 1954 г. іх агульная колькасць па СССР налічвала 2 545 чалавек, г.зн. каля 12% ад усіх жабракоў. Прыведзеныя лічбы сведчылі пра недасканаласць савецкай сістэмы сацыяльнага забеспячэння [3, с. 488]. Існаванне такой катэгорыі інвалідаў патрабавала сур'ёзнай і сістэмнай работы дзяржавы па вырашэнні гэтай праблемы.

Важным пунктам па рэабілітацыі інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны і ўключэнні іх у грамадскае жыццё і вытворчую дзейнасць у магчымай для іх форме з'яўлялася стварэнне сістэмы пратэзавання. Станаўленне гэтай сістэмы прайшло доўгі шлях развіцця і ўдасканальвалася на працягу дзесяцігоддзяў. Сітуацыя ўскладнялася тым, што ва ўмовах пасляваеннай разрухі на тэрыторыі БССР не існавала ніводнага прадпрыемства, якое б хоць часткова магло задаволіць вострую патрэбу ў пратэзаванні. Праблема мела не толькі медыка-сацыяльны, але і маральна-этычны характар.

У такіх умовах кіраўніцтвам рэспублікі, а таксама органамі ўлады на месцах – старшынямі выканкамаў – дадзенае пытанне было ўзята пад асабісты кантроль і былі прыняты першапачатковыя меры па яго вырашэнні. 5 красавіка 1945 г. на пасяджэнні СНК БССР была зацверджана пастанова "Аб мерапрыемствах па паляпшэнні патрэб у пратэзаванні інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны і іншых катэгорый па БССР". Выдзяляліся значныя сродкі для рэалізацыі дадзенай справы. Для забеспячэння пратэзамі інвалідаў вайны старшыням абласных выканкамаў Магілёўскага, Бабруйскага, Гродзенскага Саветаў дэпутатаў працоўных да 20 красавіка 1945 г. было даручана арганізаваць у гарадах Магілёве, Бабруйску, Гродна па адной пратэзнай майстэрні абласнога падначалення з колькасцю кваліфікаваных работнікаў не менш за 20 у кожнай. На старшынь Магілёўскага, Гродзенскага і Віцебскага выканкамаў ускладалася задача бесперапыннага забеспячэння электраэнергіяй пратэзных майстэрняў. Старшыня Мінскага гарадскога Савета да 20 красавіка 1945 г. павінен быў выдзеліць Наркамсабесу БССР памяшканне для арганізацыі ў горадзе Мінску прымерачнай і інтэрната на 10 чалавек для інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны, якія прыязджалі на прымерку і атрыманне пратэзаў.

Укамплектаванне пратэзных майстэрняў кваліфікаванымі кадрамі неабходна было правесці за кошт дзеючых арганізацый мясцовай прамысловасці, прамкааперацыі і іншых устаноў. Дадзены факт сведчыць пра тое, што на час выдання пастановы ў краіне не толькі не хапала пратэзных майстэрняў, але і адсутнічала неабходная колькасць прафесіяналаў-пратэзістаў.

У другім квартале 1945 г. Наркамсабесу БССР для арганізацыі пратэзных майстэрняў было выдзелена неабходнае абсталяванне, інструменты і матэрыялы. Народнаму камісарыяту гандлю БССР было даручана харчовае забеспячэнне працоўных пратэзных майстэрняў па нормах асобнага спісу. Паколькі існавала праблема недахопу матэрыялаў, з якіх выраблялiся пратэзы, то Наркамсабес БССР павінен быў забяспечваць пратэзныя майстэрні неабходнымі паўфабрыкатамі.

Згодна з дадзенай пастановай адбыліся і некаторыя змены ў гаспадарчых органах краіны. Была зацверджана дадатковая штатная адзінка намесніка старшыні сацыяльнага забеспячэння па пратэзнай прамысловасці, а замест аддзела пратэзавання быў створаны аддзел пратэзнай вытворчасці [4, арк.1].

Нягледзячы на такія меры, прынятыя ўрадам, сітуацыя з пратэзаваннем змянялася ў лепшы бок вельмі марудна. Пратэзаў не хапала, а ў рабоце толькі што арганізаваных майстэрняў па іх вырабе было шмат хібаў. Пастановы рэспубліканскага саўнаркама не выконваліся ў поўным аб’ёме. Прыкладам таго з’яўляецца рашэнне СНК БССР ад 27 снежня 1945 г. № 958, у адпаведнасці з якой, пратэзныя прадпрыемствы Наркамсабеса БССР павінны былі штомесяц вырабляць і здаваць па 100 пар пратэзнага абутку для задавальнення патрэб інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны. Аднак гэта не было выканана. За 6 месяцаў 1945 г. замест 600 пар было выраблена і перададзена прадпрыемствам пратэзнай прамысловасці толькі 50 пар абутку. Такая сітуацыя тлумачыцца тым, што пратэзныя прадпрыемствы БССР на працягу 1945 г. выраблялі пратэзы толькі для інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны, якія знаходзіліся ў эвакуіраваных шпіталях, і за гэты час назбіралася шмат заказаў ад інвалідаў-франтавікоў, якія вярнуліся раней на месца свайго былога жыхарства.

Існуючыя пратэзныя майстэрні ў Мінску і Гомелі ў гэты час мелі поўную загрузку на 4 месяцы наперад, а зноў арганізаваныя пратэзныя майстэрні ў Віцебску, Магілёве, Бабруйску рабілі толькі артапедычны абутак і выраб пратэзаў не асвоілі. У такіх абставінах Народны камісарыят сацыяльнага забеспячэння БССР вымушаны быў звярнуцца да кіраўніцтва рэспублікі з просьбай аб спыненні прыёму заказаў на тры месяцы для выканання прынятых заказаў і для асваення вырабу пратэзаў зноў аргнізаванымі майстэрнямі [5, арк. 95.].

У выніку такой сітуацыі інваліды Вялікай Айчыннай вайны, якія скончылі лячэнне ў шпіталях, атрымлівалі пратэзы без абутку, што выклікала хуткі знос пратэзаў. Кіраўніцтва рэспублікі прымала тэрміновыя

меры па забеспячэнні паставак прапанаванай колькасці абутку і перадачы іх пратэзным прадпрыемствам Наркамсабеса БССР. СНК БССР 11 кастрычніка 1945 г. прыняў пастанову “Аб мерах па дапамозе пратэзным прадпрыемствам Наркамата сацыяльнага забеспячэння БССР”, у якой прадугледжвалася правядзенне аддзелам сацыяльнага забеспячэння ў чацвёртым квартале 1945 г. месячных курсаў па падрыхтоўцы спецыялістаў-пратэзнікаў у колькасці 30 чалавек [6, арк. 88].

Усе гэтыя меры, прынятыя за кароткі тэрмін, безумоўна, адыгрывалі станоўчую ролю ў стварэнні сістэмы пратэзавання інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны ў рэспубліцы, але ўсіх задач не вырашалі, пра што сведчыць ліст першага намесніка старшыні СНК БССР К.В. Кісялёва на імя дырэктара Калінінскага пратэзнага завода (29 кастрычніка 1945 г.). У ім утрымлівалася просьба вырабіць на дадзеным прадпрыемстве 150 пратэзаў і перадаць іх Наркамсабесу БССР. Такая вострая патрэба і немагчымасць яе вырашэння сіламі прадпрыемстваў рэспублікі тлумачылася ўсё тымі ж прычынамі – неўкамплектаванасцю кадраў і недахопам матэрыялаў [6, арк. 86].

К.В. Кісялёў звярнуўся таксама за дапамогай у вырашэнні дадзеных праблем да намесніка старшыні СНК СССР В.М. Молатава. У сваім звароце ён паведамляў, што нядаўна арганізаваныя пратэзныя прадпрыемствы не ўкамплектаваны кваліфікаванымі спецыялістамі-пратэзнікамі і таму не ў стане на дадзены момант забяспечыць шпіталі і інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны выпускаемай прадукцыяй [6, арк. 87]. Яшчэ адна просьба Наркамсабеса БССР у выдзяленні 500 гатовых пратэзаў сцягна і галёнкі або ў іх вырабе ў горадзе Калініне і ў пратэзных майстэрнях памежных з БССР гарадоў 13 лістапада 1945 г. была адрасавана да наркама сацыяльнага забеспячэння РСФСР А.М. Сухава [7, арк. 105-107].

Прынятыя намаганні прывялі да павелічэння колькасці вырабляемых пратэзаў. Аднак існавала яшчэ адна праблема, якая не страціла сваёй актуальнасці і праз некалькі гадоў пасля заснавання пратэзных майстэрняў у БССР. Яна была звязана з недахопам спецыялістаў у дадзенай вытворчасці. У ананімных лістах інваліды Вялікай Айчыннай вайны пісалі ў шматлікія інстанцыі і скардзіліся на якасць пратэзных вырабаў. Па іх словах, пратэзы выраблялiся нязручныя, яны дралі вопратку і сціралі да крывавых мазалёў цела. Сама прымерка праходзіла няякасна і без адпаведнай увагі да інвалідаў Вялікай Айчыннай вайны супрацоўнікаў майстэрняў, што стварала дадатковыя цяжкасці ў карыстанні пратэзамі [8, арк. 405, 407]. Нават праз дзесяць гадоў пасля вызвалення БССР у даведцы аб рабоце аддзела сацыяльнага забеспячэння наркамата БССР за 1954 г. адзначалася, што па выніках праверкі можна канстатаваць выпуск няякаснай прадукцыі і парушэнне тэрмінаў вырабу пратэзаў [8, арк. 53].

Тым не менш, нягледзячы на ўсе складанасці, было зроблена галоўнае – закладзена аснова сістэмы пратэзавання. На 1 студзеня 1954 г. у

БССР дзейнічала 6 пратэзных прадпрыемстваў, якія ўжо поўнасцю забяспечвалі патрэбы інвалідаў ва ўсіх відах пратэзаў. За 1954 г. іх было выпушчана 7 416 штук. Інвалідам вайны было перададзена 7 663 пары пратэзна-артапедычнага абутку.

Такім чынам, гісторыя Вялікай Айчыннай вайны і пасляваеннага аднаўлення не можа разглядацца без засяроджвання ўвагі студэнтаў на аксіялагічныя праблемы, што закранаюць правы чалавека на жыццё і захаванне здароў'я. Гэта дазваляе наладзіць міжпрадметныя сувязі паміж выкладаннем айчыннай гісторыі і біямедыцынскай этыкі студэнтам медыцынскага ўніверсітэта.

Спіс цытуемых крыніц

1. Трафімчык, Н. В. Матэрыяльнае становішча насельніцтва Ушацкага раёна ў першыя гады пасля вызвалення ад нацысцкай акупацыі / Н. В. Трафімчык // Книжное наследие А.П. Сапунова : мат-лы респ. научно-практ. конференции к юбилеям издания А. П. Сапуновым книг «Витебская старина» (т. 1, 1883) и «Река Западная Двина» (1893), 23 декабря 2013 г. / Управление идеологической работы, культуры и по делам молодежи Витебского облисполкома, ГУ «Витебская областная библиотека имени В.И. Ленина», ВГУ имени П.М. Машерова, Кафедра истории Беларуси ; редкол.: А. И. Сёмкин (гл. ред.) [и др.]. – Минск : Национальная библиотека Беларуси, 2014. – С. 152–155.
2. Зубкова, Е. Ю. На "краю" советского общества. Маргинальные группы населения и государственная политика в 1940–1960-е годы / Е. Ю. Зубкова // Российская история. – 2009. –№ 5. – с. 101-118.
3. Коммунистическая партия Советского Союза в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК (1898–1986) / Ин-т марксизма-ленинизма при ЦК КПСС. – 9-е изд., испр. и доп. – М. : Изд-во полит. лит., 1985. – Т. 7 : 1938–1945. – 574 с.
4. Дзярдаўны архіў Віцебскай вобласці (ДАВВ). – Фонд 735. – Воп. 5. – Спр. 58. – Зв. 3.
5. Нацыянальны архіў Рэспублікі Беларусь (НАРБ). − Фонд 7. – Воп. 4. – Спр. 3059.
6. НАРБ. − Фонд 7. – Воп. 4. – Спр. 3059.
7. НАРБ. − Фонд 7. – Воп 4. – Спр. 3033.
8. НАРБ. − Фонд 7. – Воп 4. – Спр. 3067.

РОЛЬ И МЕСТО ПЕДАГОГИКИ СОТРУДНИЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

И.И. Возмитель

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

«Детей надо любить всем сердцем и, чтобы их любить так, нужно учиться у них, как следует проявлять эту любовь. Каждый школьный день, каждый урок должен быть осмыслен педагогом как подарок детям. Каждое общение ребенка со своим педагогом должно вселять в него радость и оптимизм. Пусть педагог всегда спешит к детям, радуется каждой встрече с ними; тогда и дети будут спешить в школу и от всего сердца радоваться каждой встрече со своим педагогом»(Ш.А. Амонашвили).

Как сделать процесс обучения увлекательным? Как раскрыть творческие способности каждого студента и пробудить его инициативу? Как сделать так, чтобы всем было комфортно на занятии? Сегодня, пожалуй, не найдётся педагога, которого не волновали бы эти вопросы. Традиционная система обучения с преобладанием фронтальной работы, с преподнесением готовых знаний неэффективна и не способствует развитию студентов.

Главными понятиями гуманистического обучения и воспитания в педагогической психологии являются «самоактуализация человека», «личностный рост», «развивающая помощь». Учение, в котором заинтересован ученик, где есть не просто накопление фактов, а изменение студента, его поведения, его «Я-концепции», называют значимым для человека учением. Важными условиями, при которых оно может состояться: 1) студенты решают в процессе обучения проблемы, интересующие и значимые для них; 2) педагог чувствует себя по отношению к студентам конгруэнтно, т. е. проявляет себя таким человеком, как он есть, выражая себя свободно; 3) педагог проявляет безусловное положительное отношение к студентам, принимает такими, каковы они есть; 4) педагог проявляет эмпатию к студенту, способность проникать в его внутренний мир, понимать его, смотреть его глазами, оставаясь при этом самим собой; 5) педагог играет роль помощника и стимулятора значимого обучения, должен создать психологический комфорт и свободу тому, кого он учит, т. е. обучение должно быть центрировано на студенте, а не на учебном предмете.

Методами гуманистического обучения являются дискуссии, ролевые и дидактические игры, творческие проекты, которые делают процесс обучения динамичным, интересным и эффективным.

Технология обучения в сотрудничестве вполне органично вписывается в систему обучения, позволяет достигать прогнозируемых результатов и раскрывает потенциальные возможности каждого студента. Сущность этой технологии заключается в создании условий для творческого саморазвития личности, для формирования коммуникативных умений, развития языковой компетенции.

Технология сотрудничества – педагогическая технология, ориентированная на создание условий для активной совместной

деятельности учащихся в разных учебных ситуациях. Студенты разные, но если каждый отвечает за результат всей группы, то и работа его будет направлена на ликвидацию возможных пробелов при изучении материала. Высшей формой проявления обучения в сотрудничестве является применение *метода проектов*, в основе которого лежит развитие познавательных навыков студентов, умение самостоятельно конструировать свои знания и ориентироваться в информационном пространстве, развитие творческой активности.

В 80–90-е годы XX века в педагогике обозначился личностный подход, т.е. равенство позиций учителя и ученика в общении. Процессы демократизации, гуманитаризации и гуманизации системы образования и всего общества обусловили поворот к личности обучаемого, способной к саморазвитию и самоорганизации жизни, достойной Человека. Педагогическое общение призвано обеспечить глубокое уважение к личности студента как к потенциальному носителю разумного, духовного, творческого.

Под педагогическим сотрудничеством обычно понимают профессиональное общение преподавателя со студентами на занятии и вне его (в процессе обучения и воспитания), имеющее определенные педагогические функции и направленное (если оно полноценное и оптимальное) на создание благоприятного психологического климата, а также на другого рода психологическую оптимизацию учебной деятельности и отношений между педагогом и учащимся (А. А. Леонтьев).

Один из критериев продуктивного ***педагогического сотрудничества*** – это создание благоприятного психологического климата, формирование определенных межличностных отношений в учебной группе. Межличностные отношения в учебной группе действительно должны формироваться педагогом целенаправленно. При этом на определенных – высших – стадиях основным их источником становится саморазвитие коллектива. Но на начальных этапах центральное место в формировании высокого уровня межличностных отношений принадлежит педагогу. Недаром поэты Древнего Востока говорили, что ученики подобны фруктовому саду, а учитель – садовнику. Поначалу деревца слабые и их жизнь полностью зависит от хлопот садовника, но потом, окрепнув, они растут сами и приносят сладкие плоды.

Общение между педагогом и студентом – одна из основных форм, в которой дошла до нас тысячелетняя мудрость, накопленная человечеством.

В настоящее время проблема познания педагогом личности студента приобрела особую значимость, ибо она непосредственно связана с гуманистическими тенденциями, которые составляют ядро современного учебно-воспитательного процесса.

Различные новые подходы в педагогической практике (связаны с переходом от понятийной системы «***субъект-объект***» к системе «***субъект-субъект»***, от одностороннего процесса анализа к двустороннему. Несмотря

на то, что в психологии понятия «деятельность» и «общение» рассматриваются как самостоятельные категории, имеются области, в которых они сближаются. В особенности это заметно на примере педагогических дисциплин, объект которых – именно та деятельность, которая строится по законам общения. Общение же, как таковое всегда предполагает параллельный процесс межличностного познания. Поэтому эффективность педагогического общения во многом зависит от того, насколько полно и адекватно педагог отражает личность студента. Способность к сопереживанию не только повышает адекватность восприятия «другого», но и ведет к установлению эффективных, положительных взаимоотношений со студентом.

С одной стороны, более глубокое и адекватное отражение личности обучающего позволяет педагогу принимать свои решения более обоснованно, а значит, повышает продуктивность воспитательного процесса. С другой стороны, проявление эмпатии находит эмоциональный отклик у студентов, и между ним и педагогом устанавливаются положительные отношения.

А это в свою очередь также не может не повышать продуктивность педагогического общения.

В последние годы наряду с традиционным вниманием к проблемам психологии деятельности все большее внимание уделяется проблемам психологии общения. В современной науке общение и деятельность – это самостоятельные психологические реальности с собственной структурой и своими законами. Между ними существуют органические связи. Более того, встречается общение, которое принципиально строится по законам деятельности (например, актерская игра), и наоборот, имеются виды деятельности, которые строятся по законам общения.

Поскольку объект педагогической деятельности – личность/человек, то она строится по законам общения. В структуре общения обычно выделяют три составляющих: когнитивный (познавательный), аффективный (эмоциональный), поведенческий.

Таким образом, стиль отношений сотрудничества можно сформулировать кратко так: – не запрещать, а направлять; – не управлять, а соуправлять; – не принуждать, а убеждать; – не командовать, а организовывать; – не ограничивать, а предоставлять свободу выбора.

Список цитируемых источников

1. Амонашвили, Ш.А. Размышления о гуманной педагогике / Ш.А. Амонашвили. – М., 1996.
2. Белкин, А.С. Ситуация успеха. Как ее создать / А.С. Белкин. – М., 1991.
3. Белухин, Д.А. Основы личностно-ориентированной педагогики: в 2 ч. / Д.А. Белухин. – Москва; Воронеж, 1996–1997.

4. Жук, О. Л. Педагогика: учеб.-метод. комплекс для студентов пед. специальностей / О. Л. Жук. – Белорус. гос. ун-т. – Минск: БГУ, 2003. – 374 с. –Библиогр.: С. 380.

МЕТАИНДИВИДНЫЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТА-МЕДИКА

О.И. Гапова

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

«Не за умными словами идут к Учителю, а для того, чтобы соприкоснуться с его духовным миром»
Э. Фромм

Медицинская деятельность в силу своей специфики требует глубокого профессионального самоопределения специалиста, мотивированности его на постоянное самосовершенствование в профессии и высокой профессиональной нравственной культуры. Согласно историческим традициям медицины, к моральным, гражданским и личностным качествам врача обществом всегда выдвигались более высокие требования, чем к представителям других профессий.

Успешность деятельности врача определяется не только собственно профессиональными знаниями, умениями, навыками, но и умением специалиста реализовать их в своей работе за счет развития профессиональных качеств личности, качественного определения своей профессиональной роли и позиции.

Среди личностных профессионально важных качеств медицинских работников исследователи выделяют: умение понимать и психологически верно оценивать эмоциональное состояние пациентов (эмпатия), наличие навыков установления адекватных и эмоционально восприимчивых отношений с ними; умение анализировать свое поведение и поведение окружающих, самостоятельно контролировать конкретные социальные и профессиональные ситуации, брать на себя ответственность за их решение; иметь адекватную и устойчивую «Я-концепцию»; способность оказывать социально-психологическую поддержку всем участникам лечебного процесса; достаточно развитый профессиональный интеллект (клиническое мышление, клиническое наблюдение, багаж профессиональных знаний); гуманное отношение к людям; высокий уровень культуры.

В последнее время с новой силой актуализировались вопросы гуманизации медицинского образования, вопросы личностно-профессионального развития будущего врача, в особенности его ценностно-смысловой сферы и морально-нравственных качеств.

Фундаментальным условием развития личности специалиста является повышение уровня его профессионального самосознания, становление его «профессионального Я», обретение им профессиональной идентичности.

В современной педагогике все чаще звучит идея относительно учета иерархии ценностей в процессе профессиональной подготовки, где приоритетным является развитие личности, а лишь затем профессионализация и специализация. Вместе с тем, психолого-педагогическая подготовка будущих медиков требует значительного усовершенствования, поскольку ориентация на дисциплины этого цикла как «вспомогательные», «дополнительные», «второстепенные», «курсы по выбору» отражена сначала в структуре учебных планов, а затем и в структуре профессионального сознания медика.

Период обучения в вузе является сенситивным периодом формирования профессионального самоопределения будущего специалиста. В этот период на основе интенсивной передачи социального и профессионального опыта и формирования необходимых качеств растут общая зрелость и устойчивость личности студента, повышается удельный вес самовоспитания студента в формировании профессионально важных качеств, опыта, необходимых ему как будущему специалисту, крепнут профессиональная самостоятельность и готовность к будущей практической работе. Поэтому, на первом этапе профессионального становления очень важно сформировать основные ценности профессии, стремиться к тому, чтобы студент осознал, осмыслил, принял и по возможности углубил их индивидуальными смыслами.

С точки зрения К. Обуховского, существенной особенностью юности является формирование и развитие потребности в осознании смысла жизни и оценивается как единый стержень поведения, который способен закрепить его зрелые формы. На начальной фазе развития потребности смысла жизни (студенческие годы) поведение подчиняется необходимости эмоционального контакта. Потребность в смысле жизни закрепляется главным образом через идентификацию с готовыми образцами.

Неоспорим тот факт, что первыми авторитетными образцами профессионального поведения, отношения к профессии и субъектам профессиональной деятельности для студентов являются преподаватели.

Следуя теории личности А.В. Петровского, через метаиндивидную структуру личности педагоги осуществляют реальные «вклады» в своих студентов не только в виде знаний, но и преобразуют их на личностном уровне. Имеется в виду активный процесс определенного «продолжения себя в другом» не только в сам момент воздействия субъекта на других индивидов, но и вне рамок актуального непосредственного сиюминутного взаимодействия с ним. Качество этих «вкладов» во многом зависит от общей и коммуникативной культуры каждого преподавателя.

Коммуникативная культура современного преподавателя выражается в умении устанавливать гуманистические, личностно-ориентированные

взаимоотношения со студентами и коллегами, мотивировать студентов на деятельность и достижения в ней, давать положительную обратную связь партнеру по взаимодействию, осуществлять педагогическую поддержку при организации совместной деятельности и межличностного общения, ориентироваться на признание положительных качеств, сильных сторон, значимости другого человека.

Преподаватель постоянно включен в процесс общения, предусматривающий разнообразные и многоплановые взаимоотношения со студентами и коллегами. В связи с этим, существует реальная потребность современного общества в специалистах, способных к постоянному развитию своих личностных качеств, духовного мира, профессионализма, умеющих с максимальным эффектом использовать свои природные возможности, развивать общую и коммуникативную культуру.

Профессионально-педагогическое образование, осуществляемое в рамках факультета повышения квалификации и переподготовки по педагогике и психологии в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», призвано вывести преподавателей на качественно новый уровень педагогической деятельности, для которой характерны человеко-центристские ориентации.

В программе курса «Введение в специальность» целенаправленно значительное внимание уделяется вопросам педагогической этики, т.к. это наука не только о становлении нравственного сознания педагога, но и кодекс высокоморальных отношений в сфере «человек-человек». Необходимость изучения основ педагогической этики преподавателями продиктована особой ролью педагогического труда в жизни нашего общества, необходимостью выделить педагога как носителя высоких идеалов, способного реально влиять на подрастающее поколение и в значительной степени формировать мировоззрение современной молодежи. Авторитет педагога должен стать синонимом высокой духовности, открытости, гуманизма и образцом для подражания.

Список цитируемых источников

1. Биомедицинская этика: учеб. пособие / Т.В. Мишаткина [и др.]; под общ. ред. Т.В. Мишаткиной. – Мн., 2003. – 320 с.
2. Никифоров, Г. С. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: теория и практика / Г.С. Никифоров. – СПб: Изд-во Речь, 2010. – 816 с.
3. Петровский, А.В. Психология: учебник для студ. высш. пед. учебн. завед. / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: Академия, 2001. – 512 с.
4. Шевцова, Е.В. Взаимосвязь профессиональной и коммуникативной культуры личности будущего специалиста / Е. В. Шевцова // Сб. науч. трудов СевКазГТУ. Серия «Гуманитарные науки». Вып. № 10. – Ставрополь, 2003.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТРЕВОЖНОСТИ С УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

О.Е.Оленина
4 курс, факультет социальной педагогики и психологии
ВГУ им. П.М. Машерова
Е.А. Оленин
УЗ «ВОКБ» Витебск

Актуальность. Изучение тревожности у подростков носит, как правило, ярко выраженный прикладной, "служебный" характер. Именно тревожность лежит в основе целого ряда психологических трудностей, в том числе многих нарушений развития. Тревожность рассматривается как показатель "преневротического состояния", ее роль чрезвычайно высока и в нарушениях поведения. Известно, что в современном обществе те или иные формы тревожности характерны для большинства детей [1].

Тревожность негативно влияет на успешность деятельности подростков. Высокая тревожность может служить основной причиной появления трудностей в обучении и во взаимоотношениях с окружающими, поскольку тревожность создаёт эмоциональный дискомфорт в общении и препятствует установлению и поддержанию контакта, снижает продуктивность познавательной деятельности. Значение профилактики тревожности, её преодолевание важно при подготовке детей и взрослых к трудным ситуациям (экзамены, соревнования и др.), при овладении новой деятельностью [2].

На сегодняшний день существует значительное количество способов воздействия на личность подростка, на его мотивационную сферу, являющейся определяющей в поведении. Подростковый возраст можно отнести к одному из самых важных в формировании мотивации учебной деятельности. Но, перед тем как начинать развивать и формировать мотивацию учения надо изучить её. У каждого ученика есть некоторый наличный уровень мотивации, на который можно опереться. В работе учителя изучение и формирование мотивации неразрывно связаны. Чем старше становится ученик, тем больше у него проблем, связанных с нежеланием учиться. Стандартным способом является попытка стимулировать учебную активность нерадивых учащихся плохими оценками, дети переживают, но и это не всегда помогает [3].

Цель исследования – выявить взаимосвязь между уровнями тревожности и учебной мотивацией у подростков.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования проводилась диагностика по двум методикам:

1) методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса

2) методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению в средних и старших классах школы Ч.Д. Спилбергер – А.Д. Андреева

Далее использовалось процентное соотношение, сравнительный и статистический анализ результатов.

Результаты исследования. Исследование проводилось в форме тестирования на базе ГУО «Средняя школа № 11» г. Витебска. В нём приняло участие 30 учеников 5 «Б» класса в возрасте от 11 до 13 лет.

Диагностика по методики Филлипса помогла выявить то, что у 63% учащихся выявлен нормальный общий уровень тревожности; у 37% – повышенный общий уровень тревожности, и, наконец, высокий общий уровень тревожности не выявлен ни у одного из учеников, что в процентном соотношении составляет 0%. Таким образом, нормальный уровень школьной тревожности стал доминирующем для респондентов.

По методике диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению доминирующим является средний уровень с несколько сниженной познавательной мотивацией. Он выявлен у 57% учащихся. У 3% учеников выражена продуктивная мотивация с выраженным преобладанием познавательной мотивации учения и положительного эмоционального отношения к нему; 7% респондентов – резко отрицательное отношение к учению; 10% имеют сниженную мотивацию, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учению, и, наконец у 23% процентов подростков выявлена продуктивная мотивация, позитивное отношение к учению, соответствие социальному нормативу.

В ходе корреляционного анализа установлена высокая связь между общим уровнем тревожности и общим уровнем мотивации ($r = -0{,}432$; $p < 0{,}05$), таким образом это говорит о том, что чем выше имеющейся уровень тревожности, тем ниже учебная мотивация подростков.

Выводы. Таким образом, в результате исследования было выявлено что: высоких показателей уровня тревожности не выявлен ни одного из учащихся, доминирующем является нормальный уровень школьной тревожности и он выявлену 63% учащихся; по результатам диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению доминирующим является средний уровень с несколько сниженной познавательной мотивацией и выявлен у 57% учащихся. Также была выявлена высокая значимая корреляционная взаимосвязь между уровнями тревожности и учебной мотивации, что говорит о том, что в процессе обучения, при наличии у школьников подросткового возраста повышенного уровня тревожности, имеет место быть снижение учебной мотивации.

Вследствие этого мы предлагаем следующие способы профилактики повышенного уровня тревожности и среднего уровня учебной мотивации у подростков:

1) предоставление частичной свободы выбора .

2) интерес и радость должны быть основными переживаниями школьнику в процессе обучения;

3) при обучении необходимо учитывать запросы, интересы и устремления детей;

4) правильно преподносить содержание учебного материала, чтобы это было интересно;

5) изменять методы и приемы обучения:

6) создание ситуации успеха, через выполнение заданий посильных для всех учащихся, изучение нового материала с опорой на старые знания;

7) положительный эмоциональный настрой, через создание на уроке доброжелательной атмосферы доверия и сотрудничества, яркую и эмоциональную речь учителя;

8) создание атмосферы энтузиазма, оптимизма и веры детей в свои способности и возможности

9) рефлексия, через оценку собственной деятельности и деятельности других, оценку результата деятельности, вопросы, требующие многовариантных ответов (например, «почему было трудно?», «что открыли, узнали на уроке?» и т.д.)

Список цитируемых источников

1. Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.
2. Прихожан, А.М. Диагностика личностного развития детей подросткового возраста / А.М. Прихожан. – М.: Изд-во АНО «ПЭБ», 2007. – 170 с.
3. Ломов, Б.Ф. Методические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов – М.: 2004. – 210 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

С.А. Петрович

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Среди множества проблем, стоящих перед высшей школой, выделяется проблема формирования гуманистической направленности личности будущего специалиста. Высшее учебное заведение является не только центром науки и образования, но и фактором воспроизводства духовной жизни общества. Однако тенденция профессионализации высшего образования зачастую способствовала развитию у студентов узкопрофессионального мышления. Высшая школа в СССР формально

была ориентирована на специалиста широкого профиля, однако процент гуманитарных дисциплин оставался на уровне около 10. Уже во второй половине XX века осознание и устранение этих негативных последствий, активное изучение наук о человеке и обществе привело высшую школу к необходимости пересмотра целей, содержания, методов и форм преподавания.

Вхождение в пространство европейского сотрудничества и Болонского процесса в обеспечении качества образования позволяет найти пути реализации современного образовательного пространства, которые определены в понятиях «гуманизация-гуманитаризация», «непрерывность», «инновационность» и «качество образования». Эти четыре аспекта создают идеальную конструкцию для получения конкурентоспособного образования на мировом рынке труда.

Во многих странах мира гуманитаризация образования уже стала необходимостью. Изменение технологий и подходов в любой области деятельности требуют расширения кругозора личности, умения проводить технический, экономический и психологический анализ ситуации. Известный американский специалист в области образования Х.Д. Риковер отмечает, что «даже для узкоспециализированной деятельности узкие специалисты будут менее эффективны, потому что они не имеют образовательной основы, которая сделала бы их способными развивать собственную деятельность» [3]. Общей тенденцией американской и западноевропейской систем высшего образования в различных областях знаний на сегодняшний день является увеличение доли гуманитарных наук до 40%. В вузах США обязательным является изучение философии, истории, литературы, теории общения. Гуманитарная подготовка значительно повышает творческий потенциал и адаптационные возможности студента, способствует ассоциативному восприятию информации. Это является базисом для внедрения новых современных обучающих технологий [1].

Важным фактором обновления и содержательной перестройки высшего образования выступает его последовательная гуманитаризация. Термины “гуманистический” и “гуманитарный” весьма близки по своему смыслу, и, тем не менее, их все чаще начинают различать в дискуссиях о гуманитаризации образования.

Гуманизация – объективная потребность общественного развития, основной вектор которого – направленность на человека. Гуманизация высшего образования в общем виде означает признание простой истины: человек является главным в системе образования. Единой целью такого подхода будет развитие и становления человеческой личности, ее творческого потенциала, ее самореализации.

Гуманитаризация высшего образования выступает одним из важных инструментов, механизмов гуманизации. Это несколько больше, чем просто привлечение человека к гуманитарной культуре. Данный

процесс рассматривается как способ приобщения студента к духовным ценностям цивилизованного мира, его окультуривание в широком смысле слова, отнюдь не сводимом к узкой профессионализации.

Основные цели гуманитаризации образования – достижение целостности знаний о человеке и ориентированности в системе гуманитарного знания, создание гуманитарных основ интеллигентности, формирование мотивации самообразования в гуманитарной области [2].

Учебный процесс в медицинском вузе достаточно напряженный, основная деятельность обучения требует уделения большей части времени и внимания специальным дисциплинам. Однако понятие «хороший специалист» в данном контексте предполагает в том числе высокий нравственный и культурный уровень. Гуманитаризация высшего медицинского образования заключается в возрождении и развитии прогрессивных традиций культуры и образа жизни врачебной интеллигенции, воспроизводства общечеловеческих ценностей, духовности, милосердия и высокой нравственности.

Следует расширять объем понятия «гуманитаризация медицинского образования» за счет включения в него рефлексии «образа Я» как будущего врача, осознания норм и правил здорового образа жизни, соблюдения оптимальных взаимоотношений в системе «человек-человек», ориентации на целостное восприятие пациента как личности, осуществления гуманитарной экспертизы собственных действий и принимаемых решений.

Модель самой гуманистической профессии, то есть профессии врача, может включать следующие составляющие: 1) профессиональные знания, умения и навыки; 2) клиническое мышление как особый тип профессионального логического мышления. 3) морально-нравственные деонтологические качества специалиста, составляющие гуманистическое ядро его личности.

Успешному формированию названных профессиональных качеств врача способствует включение студента в сравнительно новый тип личностно-ориентированного образования. Этот тип образования признает приоритет развития личности студента, его культурной идентификации, социализации, личностного самоопределения.

В медицинском вузе формирование гуманистического потенциала личности осуществляется на основе современных достижений широкого круга гуманитарных наук – истории, философии, культурологии, социологии, политологии, правоведения, психологии и педагогики. Оно ориентировано на формирование у будущих специалистов необходимых для современной жизни качеств и ценностей: гуманистических, социокультурных, социальных, психологических и др.

Процесс гуманитаризации медицинского образования станет значимым фактором повышения качества обучения в вузе, если:

- в содержание обучения гуманитарных дисциплин будут включены компоненты, ориентированные на развитие ценностно-смысловой сферы личности будущих специалистов;

- базовые ценности гуманитарного знания (духовные, нравственные, смысловые универсалии, личностные ценности) будут присутствовать в содержании всех дисциплин гуманитарного цикла;

- в качестве особого элемента содержания образования в учебном процессе будет представлен опыт ценностно-смыслового анализа гуманитарных проблем, изучение социальных, этико-правовых и других последствий профессиональных действий, рефлексии «образа Я» как личности и профессионала.

Гуманитаризация обучения в медицинском вузе должна привести к нравственному и духовному обогащению личности будущего врача. Данная задача нацелена еще и на воспитание студентов, подчеркивая связь и преемственность общечеловеческих норм нравственности, составляющих основу медицины.

Список цитируемых источников

1. Кравец, А.С. Гуманизация и гуманитаризация высшего образования А.С. Кравец. – М.: Просвещение, 2004.

2. Крылова, Н.Б. Формирование культуры будущего специалиста / Н.Б. Крылова. – М.: Высш. шк., 1999. – 140 с.

3. Соколков, Е. А. Философско-методологические проблемы формирования личности специалиста в высшей школе: монография / Е. А. Соколков, Т. А. Рубанцова / М-во образования и науки РФ, Федеральное агентство по образованию, Новосибирский гуманитарный ин-т. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2006. – С.143. – (Приложение к журналу «Философия образования»; т. XXII).

ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ГЛАЗАМИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

МОТИВАЦИЯ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА И ЦЕННОСТНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А.А. Довнар
4 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент **С.П. Сивакова, Г.Д. Смирнова**
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Актуальность: В мире существует огромное количество профессий, которые охватывают различные сферы человеческой деятельности, постоянно изменяются вместе с развитием общества, науки и техники, но профессия врача при этом сохраняет свои главные признаки и сопровождает человечество в течение столетий. В связи с тем, что здоровье человека выступает главным объектом профессиональной деятельности врача, требования общества к его мотивационной сфере и профессионально-важным качествам предъявляются достаточно высокие [2,7].

К сожалению, после получения образования по информации ВЦИОМ 60% выпускников университетов не работают по специальности [6]. По данным Национального статистического комитета в Республике Беларусь около 5% врачей уходят из профессии [6]. Среди причин ухода молодых врачей из системы здравоохранения является низкая привлекательность профессии, отсутствие мотивационных механизмов [3-7].

Беларусь, согласно данным ВОЗ, занимает третье место среди стран с наибольшим количеством врачей на душу населения – на каждые 10 тысяч белорусов приходится 49 медиков с высшим образованием, тем не менее, по данным Интернет-портала belchas.by, в целом система здравоохранения Республики Беларусь обеспечена медицинским кадрами лишь на 95% [1].

Цель работы. Изучение мотивации получения высшего медицинского образования, причин выбора профессии врача среди студентов медицинского вуза и ценностная ориентация студентов медицинских вузов.

Материал и методы исследования. С помощью социолого-диагностического метода обследованы: школьники выпускных классов гимназии № 2 г.Гродно, студенты 2-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов УО «Гродненский государственный медицинский университет» и врачи, работающие в организациях здравоохранения г.Гродно и Гродненской области.

Результаты работы. Полученные результаты позволяют констатировать, что при выборе профессии врача, как школьники, так и студенты-первокурсники ориентируются на функциональное содержание данной сферы труда. Причины поступления в медицинский университет разделились равномерно: 30,1% респондентов уверены, что именно любовь к людям привела их в медицину, 24,1 % – сомневаются в том, что любовь к людям – главная причина поступления их в медицинский университет, 21, 5% – в медицину привело желание получить высшее образование, и 24,3% – затруднились ответить. К сожалению, только 14,6% студентов уверены в своем правильном выборе профессии. Считают, что главная причина потери интереса к профессии врача – это маленькая зарплата 56,9% респондентов, еще для 14,3% – это отсутствие перспектив, а 4,8% – указывают на отсутствия карьерного роста.

Так как ценностная мотивация здоровье человека выступает главным объектом профессиональной деятельности врача, поэтому требования общества к его мотивационной сфере и профессионально-важным качествам предъявляются достаточно высокие требования – считают 76,7% респондентов. Поэтому значимость мотивов, отражающих функциональное предназначение – желание лечить людей и возможность заботиться о здоровье своих близких – раскрывает представления будущих специалистов о тех качествах, которые необходимы в профессиональной деятельности медицинского работника.

При проведении анкетирования среди врачей выяснилось, что практически все они являются выпускниками Гродненского медицинского университета (95,56%). У большинства врачей это был осмысленный выбор, хотя при этом почти половина ничего о будущей профессии не знала, а остальным просто посоветовали учителя/родственники/друзья.

Тем не менее, 69,11% респондентов считают, что правильно выбрали профессию, у них есть желание и стремление помогать людям.

Оценивая самих себя, врачи со стажем работы до 5 лет, на первое (и единственное место – 100%) ставят профессионализм. С возрастом приоритеты меняются: для врачей со стажем работы 5–10 лет профессионализм актуален только для 60,0%, а более 10 лет – для 21,28%, зато важное место отводится таким качествам как терпение, добросовестность и умение работать с людьми.

Престижность своего полученного образования отмечает 22,72% врачей – причин много: низкая зарплата и перегруженность на работе (78,9%), 63,92% респондентов жалуются на излишнюю бумажную работу и недостаточный социальный статус.

Главным в жизни считают общение с друзьями и хорошие отношения с окружающими (56,91%), у людей с опытом доминируют семейные ценности (88,63%) и материальное благополучие (84,5%), а по мере взросления добавляются и проблемы со здоровьем (79,65%). Стабильными, независимо от возраста, остаются отношения с однокурсниками, интерес к

их жизни и проблемам у 37,84% респондентов. Все выпускники с благодарностью вспоминают преподавателей и все доброе и прекрасное, что с ними происходило за годы учебы, считая их лучшими в своей жизни (98,94%).

Выводы. На выбор профессии повлияло мнение о том, что медицина открывает много интересного, познавательного и нового, поэтому вероятнее всего те из респондентов, которые не знают, почему выбрали медицинский ВУЗ это кандидаты на уход из системы здравоохранения.

Студенты осознают ответственность учебы в медицинском университете. Мотивы выбора профессии у них тесно связаны с их ценностными ориентациями:

– утилитарному мотиву «желание получить образование, чтобы помогать себе и близким» соответствуют индивидуальные ценности,

– моральному мотиву «приносить пользу людям» соответствуют коллективные ценности,

– социальный мотив «благородная профессия» соотносится с социальными ценностями,

– мотивы «саморазвития и самореализации», с «возможностью заниматься интересной, содержательной работой и приносить пользу».

Наиболее значимыми сферами для студентов медицинского вуза являются сфера образования, сфера профессиональной и семейной жизни.

- выяснилось, что большинство студентов пришло учиться в медицинский университет по собственному желанию, с учетом мнения родителей, близких и друзей,
- все респонденты видят себя врачами в будущем и не собираются покидать медицину после окончания университета.

Список цитируемых источников

1. Зубок Ю.А. Проблемы социального развития молодежи в условиях риска // Социологические исследования. 2003. № 4. С. 42-51
2. Ковалев А.И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория // СоцИс,. 2003. – № 1. – С.11-18.
3. Луков В.А. Концептуализация молодежи в XXI веке: новые идеи и подходы // СоцИС, 2012. – №1. – С. 5-16.
4. МакКлелланд Д. Мотивация человека / Пер с англ. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
5. Пчелина И.В., Дьяченко В.Г. Профессиональная ориентация в подготовке врачей. – Хабаровск: Издательский центр ДВГМУ, 2004. – 145 с.
6. Смирнова Е.Е. На пути к выбору профессии. – СПб.: КАРО, 2003. – 176 с.

ЭТИЧЕСКИЕ РИСКИ МЕДИКАЛИЗАЦИИ

П.Ю. Кулик
3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент **Н.У. Тиханович**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Медицина по праву ассоциируется в общественном сознании с высшими общечеловеческими ценностями: гуманизмом, добротой, состраданием. В то же время в современной массовой культуре, в силу усложнения взаимоотношений медицины и общества и глобализации проблемы здоровья, все чаще отмечается реальная возможность усиления воздействия медицины на социальное поведение людей. Не прибегая к специальным методам, просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации и назначения, медицина тем самым может в какой-то мере подчинить себе управление социальными процессами. Такая опасность существует, она плохо изучена, поэтому общество пока не располагает средствами, которые можно ей противопоставить [1]. Одним из механизмов распространения этого явления выступает медикализация.

Медикализация – процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на все новые сферы общественной жизни. Медикализация характеризуется проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах протекания и лечении болезней, возрастанием зависимости от медицины повседневной жизни и деятельности людей, закреплением медицинских "ярлыков" за некоторыми человеческими свойствами или типами поведения (инвалид, наркоман, алкоголик и т.д.), которые могут способствовать исключению стигматизированных лиц из процесса нормального социального взаимодействия.

В современном обществе в распространении медикализации могут быть заинтересованы определенные организованные социальные группы, имеющие достаточно ресурсов для принятия новой ситуации.

Врачи играют главную роль в медикализации, их влияние может увеличиваться, сфера их практики расширяться, а в условиях платной медицины расти и доходы. В медикализации заинтересованы и пациенты. Например, анонимные алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом и усматривать в ней фактор социально-психологической стабилизации и оправдания для себя. Вдобавок, такие настроения усиливает пресса и СМИ. Третья главная сила в поддержке медикализации – это фармацевтическая индустрия, которая преследует экономический интерес, ведь медикализация обязательно связана с медикаментализацией

и часто интепретируется как прием лекарств [3]. Следовательно, усиление медикализации общества зависит от взаимных интересов в деятельности этих и некоторых других групп.

При некоторых обстоятельствах медикализация может быть благом, так как показывает озабоченность проблемой и предлагает достаточно действенные (медицинские) средства ее разрешения. Люди с эпилепсией, например, ведут более счастливую и более продуктивную жизнь тогда, когда принимают регулярно соответствующие лекарственные препараты. То же можно сказать и о страдающих диабетом. Однако иногда восприятие медикализации может привести к ее неконтролируемому расширению, что, в свою очередь, грозит негативными индивидуальными и социальными последствиями. Во-первых, определение конкретной социальной ситуации как болезни отнюдь не означает повышение/понижение социального статуса человека. Во-вторых, когда ситуация становится медикализованной, врачи становятся единственными экспертами, следовательно, их власть над другими группами увеличивается. В-третьих, когда медикализуются условия, медицинское лечение становится единственным логическим ответом на них, хотя чаще всего, причины диспропорций сугубо социальные. Медикализация может оправдывать не только добровольное, но и принудительное лечение. Ведь лечение не всегда помогает, иногда оно может принести вред. В-четвертых, медикализация значительно расширяет ранг жизненного опыта под медицинским контролем.

Но все же основной проблемой остается проблема манипулирования пациентами посредством медикализации. Конечно, медицинские работники не ставят своей целью такие манипуляции, но последние, тем не менее, имеют место как результат медицинских вмешательств. Поэтому возникает необходимость в контроле за медикализацией со стороны общества. Он может осуществляться только в форме этической регуляции, поскольку расширение медикализации не поддается юридической регламентации. Следовательно, изменение содержания и форм этической регуляции необходимо для того, чтобы человечество, в результате расширения медикализации, не разделилось на две неравные группы: врачи и те, кто их боится/зависит от них.

По мнению некоторых социологов, медицина со временем все больше расширяет границы своего профессионального поля, сферы научного вмешательства и претендует на решение слишком широкого круга социальных проблем и вопросов, в которых на самом деле некомпетентна. Такая эволюция медицины в "социетальностъ" находит разные объяснения и примеры. Так, М. Фуко показывает как власть, используя технологию медикализации, охватывает сферу преступности, сексуальности, этики, повышая тем самым собственную эффективность и расширяя контролируемую область [2, 142-143]. В структуре индустрии здоровья отчетливо виден рост таких видов рынка, как медицинские услуги

и фармацевтика: количество аптек и частных клиник за последние годы многократно возросло. Однако данный рост не влечет повышения культуры здоровья населения: социологи констатируют ее снижение, указывают на ухудшение показателей и негативные тенденции в области качества здоровья.

Для успешного функционирования индустрии здоровья необходимо наличие веры в ценность товара или услуги, символического капитала (П. Бурдье), производством которого занимается реклама. Реклама является каналом массовой коммуникации, посредством которого индустрия здоровья находит своего массового потребителя. Это может привести к «ползущей медикализации», когда человек, в угоду «пропагандируемого здорового образа жизни», отказывается от своего привычного образа жизни, идет на жертвы, а в итоге не чувствует себя счастливым.

Таким образом, оказывается, что современная медицина обладает огромными возможностями не только в плане излечения болезней, но и в плане повышения уровня зависимости пациентов от медицинских работников. Последние, по определению их профессиональной роли (Т.Парсонс), не могут причинить сознательный вред пациенту. Но приносимое ими благо может превратиться в зло, если количество медицинских вмешательств (из самых добрых побуждений) будет увеличиваться. Исследователи не склонны утверждать, что медикализация есть осознанная деятельность медиков, создателей рекламы, журналистов или каких-то иных субъектов, хотя это не исключает ситуации манипуляций. В то же время, этически неконтролируемая медикализация может нарушить баланс социальных институтов в обществе.

Список цитируемых источников

1. Седова, Н.Н. Этические риски медикализации культуры. / Н.Н. Седова, Н.В. Сергеева // Проблемы человека в современном социально-гуманитарном знании. Материалы международного научно-практического семинара. – Витебск: ВГТУ, 2010. – с. 206–210.
2. Фуко, М. Воля к истине: по ту сторону власти, знания и сексуальности / М. Фуко. – Москва: Касталь, 1996. – 146 с.
3. Cohen, A. Mirage of Health / A. Cohen. – New York: Free Press, 1998. – 158 с.

МЕДИЦИНА КАК ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ И ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

П.В. Малиновский
3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент **С.П. Кулик**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

"Omnium profecto atrium medicina nobilis sima est"
Безусловно, из всех искусств медицина – самое благородное. *Гиппократ*

Считается, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ (Клятва Гиппократа).

Вот выдержки из оригинальной трактовки клятвы Гиппократа:

«Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора;

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому» [1].

Отдельный раздел в трудах ученого называется «О враче». Когда читаешь его, невольно вспоминаешь некоторых медицинских работников, за внешний вид и поведение которых бывает стыдно. Однако предоставим слово великому отцу медицины: «Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных. Должно также ему наблюдать все это и в отношении духа; быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наибольше принесет ему помощь для приобретения славы» [2].

И далее: «Тому, кто захочет приобрести себе действительное познание медицины, необходимо иметь: природное расположение, обучение, удобное место, наставление с детства, любовь к труду и время.

Итак, прежде всего, необходимо природное расположение; если природа противодействует – все тщетно…» [2].

«Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больными – немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержным. Итак, вот этими-то доблестями души и тела он должен отличаться» [2].

К сожалению, навыками общения с пациентами врачи овладевают “стихийно”, это приходит с годами и приобретенным опытом. Специально в медицинских вузах этому до сих пор практически не обучают. Горько видеть, когда современный врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения и директив, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента [3].

Средневековый кодекс китайских врачей, изложенный в книге «Тысяча золотых лекарств», считал обязательным, чтобы врач был справедливым и не алчным. «Он должен испытывать чувство сострадания к больным и торжественно обещать облегчить страдания больных независимо от их состояния. Аристократ или простой человек, бедняк или богач, пожилой или молодой, красивый или уродливый, враг или друг, уроженец этих мест или чужеземец, образованный или необразованный — всех следует лечить одинаково. Он должен относиться к страданиям пациента, как к своим собственным, и стремиться облегчить его страдания, невзирая на собственные неудобства, например ночные вызовы, плохую погоду, голод, усталость. Даже неприятные случаи, например абсцесс, понос, рак следует лечить без всякой неприязни. Тот, кто следует этим правилам, — великий врач, в противном случае — он великий негодяй»[4].

Основой взаимоотношений является слово. Слово – оружие врача, и им нужно уметь распоряжаться. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление, и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют

большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией – способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять больного и его близких, уметь слушать «душу» больного, успокоить и убедить [5]. Умению слушать и одновременно выражать свое тонкое понимание сказанного как нельзя лучше соответствует выражение «интеллектуальное рыцарство» (Г. Гессе).

Обращайте внимание не только на то, что говорит пациент, но и на то, как он говорит. Тактично регулируйте эмоциональный «накал» беседы, сообразуясь с физическим состоянием больного. Обсуждение любых профессиональных и организационных вопросов в присутствии больного недопустимо.

Ни при каких обстоятельствах и вне зависимости от вашего возраста не позволяйте себе обращение к пациенту на «ты». Жизнь не замедлит показать вам, что поддержание уважительной дистанции само по себе целительно для пациента, не позволяет ему усомниться в целесообразности назначенного лечения, помогает прочно утвердить ваш собственный авторитет [6].

В заключение следует заметить, что в реальной жизни соблюсти все «академические» требования к взаимоотношениям врач-пациент очень часто бывает невозможно, а иногда просто опасно. Мера – это тоже признак искусства врачевания и общения. Представим себе, например, больных, находящихся в состоянии шока в результате острого терапевтического заболевания. В подобных ситуациях общение сокращается до уровня необходимого и достаточного для оказания неотложной помощи.

Список цитируемых источников

1. Гиппократ. Избранные книги. – М., 1994. – С.87-88.
2. Цит. по: Коровкин, В. Гиппократ – о врачевании и врачах // Здоровье и успех. – 2001. – С. 4-6.
3. http://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_69.htm
4. Etzioni M.B. The physician’s creed. Springfield; 1973.
5. Полякова, Р.В. Взаимоотношения врач – больной. Этические проблемы / Р.В. Полякова, Маршалко О.И. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.
6. Клиническая медицина – №4 – 2002 – С.65-68.

ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ СТУДЕНТА - МЕДИКА

Е.А. Гапова

1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.и.н., доцент **Н.Е. Мусина**

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Внутриличностный конфликт выступает одним из аспектов как общей личностной, так и профессиональной социализации студентов медицинского вуза. Период обучения в вузе сам по себе очень важен для молодого человека, поскольку связан с процессом его самоопределения (профессионального в том числе), вступлением в систему новых для него социальных отношений. Этот юношеский период сопряжен также с осознанием своей гражданской позиции, выбором жизненных ценностей, профессионального и карьерного пути и пр., причем предполагает для молодого человека более осознанноеего участие в этих процессах и готовность взять на себя ответственность за последствия принимаемых решений. Медицинское образование включает не только овладение специальными медицинскими знаниями и умениями, но и профессиональной медицинской культурой, включающей соответствующую психологическую культуру. Важной составляющей этой культуры являются способности к общению с людьми, внушение им доверия, умение разобраться в их психических особенностях и пр., а также способность анализировать свое собственное психическое состояние и управлять им.

Актуальность данной темы обусловлена значимостью самой сферы, связанной с оказанием качественной медицинской помощи населению, одним из аспектов которой является подготовка зрелых в профессиональном и личностном отношениях специалистов.

Целью данной статьи является анализ внутриличностного конфликта студента-медика, обусловленного спецификой профессиональной подготовки и профессионального становления будущих врачей.

Анализ внутриличностного конфликта студента-медика требует междисциплинарного подхода, поскольку здесь пересекаются области исследования и психологии, и социологии (в том числе – социологии здоровья, социологии медицины, социологии профессий). В последнее время довольно интенсивно развивается конфликтологическое знание, в частности, конфликтология в медицине. Но проблема внутриличностного конфликта в этой сфере изучена пока недостаточно.

Внутриличностный конфликт – это состояние внутренней структуры личности, характеризующееся противоборством ее элементов; это состояние, когда происходит столкновение взаимоисключающих мотивов, ценностных ориентаций и целей. Это внутреннее противоречие, с которым человеку надо справиться, сделать выбор, определить приоритеты.

Признаками внутриличностного конфликта являются, например, следующие: в когнитивной сфере – снижение самооценки, задержка в принятии решений, сомнения в истинности принципов, которыми раньше человек руководствовался; в эмоциональной сфере – психоэмоциональное напряжение, отрицательные переживания; в поведенческой сфере –

снижение качества и интенсивности деятельности, удовлетворенности ею, негативный эмоциональный фон общения. Хотя подобное противоречие касается внутреннего мира человека и имеет скрытый (латентный) характер, но такое состояние может оказывать влияние на внешнее поведение человека и его отношения с окружающими. В конечном итоге может привести к усилению стресса, нарушению механизмов социально-психологической адаптации, межличностным конфликтам.

Для разрешения конфликта, преодоления состояния тревожности и напряженности необходим рациональный подход к анализу действительности (не искажая ее, не «пряча голову в песок» от проблем), для этого следует разобраться в причинах его возникновения.

Внутриличностный конфликт может порождаться различными причинами. Он может быть следствием слабости характера, несформированности ценностной иерархии человека, отсутствия внутренней мотивации при выборе профессии (несамостоятельный выбор профессии врача), высокого уровня требовательности к себе (синдром отличника), стремления к постоянному переосмыслению принятых решений (повышенный уровень тревожности) пр. Противоречивость внутренней структуры личности – следствие противоречивого характера отношения человека к миру, к другим людям и к самому себе.Человек включается в систему общественных отношений, противоречивых по своей природе. Все это влияет на его сознание, психику, весь внутренний мир. К числу особых стрессовых факторов, способных выступить в качестве конфликтогена в рамках системы высшего медицинского образования, можно отнести следующие: сложность и многочисленность дисциплин; высокая требовательность педагогов к усвоению студентаминеобходимого объема медицинских знаний, формированию прочных профессиональных умений и навыков; осознание студентами высокой ответственности относительно будущей профессиональной деятельности и особой значимости всоциальном и личностном плане предмета этой деятельности – здоровья и жизни людей. Перечисленные факторы в большей степени могут оказывать влияние на студентов первого и второго курса. Старшекурсники постепенно сталкиваются с противоречиями самой сферы медицины и здравоохранения, конфликтогенность которых проявляется, например, в следующем: мера ответственности профессии врача и уровень заработной платы, падение престижа этой профессии в обществе; коммерциализация медицины и расширение фармацевтического рынка (медицинская *помощь* и медицинская *услуга*); система взаимоотношенийврач-пациент конфликтна сама по себе (к старшим курсам иллюзии об идеальном пациенте развеяны).

Американский социолог Э.Ч. Хьюз,один из основоположников социологии профессий, в своей работе «Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем» обратил внимание на то, что медицинская профессия – это не только набор определенных медицинских знаний и

навыков, но и профессиональная медицинская культура, которая, в свою очередь, противостоит обывательской медицинской культуре. Медицинское образование трактуется им как переход из обывательской медицинской культуры в профессиональную. Одно из отличий в этих проявлениях культуры – этопротиворечия и неопределенности, с которыми приходится сталкиваться. Обывателю приходится сталкиваться и мириться с неопределенностью, связанной с недостаточностью специальных знаний, а врач вынужден мириться с неопределенностью, связанной с пределами медицинского знания и его мастерства (и действовать вопреки этой неопределенности).

Медицинское образование и профессиональная медицинская культура связаны с освоением социальной роли врача, что сопряжено с целым рядом трудностей, дилемм и выборов. Так, Э.Ч. Хьюз допускает, что будущий медик может метаться при этом и лавировать от одного *значимого другого* к другому: то чувствуя боли и муки пациента острее самого пациента, то разделяя сердитый цинизм своих коллег, которые твердят, что единственное, что нужно делать, так это брать свое, где только можно, то чувствовать себя чудотворцем, поддаваясь льстивым восхищениям медсестер и благодарных пациентов, то мучительно страдая от неопределенности своего дела и преисполняясь жалости к себе. Все это ведет к проблеме представления о себе (я-концепция) и «открытию» себя.

Известны различные типы внутриличностных конфликтов: мотивационный, нравственный, ролевой, адаптационный, конфликт нереализованных желаний, конфликт неадекватной самооценки и др. Все они в полной мере могут проявляться в среде студентов-медиков.

Способы разрешения внутриличностных конфликтов могут быть бессознательными, связанными с механизмами психологической защиты, и сознательными, которые реально можно освоить и использовать. В их числе: адекватная оценка ситуации, выявление тех противоречий, которые послужили причиной конфликта и вызвали чувство тревоги, страха или гнева; переориентация, изменение притязаний в отношении проблемного объекта; оценка места и роли конфликта, его последствий в вашей жизни; умение адекватными способами самостоятельно снимать внутреннее напряжение. Вышеперечисленные умения являются важной составляющей психологической, и в целом профессиональной культуры будущего врача. На начальном этапе профессионального становления, профессиональной подготовки в высшем медицинском учебном заведении этому следует уделять должное внимание.

Сам по себе внутриличностный конфликт выполняет не только деструктивную, но и конструктивнуюроль, позитивно влияя на внутриличностные процессы. В этом случае он является источником самосовершенствования и самоутверждения личности, помогает самопознанию личности и выработке адекватной самооценки. Лишить

человека этой внутренней работы и борьбы, значит лишить человека полноценной жизни и развития.

Список цитируемых источников

1. Хьюз, Э.Ч. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем / Э.Ч. Хьюз // Журнал исследований социальной политики. – Т. 7. – № 3. – С. 313-326 [электронныйресурс]. Режим доступа: http//https://jsps.hse.ru/data/2010/12/31/1208181906/Huse_Izgotovleniye_vracha.pdf. Дата доступа: 20.10.2016.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ

В.Ю. Панкрат
(2 курс, лечебный факультет)
Научный руководитель: к.филос.н, доцент **Н.У. Тиханович**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

На сегодняшний день издается немало статей, руководств и учебников, освещающих этические проблемы медицины. Наука не стоит на месте, и сегодня мы удостоены лицезреть огромный прорыв в науке. Речь идет, конечно же, о генной инженерии. Научные исследования в любой области никогда не превосходили по масштабам разработки генной инженерии. Сегодня совершается беспрецедентная революция – геномная, протеиновая, метаболическая и другие, результатом которых является контроль над нашим эволюционным будущим. Актуальность вопроса неоспорима, так как речь идет о будущем каждого человека, каждого из нас.

Ученые видят огромные перспективы, которые открываются в области генной терапии и биотехнологии, напротив философы и юристы озабочены возможность развития генетических изменений, способных в корне изменить «генетический портрет» человечества. Данные вопросы представляют собой более серьезные проблемы, так как они не ограничены только лишь социокультурными коллизиями, в силу вступают юридические вопросы. В 1988 году Дж. Уотсон, один из первооткрывателей ДНК, заявил о возможности расшифровки нуклеотидной последовательности ДНК человека. Секвенирование и картирование генов позволило обнаруживать генетические маркеры заболеваний, прогнозировать развитие болезней. Однако, существует ряд неразрешенных вопросов, начиная от этических аспектов возможности справедливого получения патента на участки ДНК и заканчивая пренатальным секвенировованием. Разве имеется право патентовать то, что изначально тебе не принадлежит? Какое право родители имеют на доступ к генетической информации своего ребенка, при

отсутствии такового у самих детей? Какие последствия может повлечь за собой селекция людей? Какую угрозу несет в себе генная терапия? Готовы ли люди нести ответственность за полученную информацию?

В ответе на эти и другие вопросы, во-первых, следует выделить проблемы, имеющие статус этических, во-вторых, аргументировано донести важность потенциальных и уже существующих проблем, а также показать значение биомедицинской этики, как составной части методологии научного поиска. Нравственный фактор никогда еще не был так важен. Этическая оценка уже достигнутого отличается многообразием точек зрения. Каждая позиция чрезвычайно трудно поддается сравнению, создавая накал страстей. Сложившаяся ситуация требует не только констатации существующих проблем, но и предложения мер, рекомендаций по их разрешению. В наших силах устранить безграмотность населения в вопросах генной инженерии, объяснить суть и показать, как правильно использовать полученную информацию в дальнейшем.

Таким образом, в некоторой мере мы можем предотвратить появление негативных последствий генной инженерии, так как осознание и личная ответственность за происходящее значительно снижают риск неблагоразумного использования полученных знаний. Формирование осмысленной позиции человека как цели, поможет в дальнейшем не отклоняться от биоэтических принципов.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

А.С. Радченко
(2 курс, лечебный факультет)
научный руководитель: ст. преподаватель **С.А. Петрович**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

В последние десятилетия на фоне ряда тенденций, связанных, с одной стороны, с увеличением средней продолжительности жизни и доли пожилых лиц, а с другой стороны – с развитием в современном обществе гуманистических идей, в мире значительно возрос интерес к проблемам качества жизни и смерти пожилых и безнадёжно больных людей. Это привело к активному развитию такой специфической отрасли, основной задачей которой является улучшение качества жизни и облегчение страданий неизлечимого пациента [1].

От онкологических заболеваний ежегодно в мире умирают 5,5 млн человек. Более половины таких пациентов обречены на смерть от прогрессирования заболевания. Продолжительность жизни больных, которым в силу распространенности опухолевого процесса отказано в

специализированной противоопухолевой терапии, различна и колеблется от нескольких недель до нескольких лет.

Паллиативная помощь (от лат. palium – оболочка, покрытие) – это квалифицированная медицинская помощь терминальным больным, заключающаяся в купировании, а по возможности – в предупреждении болевого и других синдромов, симптомов, сопровождающих умирание. Она включает в себя не только медицинские мероприятия, но и психологическую, социальную помощь. Паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни терминальных пациентов, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Главным этическим принципом при оказании паллиативной помощи является принцип уважения прав и достоинства пациента. Медицинский работник должен не только владеть современными методами лечения хронической боли, сопровождающей, как правило, умирание, но и понимать психологическое состояние больного, уметь оказать моральную поддержку человеку, завершающему свою жизнь.

Какие же этические проблемы возникают у медицинских работников при оказании такого рода помощи?

Проблема 1: назначаются такие дозы обезболивающих средств, которые прямо влияют на сокращение жизни пациента. Здесь врач должен исходить из того, что для пациента в этих условиях более важным является качество, а не продолжительность жизни.

Проблема 2: хоспис и паллиативная помощь порождают сильные стрессовые реакции у медицинских работников. Возникает ощущение неуспеха и беспомощности медицины, а также «синдром выгорания» – специфическое состояние эмоционального и физического истощения медицинского персонала, занятого помощью умирающим людям.

Проблема 3: до каких пор врачам следует вести безнадежную борьбу, исход которой предопределен и который может быть лишь отсрочен?

Всемирная медицинская Ассоциация посвятила один из своих документов вопросам оказания медицинской помощи больным, находящимся в терминальном состоянии. Это Венецианская декларация о терминальном состоянии, принятая в 1982 г. В ней говорится: *«Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца… Врач должен воздерживаться от применения экстраординарных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному».*

В 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активной поддерживающей терапии дал системное определение понятия «паллиативное лечение». «Паллиативное лечение: поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривает смерть как естественный процесс; не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление;

обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов; включает психологическую и духовную поддержку больного; предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти; предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после его кончины» [2]. В докладе отмечено также, что «…агрессивное поддержание жизни по неприемлемой для больного цене нельзя считать правильным».

Таким образом, эксперты ВОЗ признали нецелесообразным применять экстраординарные медицинские средства в случаях, когда пациент находится в терминальном состоянии. Это новое понимание гуманного отношения к умирающему пациенту – не использовать имеющиеся в арсенале медицины методы и средства для продления процесса умирания человека, который, как правило, сопровождается физическими и душевными мучениями. Оказание паллиативной помощи не должно оттягивать наступление смерти умирающего человека.

Именно идея паллиативной помощи лежит в основании концепции хосписа. Хоспис – это медико-социальное учреждение, в котором больным оказывается не только медицинская помощь, но и создаются комфортные социальные и психологические условия жизни. В хосписе обеспечивается достойное завершение жизненного пути человека, которое предполагает максимальное удовлетворение его физических, социальных, психологических и духовных потребностей.

Заботу о неизлечимо больных и умирающих принесло в Европу христианство. В истории известно имя римской матроны Фабиолы, которая еще в IV веке открыла свой дом для страждущих, голодных и больных, подсмотрев существование таких домов во время путешествия по святым местам Палестины. В те времена хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников.

Хоспис, в котором оказывалась помощь умирающим больным в современном ее понимании, впервые появился в Великобритании в 1967 г. благодаря усилиям доктора Сесилии Саундерс. К концу XX века хосписы распространились по всему миру.

В Республике Беларусь пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания паллиативную медицинскую помощь оказывают в хосписах и отделениях паллиативной помощи организаций здравоохранения. Работа паллиативных служб организуется во взаимосвязи с первичным звеном здравоохранения и онкологическими службами. Первый государственный хоспис в стране был организован в Минске в 2005 г., позже начали функционировать хосписы и отделения паллиативного ухода в Могилёвской, Брестской, Витебской, Гомельской областях, с 2009 г. – в Гродно и Минской области. В настоящее время хосписы и отделения паллиативного ухода функционируют во всех областях. Наибольший опыт работы по оказанию паллиативной

медицинской помощи пациентам с онкологической патологией в Республике Беларусь накоплен в Минске.

Паллиативная помощь в хосписах основывается на следующих принципах: поддерживать жизнь и способствовать выработке отношения к смерти как к естественному процессу; не ускорять и не оттягивать наступление смерти; устранять боль и другие тягостные симптомы; сочетать физическую и духовную поддержку; обеспечивать ведение активного образа жизни до самой смерти; предлагать поддержку семье больного.

При оказании медико-социальной и психологической помощи терминальным больным исходят из того, что у них имеются следующие проблемы: физические страдания, обусловленные заболеванием; социальные, связанные с потерей работы, изменением социальных ролей, возникновением зависимости от окружающих; психологические – депрессия, страх, отчаяние, неопределенность, чувство вины (перед родственниками, окружающими); экзистенциальные – переоценка жизненных ценностей, смысла жизни и др.

Идея создания хосписов родилась не в отрыве от общечеловеческих потребностей, а благодаря им. Создание условий, при которых не было бы унижения личности пациента болью, страхом, обреченностью, позволила бы в последние дни сохранить ему мир с его любовью и ценностями и, в конечном счете, уйти из него спокойно и с достоинством. Только такой подход к умирающему человеку будет давать право судить о нравственности общества в целом.

Список цитируемых источников

1. Введенская, Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения /Е.С. Введенская // Медицинский альманах, 2012. – № 4. – С.18-21.
2. Львова, Л.В. Ответственность перед умирающими / Л.В. Львова. – М.: Владос, 2003.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА

Д.В. Коваленко
2 курс, лечебный факультет
научный руководитель: к. филос. н, доцент **Н.У. Тиханович**
УО «Витебский государственный медицинский университет» Витебск

Одной из важнейших биоэтических проблем является аборт. Но это проблема не только настоящего времени, дискуссии о его допустимости велись еще издревле. Многие философы и писатели прошлого времени одобряли аборты. Например, Аристотелю принадлежит высказывание:

«Если в браке зарождаются дети вопреки ожиданию, то плод может быть изгнан, прежде чем он начнет чувствовать и жить». В своей работе «Политика» он рекомендовал не только аборты, но и детоубийство, если существовал риск появления на свет «деформированного ребенка» [1]. Платон же в своем труде «Республика», утверждал, что беременные старше сорокалетнего возраста, обязаны делать аборт, потому что беременность в этом возрасте была связана с более высокой материнской смертностью и большей частотой пороков развития плода. Он называл детоубийство необходимым средством для поддержания качества жизни граждан. Аборт и детоубийство рассматривались, как абсолютно логичная и разумная альтернатива перенаселенности, голоду и социальному неустройству. А вот отец древней медицины Гиппократ относился к абортам отрицательно и считал плодоизгнание безнравственным. Он был противником не только искусственного прерывания беременности, но и применения противозачаточных средств. Как мы можем наблюдать сами, вокруг столь сложной и деликатной темы сложились две противоположные точки зрения. Однако в современном мире взглянуть на данную проблему можно иначе:

1) Аборт – это сугубо личная, интимная проблема, которая никого, кроме самой женщины, не касается, в которую никто не должен вмешиваться

2) Вторая точка зрения является противоположным полюсом: аборт оскорбляет моральное чувство, поэтому здесь существует моральная, этическая проблема, и притом – сложнейшая.

Так же в современном мире существуют три основные позиции, которых придерживаются люди в отношении к искусственному аборту:

- *Либеральная позиция*. Плод (и тем более эмбрион) до момента рождения является частью тел матери и правом на жизнь не обладает. Поэтому аборт морально допустим на любой стадии развития эмбриона и плода.
- *Консервативная позиция.* Эмбрион (и тем более плод) с момента зачатия является человеком, обладающим в полной мере правом на жизнь. Следовательно, аборт – это форма убийства человека.
- *Умеренная позиция.* Аборт морально допустим лишь на начальных стадиях развития плода.

Да и ни для кого не станет секретом, что количество ярых противников аборта растет день ото дня. При этом их аргументы не только чрезвычайно весомые, но и весьма убедительные. Но как бы печально это ни звучало, искусственное прерывание беременности по-прежнему остается ключом к решению множества самых разнообразных проблем. Для того, чтобы подробнее разобраться в данном вопросе и уравновесить чаши весов, стоит рассмотреть наиболее обоснованные аргументы «за» и «против» абортов.

Против:

1) Поскольку жизнь человека начинается в момент зачатия, аборт равносилен хладнокровному убийству, ведь делая аборт, женщина лишает жизни не рожденного ребенка.

2) Цивилизованное общество не должно допускать безнаказанного причинения намеренного вреда одним человеком другому, и тем более не попустительствовать лишению жизни, а что такое аборт, как не лишение жизни?

3) Усыновление – отличная альтернатива аборту, которая позволяет достичь того же результата, то есть избавиться от ребенка.

4) Аборт может привести к серьезным осложнениям, которые в дальнейшем могут сделать невозможным зачатие и материнство; аборт увеличивает риск внематочной беременности, а также выкидыша и воспалительных болезней органов таза.

5)Если речь идет о жертве насилия или инцеста, вовремя предпринятые медицинские меры гарантируют, что женщина не забеременеет.

6) Аборт нельзя считать всего лишь еще одним методом контрацепции.

7) Женщины, отстаивающие свое право на полный контроль над собственным телом, должны позаботиться об этом контроле до наступления беременности – предохраняться.

8) Многие граждане выступают против аборта, поэтому использовать их деньги для государственного финансирования абортов аморально.

9) Больше трети абортов делают несовершеннолетние или молодые девушки, у которых нет жизненного опыта, чтобы осознать ошибочность этого решения. Многие из них впоследствии жалеют об этом всю жизнь.

За:

1) В подавляющем большинстве случаев аборт делают на первом триместре, когда плод не может существовать отдельно от матери и функционировать как человек. Поскольку эмбрион соединен с матерью плацентой и пуповиной, его состояние зависит от здоровья матери, поэтому его нельзя рассматривать как человеческую единицу.

2) «Сознание» и «жизнь» – это совершенно разные понятия. Даже если согласиться с тем, что жизнь человека начинается в момент зачатия, что тогда сказать об искусственном оплодотворении? Ведь в этом случае оплодотворенные яйцеклетки, которые используются для оплодотворения in vitro, – тоже чьи-то жизни, но не прикрепившиеся яйцеклетки просто уничтожаются. Следует ли считать это убийством? Если нет, то почему же тогда убийством считается аборт?

3) Усыновление – это не альтернатива аборту, потому что решение об усыновлении женщина принимает сама, а беременность наступает без ее желания.

4) Аборт – это безопасная медицинская процедура. Подавляющее большинство женщин – 88% – делают аборт в первом триместре.

Вероятность возникновения осложнений в случае аборта по медицинским показаниям составляет всего 0,5%, и он никак не влияет на репродуктивное здоровье женщины.

5) Нельзя заставлять женщину вынашивать ребенка, зачатого в результате насилия, – это только усугубит ее психологическую травму, что может привести к самым плачевным последствиям, как для женщины, так и для ребенка6) Аборт никогда не считался еще одним методом контрацепции. Как известно, иногда беременность наступает даже в случае использования контрацептивов. Только 8% женщин, сделавших аборт, не пользовались никакими средствами контрацепции, что можно скорее объяснить их легкомыслием, чем доступностью абортов.

7) Право женщины полностью контролировать собственное тело – одно из основных гражданских прав в любом цивилизованном обществе.

8) Деньги налогоплательщиков используются не для «попустительства разврату», а для того, чтобы у неимущих женщин была возможность воспользоваться таким же уровнем медицинского обслуживания, что у состоятельных женщин.

9) Судьба несовершеннолетних матерей складывается едва ли удачнее, чем жизнь тех, кто в подростковом возрасте сделал аборт. Они почти наверняка не заканчивают учебу и не получают даже среднее образование; они не могут рассчитывать на нормальную работу и не могут создать нормальные условия для ребенка, у них появляются проблемы со здоровьем, а их брак быстро распадается.

Список цитируемых источников

1. Аристотель, Политика /Аристотель, Сочинения в 4-х томах, т.4. – М.: Мысль. –1983. – 830 с.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРОВИЗОРА И ВРАЧА

А.Д. Севдалева
2 курс, фармацевтический факультет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент **С.П. Кулик**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Введение. Неотъемлемой частью фармацевтической этики и деонтологии являются правила, которые согласовывают взаимоотношения провизоров и врачей. Эти две неодинаковые, но чрезвычайно важные медицинские специальности находятся в неотрывном взаимодействии друг с другом и обеспечивают эффективное лечение человека. Взаимодействие врача и провизора в основном осуществляется косвенно через рецепт, с которым пациент приходит в аптеку за лекарствами после приема врача.

Основой во взаимоотношениях провизора и врача является достижение общей цели – сохранить здоровье и благополучие пациента. Наряду с этим врач несет ответственность за правильную постановку диагноза и назначение соответствующего лечения, а провизор помогает реализовать нужные лекарственные препараты, предоставляет полную информацию о свойствах, действии, показаниях к применению и т.д. Отсюда следует, что врач и провизор дополняют друг друга, организуют и направляют совместную деятельность на достижение желаемого результата.

Цель. Проанализировать проблему морально-этических регулятивов взаимоотношений врача и провизора.

Основная часть. Обращение врача к провизору осуществляется через рецепт. Рецепт – это документ, который служит единственным основанием для отпуска из аптек большинства лекарств, для применения их больными исходя из указаний врача о дозах и порядке приема. Врач и провизор несут полную ответственность за выписанные и выданные медикаменты. Рецепты, выписанные или оформленные врачами неверно, считаются недействительными, лекарства по ним не изготавливаются и не отпускаются. Вот почему врач обязан выписывать рецепты без ошибок, исправлений, четко, чтобы не травмировать больного напрасным посещением аптеки [1, с. 43].

Уважение к провизору, в том числе и к себе, врач должен подчеркнуть прописыванием четкого рецепта. Если рецепт выписан небрежно, неразборчиво, провизору приходится затрачивать много времени на его расшифровку. Иногда такие рецепты разбираются всей аптекой. Врач должен помнить, что написание разборчивого рецепта – это не только сокращение непроизводительного времени провизора, но и предупреждение возможной ошибки в выдаче больному лекарств, которых он ему не назначал. Ошибка может произойти и тогда, когда врач в рецепте неправильно сокращает названия препаратов [1, с. 46].

Отношения между фармацевтическим работником и врачом должны строиться на взаимном уважении. Провизор не должен допускать бестактных высказываний в адрес врача, как и врач не имеет права умалять достоинства фармацевтического работника. Такое развитие отношений недопустимо, так как врачи 90% болезней лечат именно лекарственными средствами (ЛС), а провизор является специалистом в этой области. Только взаимоуважение должно быть основой профессиональных взаимоотношений между провизором и врачом.

Содружество фармацевтического работника и врача, совместный выбор наиболее эффективных, специфических ЛС и их лекарственных форм, дозы препарата, рациональной схемы лечения, способа применения, времени приема ЛС способствуют эффективному лечению пациента.

Провизор не должен подменять врача в выборе лекарственных средств, предлагать пациенту лекарственные препараты по своему

усмотрению, так как не знает индивидуальных особенностей организма больного и течения заболевания. Провизор обязан обеспечить пациентам наличие тех ЛС, которые им выписал врач, а также соответствие их химического состава, дозировки и формы отпуска требованиям, определяемым врачом. Провизор не имеет права производить терапевтическую замену препарата (например, заменить на антибиотик из другой группы). Предложить замену препарата на синоним возможно, но лучше после консультации с врачом. Следует помнить, что одинаковое действующее вещество в препарате зачастую не означает одинаковое вспомогательное вещество.

Провизор должен поддерживать тесную связь с врачом. Это может ликвидировать отказы, ускорить выдачу лекарств больному, что будет способствовать скорейшему его выздоровлению. Данная ситуация особенно касается аптек, работающих рядом с лечебными учреждениями.

Провизору нужно быть нетерпимым ко всякого рода ошибкам медицинских работников в вопросах лекарствоведения. Не оставлять без внимания все ошибки и неточности, обсуждать их с медицинскими работниками. Помнить, что даже небольшая неточность врача может перерасти в роковую ошибку в лечении пациента [2, с. 150-151].

Долг и обязанность фармацевтического работника – беспристрастно анализировать предписания врача, реализуюмую им систему лечения пациента. Вот почему нужно строить свои отношения с врачом на основе взаимоуважения и соблюдения профессиональных обязанностей. Попытки завоевать себе авторитет путем публичных сомнений в действиях врача не этичны. Фармацевтический работник должен воздерживаться от употребления уничижительных выражений в адрес врача, выписавшего рецепт.

Недопустимо давать оценочные характеристики коллеге в присутствии посетителей аптеки, отзывы о его работе, сравнивать свою аптеку с другими аптечными организациями, а также делать заявления, намеки, двусмысленности, которые могут ввести в заблуждение пациентов или вызывать у них безоснавательные надежды.

Фармацевтические работники должны работать в тесном контакте с врачом, их сотрудничество приводит к совместному выбору наиболее эффективных лекарственных средств, рациональной схемы лечения, способа применения, что приводит к благоприятному лечению пациента. Однако провизор не должен подменять врача в выборе лекарственных средств. Фармацевтический работник, являясь специалистом в области лекарствоведения обязан:

- информировать врача о новых лечебных, профилактических, диагностических, препаратах;
- требовать от врача строгого соблюдения установленных правил выписывания рецепта, при этом не должен сообщать пациенту о выявленных ошибках в прописи, но обязан найти способ их исправить.

Этим будет сохранен авторитет врача и уверенность пациента в правильности назначенного лечения;

- предельно ясно объяснять рекомендации врача, а если необходимо, то неоднократно повторить указания, чтобы не допустить недопонимания. Объяснения врача и фармацевтического работника должны соответствовать уровню восприятия пациента, его состоянию;
- поддерживать тесную связь с врачом. Это поможет ликвидировать отказы, ускорить отпуск ЛС пациенту и будет способствовать скорейшему выздоровлению.
- быть нетерпимым ко всякого рода ошибкам врача и помнить, что даже небольшая неточность врача может перерасти в роковую ошибку в лечении пациента.

Моральная обязанность фармацевтических работников – активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных врачей, как и различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

К сожалению, все чаще встречаются случаи, которые далеко не соответствуют этическим нормам медицинских работников [3, с. 58-61].

Заключение. Современная медицина и фармация развивается в тесном сотрудничестве друг с другом, и от того, насколько грамотно будут работать врач и провизор зависит выздоровление человека. Так или иначе, всегда нужно помнить, что главным принципом работы врача и фармацевтического работника является «Не навреди»!

Список цитируемых источников

1. Эльяшевич, Е.Г. Фармацевту о деонтологии. − Минск: «Вышэйшая школа», 1982. – 224 с.
2. Лопатин, П.В. Биоэтика / П.В. Лопатин, О.В. Карташова. − М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 272 с.
3. Гаврилина, Н.И., Этика, деонтология и психология в работе фармацевта и провизора / Н.И. Гаврилина, В.И. Шульженко, Г.П. Бурова // Новая аптека. − 2007. − № 9. − С. 58-61.

КОНФЛИКТ В СИСТЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

А.Р. Халилова
3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.и.н., доцент **Н.Е. Мусина**
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск

Конфликт – это всего лишь одна из форм взаимодействия между врачом и пациентом. В ее основе можно выделить этико-правовые,

психологические и социальные аспекты, поэтому изучением подобных конфликтов занимаются различные науки, в том числе деонтология, медицинская и биомедицинская этика. В данной работе основное внимание будет уделено *социологическим* аспектам развития конфликта.

Конфликт как проблема взаимодействия между врачом и пациентом все больше оказывается в центре внимания. Это связано не столько с тем, что участились конфликты или проявляются недостатки в системе здравоохранения, сколько с тем, что происходит повышение требовательности населения к качеству оказываемых медицинских услуг и роли врача при этом. В современном обществе происходит повышение правовой грамотности и активности граждан в защите своих прав, уделяется больше внимания вопросам сохранения своего здоровья и формируется в общественном сознании установка на личную ответственность человека в этом. Все это наряду с изменением роли института здравоохранения в современном обществе выводят на качественно иной уровень отношения между врачом и пациентом. С этим и связана актуальность данной темы. Изучение конфликтов, анализ вероятных причин, возможных вариантов предотвращения и разрешения возникающих конфликтов позволяют на практике совершенствовать взаимоотношения между врачом и пациентом.

По определению, конфликт – это столкновение сторон по поводу противоречивых интересов, мнений, ценностей. При анализе конфликтов рассматривают его структуру, выделяют этапы его развития, разновидности, определяются способы разрешения. Проявляясь в различных сферах и уровнях, любой конфликт имеет как общие черты, так и свои особенности.

К особенностям конфликта во взаимоотношениях «врач-пациент» можно отнести следующие. Во-первых – социальные роли врача и пациента существенно отличаются по степени формализации. Социальная роль врача довольно жестко определяется нормативно-правовой базой и функциональными обязанностями. В этом отношении роль пациента – более произвольная. Его права зафиксированы в правовых документах, на них, как правило, он и ссылается. В случаях, когда медицинская помощь оказывается в форме предоставления платных услуг, пациент автоматически приобретает статус потребителя медицинской услуги и в дополнение к правам пациента пользуется всеми правами потребителя, предусмотренными действующим законодательством. На практике в случае конфликта именно врач несет большую ответственность. Во-вторых, социальная роль врача помимо основных элементов – ожидания и исполнение, содержит еще и такие составляющие, как экономическая (финансовая сторона медицинских услуг), правовая (права и обязанности) и психологическая (врач должен быть в определенной мере психологом). Каждый из этих или несколько элементов в совокупности могут провоцировать или усугублять конфликтное взаимодействие между врачом

и пациентом. В-третьих, взаимодействие между врачом и пациентом происходит по поводу здоровья. В системе ценностей человека здоровье занимает одно из наиболее значимых мест. В силу этого конфликты между врачом и пациентом могут приобретать особенно эмоциональный характер. А ситуации, связанные с врачебными ошибками, врачебными тайнами, часто становятся предметом судебных разбирательств.

Конфликты, в том числе между врачом и пациентом, можно разделить на рациональные и эмоциональные. В рациональных конфликтах можно определить предмет спора (причину), они направлены на достижение конкретного результата. Эмоциональные конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, неудовлетворенности. Конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Часто такой конфликт может быть обусловлен предвзятым отношением пациента к медицине вообще или к конкретному врачу в частности. Выражения «Не люблю я ходить по врачам», «От лекарств – один вред», «Я врачам не верю» – нередко приходиться выслушивать врачам. В любом конфликте, той или другой разновидности, можно выработать стратегию поведения, позволяющую не допустить развития конфликта или, по возможности, ограничить его. В любом случае оптимальным вариантом решения конфликта является сотрудничество, компромисс с пациентом.

В разрешении конфликтов между врачом и пациентом большое значение имеет выяснение, понимание причин их возникновения. К наиболее частым причинам конфликтных ситуаций относятся, например, следующие:

1) недостаточно внимательное отношение к пациенту;
2) особенности характеров врача и пациента (психологи выделяют несколько типов конфликтных людей);
3) отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения;
4) дефекты ведения медицинской документации;
5) отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
6) профессиональная некомпетентность (например, необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению).

Зная эти причины, в целом ряде случаев можно предотвратить конфликтную ситуацию, найти взаимопонимание и прийти к успешному, согласованному взаимодействию врача и пациента.

Изучение конфликта как формы взаимоотношений между врачом и пациентом помогает глубже понять профессию врача, представить особенности этой социальной роли и меру ответственности, связанную с ее исполнением.

Научное издание

МАТЕРИАЛЫ
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием

БИОЭТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ
2 декабря 2016 г.
г. Витебск

Редактор С.П. Кулик
Технический редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка и дизайн И.А. Мартинкевич

Подписано в печать 28.11.2016 г. Формат 64×84 1/8.
Гарнитура TimesNew
Усл. печ. л. 33,59. Уч.-изд. л. 36,13. Тираж 200.

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
ЛП №02330/453 от 30.12.13 г.
пр–т Фрунзе, 27, 210023, г.Витебск