

респираторными вирусами. То же относится к следующим двум пунктам:

3) Нежелательно касаться лица руками без надобности.

4) Необходимо регулярно (не менее одного раза в час) и тщательно (не менее 30-40 сек) мыть руки в горячей проточной воде с мылом.

5) При чихании прикрывать дыхательные пути одноразовым носовым платком, после чего необходимо выбрасывать его в урну.

6) По возможности в закрытых помещениях избегать кашляющих и чихающих людей и держаться от них на расстоянии более 1 метра.

7) Правильно высмаркиваться – без усилий, прочищая каждую ноздрю в отдельности, слегка приоткрывая рот.

8) Соблюдать правила гигиены воздуха в помещении: регулярно проветривать и подвергать помещение влажной уборке с использованием дезинфицирующих средств; возможно использование увлажнителей и ионизаторов.

9) Регулярно проводить очищение носа, в т. ч. используя методику полного объемного промывания. При этом антиконгестанты рекомендуется использовать не более 5-7 дней подряд.

Несмотря на то, что навыки РЭ просты в исполнении и не требуют значительных финансовых затрат, родители больных детей мало о них осведомлены. Это диктует необходимость более широкой и наглядной агитации данных мероприятий. Учитывая высокую занятость и интенсивность труда врачей детских инфекционистов, ожидать профилактической работы с родителями больных детей не приходится. Вариантом разрешения данной ситуации может быть размещение наглядных плакатов в каждом учреждении здравоохранения. Затраты на их печать и размещение во всех лечебных учреждениях с запасом компенсируются экономическими предпочтениями от несостоявшихся случаев острых респираторных инфекций среди взрослого и детского населения.

Литература.

1. Лаврентьев О.Э. Социальное взаимодействие врачей-педиатров и родителей в профилактике и лечении ОРВИ у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук, Волгоград, 2011. – 26 с.
2. Письмо Роспотребнадзора от 26.08.2009 N 01/12403-9-23 "Рекомендации по профилактике гриппа для дошкольных и общеобразовательных учреждений".
3. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60 (DOI 10.17686/sced_rusnauka_2015-875)
4. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нормам и принципам биоэтики / А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников // Биоэтика. – 2011 - № 2(8) – С.26-28.
5. Седова Н.Н.Об этической экспертизе законопроектов в сфере образования/ НН.Седова, Е.В.Приз // Биоэтика. - 2011- № 2(8) – С.10-12
6. Словарь русского языка: ок. 53000 слов / С.И. Ожегов. Под общ. ред. проф. Л.И. Скворцова. – 24-е изд., испр. – М.: ООО «Издательский дом «ОНИКС 21 век», 2003. – 896 с.
7. [Толковый словарь русского языка — Books.ru](#)

8. Царькова С.А. Грипп у детей. Что необходимо знать врачу первичного амбулаторного звена? // Справочник поликлинического врача. - №11. – 2009. – с. 31-38.

References:

1. Lavrentev O.E. Sotsialnoe vzaimodeistvie vrachei-pediatrov i roditelei v profilaktike i lechenii ORVI u detei: avtoref. dis. ... kand. med. nauk, Volgograd, 2011.-26 s.
2. Pismo Rospotrebnadzora ot 26.08.2009 N 01/12403-9-23 "Recomendatsii po profilaktike grippa dlya doshkolnikov i obshchobrazovatelnykh uchrezhdenii".
3. Donika A.D. Sootvetstvie norm Federalnogo zakona «Ob osnovakh ohranyi zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» normam i printsipam bioetiki / A.D.Donika, L.L.Kozhevnikov // Bioetika. – 2011 - # 2(8) – S.26-28
4. Donika A.D. Vrachebnaya oshibka: differentsiatsiya eticheskogo i pravovogo polya (opyit SShA i rossiyskie realii) / A.D.Donika, L.L.Kozhevnikov, I.E.Reva // Bioetika. – 2011. - # 1(7). – S. 34-36
5. Sedova N.N.Ob eticheskoy ekspertize zakonoproektov v sfere obrazovaniya/ NN.Sedova, E.V.Priz // Bioetika. - 2011-# 2(8) – S.10-12
6. Slovar russkogo yazika: ok. 53000 slov / S.I. Ozhegov. Pod obsh. red. prof. L.I. Skvortsova. – 24-e izd., ispr. – M.: ООО "Izdatelskiy dom "ONIKS 21 vek", 2003. – 896 s.
7. [Tolkovii slovar russkogo yazika – Books.ru.](#)
8. Tsarkova S.A. Gripp u detei. Chto neobhodimo znat vrachu pervichnogo ambulatornogo zvena? // Spravochnik poliklinicheskogo vracha. – N 11. – 2009. – s. 31-38.

УДК 614.253

ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТУ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

М. Г.Гевандова

*Кандидат медицинских наук, доцент кафедры биологии
Ставропольского государственного медицинского
университета, г.Ставрополь, uchpro@stgmu.ru*

К. Р.Амлаев

*Доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного
здоровья и здравоохранение Ставропольского
государственного медицинского университета, г.Ставрополь,
kum672002@mail.ru*

Д.В.Сидорова

*аспирант кафедры философии, биоэтики и права
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский
университет» xx_dream_xx@mail.ru*

Для современного общества характерен неуклонный рост онкологической патологии. Диагноз онкологического заболевания в настоящее время ежедневно выставляется большому числу новых пациентов. При этом дискуссия о том, нужно ли говорить пациенту о наличии у него онкологического заболевания до настоящего времени не завершена. В данном исследовании изучено мнение 1000 онкологических пациентов и 500 врачей по одному из основных этических вопросов. У пациентов с онкологическими заболеваниями гораздо чаще, чем у врачей имеется определенное мнение о том, кому сообщать о наличии у них онкологического заболевания. Установлена зависимость между уровнем доходов пациента и определенности его мнения по данному вопросу. Сделан вывод о необходимости обучения врачей методике информирования пациентов о серьезных проблемах с их здоровьем. Дан ряд практических рекомендаций по методике информирования пациентов.

Наиболее частой реакцией на известие об онкологическом заболевании является страх в разной степени интенсивности, который может трансформироваться в пограничные нервно-психические расстройства. В статье рассматриваются результаты изучения распространенности психо-эмоциональных расстройств у онкологических пациентов на основании изучения их мнения. Установлена

высокая распространенность психо-эмоциональных нарушений у респондентов. Выявлена высокая нуждаемость в психологической поддержке данной категории пациентов, которую могут оказать клинические психологи, волонтеры и священнослужители.

Ключевые слова: этические проблемы, психо-эмоциональные нарушения, диагноз, онкологический пациент, родственники, врач.

ETHICAL FEATURES MESSAGES AND DIAGNOSE THE PATIENT ONCOLOGICAL PRACTICE

Geyvandova M.G.

PhD, associated professor of biology department of Stavropol State Medical University, uchpro@stgmu.ru

Amlaev K.R.

MD, Ph.D., D.M.S., professor of public health department of the Stavropol State Medical University, kum672002@mail.ru

D.V.Sidorova

Post-graduate of the Department of philosophy, bioethics and law with sociology of medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd
xx_dream_xx@mail.ru

A modern society characterized by a steady increase in the incidence of cancer. The diagnosis of cancer is now daily exposed a large number of new patients. In this discussion about whether to talk to the patient about the presence of a cancer has not yet been completed. This study examined the opinion in 1000 of cancer patients and 500 doctors on one of the major ethical issues. The patients with cancer more often than doctors have a definite opinion about who report they have cancer. The dependence between the level of income of the patient and the definition of its views on the matter was fixed. The conclusion was made about the need to educate physician's method of informing patients about the serious problems with their health. It is given a set of practical recommendations on the procedure of informing patients.

The most common reaction to the news about cancer is the fear in varying degrees of intensity, which can be transformed into border neuro-psychiatric disorders. In the article are presented the results of study of the prevalence of psycho-emotional disorders in cancer patients by studying their views. The high prevalence of psycho-emotional disorders among respondents was determined. It was established the high psychological support needs in this group of patients. That assistance could give a clinical psychologist, volunteers and clergy.
Keywords: ethical issues, psycho-emotional disorders, the diagnosis, the cancer patient, family, physician.

В настоящее время специалистами в различных областях знания здоровье рассматривается как ресурс реализации жизненных стратегий и составляющая экономического потенциала государства, которая, в свою очередь, является фактором, способствующим или снижающим конкурентоспособность страны на международной арене.

Одной из наиболее значимых проблем современного общества является неуклонный рост онкологической заболеваемости. Базы данных Всемирной организации здравоохранения

подтверждают 20 млн. случаев злокачественных новообразований, причем половина случаев регистрируется в развитых странах [1,2,3]. В некоторой степени это связано с ростом числа пожилых людей в человеческой популяции. В структуре смертности онкологические заболевания занимают второе место, уступая только сердечнососудистым заболеваниям [1,2,3].

Диагноз онкологического заболевания в настоящее время ежедневно выставляется большому числу новых пациентов. В этой связи сообщение пациенту информации о наличии у него онкологической патологии требует от врача наличия соответствующих профессиональных качеств. Традиционно в медицинском сообществе идёт дискуссия о том, нужно ли говорить пациенту о наличии у него онкологического заболевания. Этот спор представляет борьбу различных точек зрения. Первая предполагает информирование пациента в полной мере о наличии ракового заболевания, с прогнозом течения заболевания и сроков оставшегося периода дожития. В её основе лежит право пациента на получение полной информации о своём здоровье. Это позволяет пациенту рационально спланировать свою жизнь, завершить все необходимые дела. Сторонники другой точки зрения считают избыточным полное и правдивое информирование пациента о наличии у него онкологического заболевания, мотивируя данный подход гуманным отношением к пациенту, нежеланием травмировать его психику. Информацию. Кроме того, нерешенным до конца остается вопрос о том, кого ещё кроме пациента информировать об онкологическом заболевании пациента. Нужно ли делать это только с личного согласия пациента. Но, в случае, когда пациент сам из соображений, описанных выше, не информируется, то, соответственно, он и не может принять решение о том, кого именно проинформировать о наличии у него столь «серьёзного» заболевания. В то же время большей частью вовлечение в процесс разъяснения родственников может оказать хорошую поддержку всем его участникам. Во всяком случае, появляется возможность комплексной интеграции близкого окружения больного в процесс разъяснения [4,5,6,7]. Неопределенность этических позиций в этом вопросе побудила нас к проведению социологического

исследования с целью изучения мнения врачей и пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, о том следует ли сообщать о наличии онкологического заболевания пациентам и их родственникам.

Нами было проведено анкетирование 1000 пациентов онкологического диспансера Ставропольского края. Количество проанкетированных пациентов соответствует количеству больных, находившихся на лечении в ГБУЗ «Ставропольский краевой онкологический центр» в период с мая по сентябрь 2014 года. Исследование проводилось в виде: одномоментного количественного исследования и структурированного интервью (самозаполнение анкет). В анкете респонденту предлагалось ответить на вопросы, выбрав один из нескольких предложенных вариантов ответов на оценочной шкале. Пациенту объяснялась цель проводящегося исследования, и предлагалось принять участие в опросе. Анкета содержала несколько смысловых блоков.

С целью сравнения ответов медицинских профессионалов с данными, полученными в результате опроса пациентов, было проведено анкетирование врачей общей практики по вопросам данного исследования. По списку врачей была определена генеральная совокупность врачей общей практики. Руководителям ЛПУ, в которых проводился опрос врачей, были разосланы официальные письма о проведении исследования в их учреждениях. Опросы проводились в один день во всех медицинских учреждениях квалифицированными мониторами. Исследование проводилось в соответствии с разработанным протоколом и инструкцией. Респондентам предоставлялась возможность самостоятельного заполнения анкет.

Врачам было предложено самостоятельно ответить на вопросник. Каждый вопрос сопровождался несколькими вариантами ответов. Выборка составила 500 человек из 958 врачей города г. Ставрополя, что равно 52,2% от их общего количества. Исследование проводилось в 6 муниципальных поликлиниках и 3 муниципальных больницах города Ставрополя, обслуживающих взрослое население. Для ввода результатов опроса была создана электронная база данных. Усредненные значения указывались вместе со стандартными ошибками средних. Оценка различий в

ответах пациентов производилась в зависимости от их принадлежности к половозрастным группам, социальным группам, уровня образования, места проживания, нозологии, уровня материального благосостояния и от других характеристик. Работа с большими базами первичной информации, определила выбор методов, реализация которых стала возможна на основе алгоритмического и программного обеспечения пакетов статистических программ SPSS – 12 версии.

Исследование показало, что все респонденты-пациенты страдали онкологическими заболеваниями различной степени тяжести. Максимум респондентов приходился на пациентов с локализацией процесса в желудочно-кишечном тракте - 39,4±2,3%, респонденты с локализацией процесса в области молочных желез, мочеполовой системе, легких составили соответственно - 18,8±1,9%, 16,4 ±1,8%, 14,4±1,7%. Онкологический процесс другой локализации диагностирован у 11,1±1,5% респондентов.

Число респондентов по возрастным группам с возрастом увеличивалось, достигая максимума в 2-х группах: 56-60 лет – 21,8±2,0% и старше 65 лет - 26,2±2,1%. Женщины составляли 69,7±2,2%, мужчины - 30,3±2,2%. Большинство респондентов проживали в официально зарегистрированном браке - 56,7±2,4%, вдовых было 21,5±2,0%, остальные категории были представлены холостыми - 6,3±1,2%, проживающими в гражданском браке - 7,6±1,3%, разведенными - 7,9±1,3%. Максимальное количество опрошенных имели средне-специальное и высшее образование – 38,7±2,3% и 29,9±2,2% соответственно. Полное среднее образование отмечено у 16,4±1,8%, начальное профессиональное образование у 5,3±1,1% респондентов. Не имели среднего образования в общей сложности 9,7±1,0% опрошенных.

Респонденты считают, что об онкологическом заболевании нужно сообщать только пациенту – 24,9±2,3%; его близким родственникам - 16,9±1,8%; пациенту и его близким родственникам - 43,6±2,4%, а 14,6±1,4% - не имеют собственного мнения по данной проблеме. В отношении того, кого следует информировать о наличии онкологического заболевания у пациента, выявлена зависимость ответов от уровня обеспеченности респондента. Среди «условно обеспеченных пациентов» выше процент тех, кто считает, что информировать о заболевании следует

самого пациента – 30,3%; близких родственников – 21,2%; и тех и других – 39,45, а также низкий процент тех, кто затруднился ответить на данный вопрос – 9,1%. С уменьшением уровня обеспеченности растет процент тех, кто не имеет собственного мнения по данному вопросу – 11,4% в группе «условно средне обеспеченные» – 11,4%; «условно мало обеспеченные» – 22% (Хи-квадрат Пирсона 17,215^a).

Мнения врачей о том, кому следует сообщать о наличии онкологического заболевания у пациента, разделились. Почти половина респондентов (42,3±1,5%) не имеют собственного мнения по этому вопросу; 20,2±1,2% считают, что такую информацию должен получить только сам пациент; 30,1±1,4% отметили, что сообщение может быть передано только близким родственникам; а 7,4±0,8% опрошенных считают, что информация об онкологическом заболевании может быть передана, как пациентам, так и его родственникам.

Таким образом, пациенты с онкологическими заболеваниями гораздо чаще, чем врачи имеют определенное мнение о том, кому сообщать о наличии у них онкологического заболевания. Статистически значимым фактором для принятия решения является материальное благосостояние пациентов. Чем выше уровень доходов у пациента, тем меньше среди них тех, кто не имеет собственного мнения по данному вопросу. Пациенты с высоким уровнем доходов гораздо чаще, чем другие категории респондентов выражают желание, чтобы о наличии онкологического заболевания сообщали только им. Врачи общей терапевтической сети нуждаются в дополнительном обучении тактике медицинских профессионалов при общении с пациентами, страдающими угрожающими жизни заболеваниями. Следует, как можно раньше дать понять больному, что, если выяснится что-либо плохое, он всегда может рассчитывать на помощь врача. Если опасения необоснованы, то их следует своевременно рассеять [4,6,7].

Подозрение на онкологическое заболевание может возникнуть в процессе диагностики проявлений любых недугов, а также при профилактическом осмотре. При этом недостаток или неправильная информация о заболевании так же, как избыток информации, может вселить в пациента тревогу и неуверенность. Сообщение о наличии у пациента

ракового заболевания может привести к серьезным проблемам в коммуникации, как со стороны онкологического больного, так и близких для него людей. Наиболее частой реакцией на известие об онкологическом заболевании является страх в разной степени интенсивности, который может увеличиваться, в зависимости от прогрессирования болезни и метода её лечения [9,5]. Страх может быть частью обычной адаптации онкологического больного к своему заболеванию, тогда эти реакции ограничены временем и могут побудить пациентов и их родственников предпринять меры для уменьшения страха (например, собрать необходимую информацию). Основанием для определения потребности в психологической помощи являются не только проявление психических, сопутствующих онкологическое заболевание реакций, но и то, как пациент с ними справляется, что позволяет судить как о причинах расстройств, так и о наличии у него способности для психической обработки болезни.

При работе с больными со злокачественными новообразованиями соблюдение этических и деонтологических принципов имеет особое значение. Это связано с тем, что на состояние этих пациентов болезнь оказывает особенно сильное психотравмирующее влияние. По данным многих авторов, у преобладающего большинства онкологических больных выявляются признаки обсессивно-фобических и астенодепрессивных нарушений психики [9, 5, 6, 7]. Это проявляется эмоциональной лабильностью, навязчивым страхом смерти, подавленностью и уходом в себя, преобладанием тревожно-мнительных черт, ощущением обреченности, безнадежности из-за своего заболевания, бесперспективности дальнейшей жизни, суицидальными мыслями. Однако на практике эмоциональное состояние больного часто не берется в расчет, особенно молодыми врачами, что, несомненно, усугубляет не только психологический, но и соматический статус пациента.

С целью изучения психо-эмоционального состояния пациентов онкологического профиля, источников и потребности в психологической помощи, нами был проведен опрос на той же выборочной совокупности пациентов, которая охарактеризована выше. Опрос показал, что 46,8±2,4% респондентов не пользуются нетрадиционной помощью для избавления

от болезней, между тем, 2±0,7% респондентов ходят к экстрасенсам, 12,9±1,6% полагаются на священников, а 39,3±2,3% - пользуются лечебными травами, минералами. Свои надежды на поддержку в болезни респонденты в основном возлагают на родственников - 88,2±1,5%.

Фактически пациенты онкологического центра получали помощь, в том числе материальную, от родственников - 81,2±1,9%, от руководителя - 7,1±1,2%, друзей и коллег - 16,6±1,8%. В то же время 13,1±1,6% пациентов не получали никакой помощи. Более половины респондентов хотели бы получить психологическую помощь - 52,8± 2,1% ..

Для респондентов были характерны эмоциональные проблемы в виде депрессии (по мнению респондентов), других эмоциональных переживаний. Соответствующие жалобы предъявили 60,7±2,3% опрошенных. Типичной жалобой для респондентов является постоянное или частое уныние. Ее предъявили 51% ±1,9% опрошенных.

Следовательно, более половины онкологических пациентов нуждаются в психологической помощи. Эмоциональные переживания присутствуют у 60,7% пациентов, при этом самым частым симптомом является уныние, его испытывают 51% респондентов. Источником поддержки онкобольного наиболее часто являются родственники, однако пациенты обращаются за поддержкой и к экстрасенсам и представителям церкви. При этом более 13% респондентов не получают никакой помощи.

Заключение. В условиях неопределенности тактики врача в данной ситуации, считаем полезным придерживаться следующих принципов проведения разъяснительной беседы:

- позаботьтесь о спокойном и приятном месте, пациент должен получить информацию о состоянии своего здоровья в благоприятных условиях, желательно в конфиденциальной обстановке;
- придерживайтесь определенных временных рамок, беседа не должна длиться дольше 30 минут;
- позвольте присутствие доверительных лиц пациента по его желанию;
- расположитесь рядом с пациентом, чтобы устранить все препятствующие хорошей коммуникации факторы;
- постепенно подготовьте пациента к плохим новостям;
- узнайте уровень представлений пациента о его заболевании;
- осмотрительно, обдуманно сообщите пациенту новость;

- выразите пациенту сочувствие и готовность помочь;
- старайтесь говорить просто, без специальных терминов и эвфемизмов;
- не торопитесь, предоставляйте пациенту время на обдумывание и вопросы;
- наблюдайте за реакциями пациента, позвольте ему выразить эмоции;
- в зависимости от ситуации вселите в пациента надежду;
- избегайте обещаний, которых не сможете выполнить;
- резюмируйте всю важную информацию.

Учитывая высокую распространенность психо-эмоциональных расстройств у пациентов онкологического профиля, следует обучить врачей-онкологов основам психотерапии, а также ввести в структуру онкологической службы клинических психологов. На наш взгляд также будут полезны волонтеры из числа излечившихся онкобольных, а также при желании пациентов, поддержку больным могут оказать и служители церкви [8,10, 11].

Литература

1. База данных ВОЗ <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900/>. Доступ 14.03.2015.
2. База данных ВОЗ. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>. Доступ 17.03.2015.
3. База данных ЦИИОИЗ http://www.mednet.ru/images/stories/filesstatistika/zabolevaemost_vzroslogo_naseleniya/2010/Zabolevaemost2010_c_hast2.pdf . Доступ 17.03.2015.
4. Демин Е.В. Этика в практике онколога// Вопросы онкологии. - 2001.-N 3.-С.366-369.
5. Социальные, психологические и этические проблемы в современной онкологии. Учебное пособие/ Н.Б.Водолазский [и др.]; ред. А.И.Новиков[и др.] – Омск: Издательство Центра МОИИТОМГМА. - 2008. – 179 с.
6. Старовойтова И.М. Этика и психология в онкологии/И.М.Старовойтова// <http://www.rosoncweb.ru/library/ congress/ru/10/22.php>. Доступ 3.07.2015.
7. Павлов Ю.Д. Медицинская этика/ Ю.Д.Павлов// http://www.medchitalka.ru/medicina_segodnya/medicinskaya_etika/5951.html. Доступ 3.07.2015.
8. Амлаев, К.Р. Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля /К.Р. Амлаев, А.А. Койчурев, М.Г. Гевандова, З.Д. Махов//Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2012.- Том 14.- №5(2).- С.512-517.
9. Демин Е.В. Этика в практике онколога/ Е.В.Демин// Вопросы онкологии. - 2001.-N 3.-С.366-369.
10. Антонова Т.А. Межличностный конфликт в онкологии Т.А.Антонова, А.Ю.Ненарокомов, А.Ю.Барковская // Биоэтика.-2012.-№1 (9)- С. 54 - 56.
11. Антонова Т.А. Информированность городского населения об онкологических рисках и способах их профилактики / Д.А.Кураков, Т.А.Антонова // Социология города. - 2013. - №2. – С. 36 - 40.
12. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60 (DOI 10.17686/sced_rusnauka_2015-875)
13. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нормам и принципам биоэтики / А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников // Биоэтика. – 2011 - № 2(8) – С.26-28.
14. Седова Н.Н.Об этической экспертизе законопроектов в сфере образования/ НН.Седова, Е.В.Приз // Биоэтика. - 2011- № 2(8) – С.10-12

References

1. Baza danniyh VOZ <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900/>. Dostup 14.03.2015.

2. Baza dannyih VOZ.
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/. Dostup 17.03.2015.
3. Baza dannyih TsIIOIZ
http://www.mednet.ru/images/stories/filesstatistika
zabolevaemost_vzroslogo_naseleniya/2010/Zabolevaemost2010_c
hast2.pdf. Dostup 17.03.2015.
4. Demin E.V. Etika v praktike onkologa/ Voprosy onkologii. - 2001.-N 3.-S.366-369.
5. Sotsialnyie, psihologicheskie i eticheskie problemy v sovremennoy onkologii. Uchebnoe posobie/ N.B.Vodolazskiy [i dr.]; red. A.I.Novikov[i dr.] – Omsk: Izdatelstvo Tsentra MOiITOmGMA. - 2008. – 179 s.
6. Starovoytova I.M. Etika i psihologiya v onkologii/L.M.Starovoytova// http://www.rosoncweb.ru/library/congress/ru/10/22.php. Dostup 3.07.2015.
7. Pavlov Yu.D. Meditsinskaya etika/ Yu.D.Pavlov// http://www.medchitalka.ru/medicina_segodnya/meditsinskaya_etika/5951.html. Dostup 3.07.2015.
8. Amlaev, K.R. Nekotoryie voprosy profilaktiki onkozabolevaniy i povysheniya kachestva zhizni patsientov onkologicheskogo profilya /K.R. Amlaev, A.A. Koychuev, M.G. Gevandova, Z.D. Mahov//Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk.- 2012.- Tom 14.- #5(2).- S.512-517.
9. Demin E.V. Etika v praktike onkologa/ E.V.Demin// Voprosy onkologii. - 2001.-N 3.-S.366-369.
10. Antonova T.A. Mezhlchnostnyiy konflikt v onkologii T.A.Antonova, A.Yu.Nenarokomov, A.Yu.Barkovskaya // Bioetika.-2012.-#1 (9)- S. 54 - 56.
11. Antonova T.A. Informirovannost gorodskogo naseleniya ob onkologicheskikh riskah i sposobah ih profilaktiki / D.A.Kurakov, T.A.Antonova // Sotsiologiya goroda. - 2013. - #2. – S. 36 - 40.
12. Donika A.D. Sootvetstvie norm Federalnogo zakona «Ob osnovah ohraniy zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» normam i printsipam bioetiki / A.D.Donika, L.L.Kozhevnikov // Bioetika. – 2011 - # 2(8) – S.26-28.
13. Donika A.D. Vrachebnaya oshibka: differentsiatsiya eticheskogo i pravovogo polya (opyit SShA i rossiyskie realii) / A.D.Donika, L.L.Kozhevnikov, I.E.Reva // Bioetika. – 2011. - # 1(7). – S. 34-36
14. Sedova N.N. Ob eticheskoy ekspertize zakonoproektov v sfere obrazovaniya/ NN.Sedova, E.V.Priz // Bioetika. - 2011- # 2(8) – S.10-12

СОБЫТИЯ

УДК 614.253

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ БИОЭТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Г.Ю.Щекин

доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г.Волгоград, alfa-001@ya.ru

К.В.Сунцова

старший преподаватель кафедры философии, биоэтики и права ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г.Волгоград, oksanaser@bk.ru

В статье дана информация о проведении первой в России межрегиональной конференции по оздоровительному туризму, выделены проблемы лечебного туризма, обсужден феномен медицинского туризма, представлены участники конференции и сформулированы проблемы для биоэтики в изучении медицинского туризма.

Ключевые слова: лечебный туризм, медицинский туризм, социология медицины, регион, этические проблемы оздоровительного туризма.

A NEW DIRECTION IN BIOETHICAL RESEARCH

G.Yu. Shchekin

Doctor of sociological Sciences, Professor of philosophy, bioethics and law chair of sbee HPE "Volgograd state medical University", Volgograd, alfa-001@ya.ru

K. V. Suntsova

Senior lecturer, Department of philosophy, bioethics and law chair of sbee HPE "Volgograd state medical University", Volgograd, oksanaser@bk.ru

The article provides information on conducting the first in Russia inter-regional conference on Wellness tourism, the problems of treatment's tourism, discussed the phenomenon of medical tourism, presented participants of conference and formulated the problems for the study of bioethics in medical tourism. Keywords: treatment's tourism, medical tourism, sociology of medicine, region, ethical issues of wellness tourism.

Спрос на путешествия за здоровьем в современном мире постоянно растет. Это связано, с одной стороны, с тем, что появляется возможность выбора, в какой стране и в какой клинике лечить возникшее заболевание, а возможно делать операцию и проходить реабилитационно - восстановительные мероприятия. С другой стороны, поводом для развития медицинского туризма является его экономическая составляющая. Во многих странах лечение пациенту обходится значительно дешевле, чем на родине и уровень оказываемых медицинских услуг значительно выше. В связи с этим наблюдается рост числа стран специализирующихся на предоставлении этого вида услуг.

В нашей стране медицинский туризм только недавно начал складываться в особое направление, причем, до сих пор не ясен ответ на ряд вопросов:

Чем отличается медицинский туризм от лечебного и/или оздоровительного?

Является ли он направлением в туризме или в медицине?

Каким образом должна лицензироваться деятельность в области медицинского туризма?

Как предотвратить или снизить риски потребления услуг медицинского туризма?

Для того, чтобы обобщить мнения специалистов по этим и другим вопросам, Волгоградский государственный медицинский университет провел Первую Межрегиональную научно-практическую конференцию «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности», в своем филиале - Пятигорском медико-фармацевтическом институте (Россия, 357532, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Калинина, 11) 14 – 15 мая 2015 г.

В своем выступлении один из авторов данной статьи и организаторов этой конференции Г.Ю.Щекин посвятил свой доклад проблеме концептуализации понятий «оздоровительный туризм», «лечебный туризм», «медицинский туризм», без которой не возможно нормативное регулирование этих видов социальной деятельности. Автор эксплицировал социальные риски медицинского туризма и сформулировал рекомендации по их профилактике, обосновал необходимость юридической, этической и социологической экспертизы программ медицинского туризма, описал и обосновал перспективы развития медицинского туризма и роль органов здравоохранения в этом процессе. Предложенная автором концептуализация феномена медицинского туризма позволяет структурировать деятельность субъектов-организаторов (медицинских организаций и туристических компаний), поможет органам здравоохранения реализовать координирующую функцию в развитии медицинского туризма в России.

В выступлении профессора Н.Н.Седовой (Волгоград) рассматривались вопросы лечебного