

зависит от индивидуальной склонности к материалистическому или идеалистическому типу восприятия существующей действительности, от принятия исключительно естественнонаучного или синергетического, включающего и теологического, объяснения картины мира. Лица, основу биоэтического мировоззрения которых составляют те или иные религиозные конфессии, обладают разной степенью развитости религиозного сознания. Его формирует приверженность к традиционным духовным ценностям и принятие норм религиозной морали.

Анализ данных, полученных в медико-социологическом исследовании, позволяет утверждать, что отношение к биомедицинским технологиям обучающихся, имеющих религиозное сознание, строится на моральных основаниях, имеет моральное значение и наполнено моральным смыслом. Религиозное сознание, выступая этическим регулятором профессионального поведения будущего врача, способствует более глубокому пониманию содержания биоэтических дилемм и более ответственному отношению к медицинским вмешательствам в жизнь и смерть человека. Это позволяет надеяться на то, что внедрение в медицинскую практику новых биомедицинских технологий, применение которых связано с неопределенностью последствий и опасностью для жизни и здоровья человека, будущие врачи будут осуществлять на основе морального выбора необходимых для оказания качественной медицинской помощи моральных действий и моральных отношений.

Литература

1. Агеева Н.А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента // Гуманитарные и социальные науки. - 2012. - № 5. - С. 131-139.
2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1 (15). - С. 58-60.
3. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. № 2(10). 2012. С.54-55.
4. Ильясов Ф.Н. Религиозное сознание и поведение // Социологические исследования, 1987. - №3. - С. 50-55.
5. Ляуш Л.Б., Сабурова В.И., Силуянова И.В., Сушко Н.А. // Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков // Медицинское право и этика. - 2002. - № 2.-С.67-82.
6. Мещерякова Т. В., Герасимова О. В. Осознание ценности жизни в пересечении этических позиций (анализ результатов социологического исследования динамики отношения к проблемам биоэтики российских студентов-медиков) // Бюл. Сиб. медицины. 2006. Т. 5, № 5. С. 142-146.
7. Мещерякова Т.В., Герасимова О.В. Смена поколения, или проблема формирования ценностного сознания будущего врача // Вестник Томского гос. пед. ун-та.- 2013. - № 11 (139).- С.173-180.
8. Нурматова М. А., Жаборова Ю. Д., Умарова Н. Х., Худайбердиев А. К. Некоторые особенности духовно-нравственного воспитания студентов медицинских вузов // Молодой ученый. — 2014. — №6. — С. 868-870.
9. Седова Н.Н. Биоэтика как прикладная философия// Биоэтика. 2010. №1. С. 7 – 11.
10. Светличная Т.Г., Чумакова Г.Н., Степанов Е.С., Ларионова Н.С./Характеристика начальных биоэтических представлений обучающихся в медицинском вузе // Экология человека. – 2015. - № 5. – С.14-20.
11. Силуянова И.В. Цинизм и проблема нравственного состояния личности врача // Биоэтика. – 2014. - № 1(13). – С. 17-19.
12. Угринович Д. М. Введение в религиоведение. М.: Мысль, 1985. – С. 143-144.
13. Ageeva N.A. Eticheskiy aspekt problem vzaimootnosheniya vracha i patsienta. Gumanitarnye i sotsialnye nauki, 2012, № 5, pp C. 131 -139.
14. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh regulyatorov professionalnoy deyatel'nosti vracha. Bioetika, 2015, № 1 (15), pp. 58-60.
15. Donika A.D. Medicinskoe pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioetika. № 2(10). 2012. S.54-55.
16. Ilyasov F.N. Religioznoe soznanie i povedenie. Sotsiologicheskie issledovaniya, 1987, №3, pp. 50-55.
17. Lyaush L.B., Saburova V.N., Siluyanov I.V., Sushko N.A. Mirovozzrenie i bioeticheskie predstavleniya rossiyskikh studentov-medikov. Meditsinskoe pravo i etika, 2002, № 2, pp.C.67-82.
18. Mescheryakova T.V., Gerasimova O.V. Ocoznanie tsennosti zhizni v peresechenii eticheskikh pozitsiy (analiz rezultatov sotsiologicheskogo issledovaniya dinamiki otnosheniya k problemam bioetiki rossiyskikh studentov-medikov. Byull. Sib. Meditsiny, 2006, T. 5, № 5, pp. 142-146.
19. Mescheryakova T.V., Gerasimova O.V. Smena pokoleniya, ili problema formirovaniya tsennostnogo soznaniya budushego vracha. Vestnik Tomskogo gos. ped. un-ta, 2013, № 11 (139), pp.173-180.
20. Nurmatova M.A., Zhabborova YU.D., Umarova N.CH., Chudayberdiev A. K. Nekotorye osobennosti duchovno-nravstvennogo vospitaniya studentov meditsinskikh vuzov. Molodoy uchenyy, 2014, №6, pp. 868-870.
21. Svetlichnaya T.G., Chumakova G.N., Stepanov E.S., Larionova N.S. Charakteristika nachal'nykh bioeticheskikh predstavleniy obuchayuschichsya v meditsinskom vuze. Ekologiya cheloveka, 2015, № 5, pp. C.14-20.
22. Siluyanov I.V. Tsinizm li problema нравstvennogo sostoyaniya lichnosti vracha. Bioetika, 2014, № 1(13), pp. C. 17-19.
23. Ugrinovich D.M. Vvedenie v religiovedenie, M.: Mysl, 1985, ppC. 143-144.

УДК 616.31-052

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ПАРТНЕРСТВА ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: БИОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

И.В.Гамова

кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии, Саратовский государственный медицинский университет, biosoc2008@yandex.ru

В статье обсуждается проблема формирования партнерства врача и пациента с хроническим заболеванием, как оптимальной модели их взаимодействия. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена необходимостью повышения качества оказания медицинской помощи, особенно для пациентов с хронической патологией, представляющих основную часть пациентской группы. В статье использованы материалы авторского медико-социологического исследования профессиональной группы врачей-терапевтов и пациентов с бронхиальной астмой. Выбор нозологической группы обусловлен хроническим течением данного заболевания, а так же существенной стратифицированностью пациентской выборки, позволяющей применить полифакторный подход к ее оценке (возраст, пол, социальный статус и др). В качестве инструмента для формирования партнерской модели взаимоотношения врача и пациента с бронхиальной астмой предлагается использовать основные принципы биоэтики, изложенные во «Всеобщей декларации по биоэтике и правам человека» (ЮНЕСКО. 2005 г). Рассмотрены особенности интеракции врача с пациентом с учетом

его возраста, культурных ценностей, конфессиональной принадлежности. Показана роль этических комитетов для профилактики и решения конфликтов между врачами и пациентами с хронической патологией вне правового поля.

Ключевые слова: принципы биоэтики, пациент с хроническим заболеванием, профессиональная группа врачей, уязвимость, автономия, информированное согласие, медицинская услуга, этические комитеты.

PROBLEM OF ESTABLISHING A DOCTOR AND PATIENT PARTNERSHIP: BIOETHICAL APPROACH

I.V.Gamova

PhD, Associate Professor, Clinical Immunology and Allergology
Department of, "Saratov State Medical University n.a. V.I.
Razumovsky" of Ministry of Health of Russian Federation.,
biosoc2008@yandex.ru

The article discussed the problem of establishing a partnership between the physician and the patient with a chronic disease as an optimal model of their interaction. The urgency of the problem stems from the need to improve the quality of care, particularly for patients with a chronic pathology, making up the majority of the patient groups. The article drew upon the author's medical and sociological research of interaction between professional physicians and patients with bronchial asthma. The selection of the nosology group was due to the chronic course of the disease, as well as significant stratification of the patients' sampling which made it possible to use a multifactor approach to its assessment (age, sex, social status, etc.). As a tool for establishing a partnership between doctors and patients with asthma we planned to use the basic principles of bioethics set forth in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UNESCO. 2005). The article showed the features of the physician-patient interaction taking into account their age, cultural values, religious affiliation. The author showed the role of ethics committees for the prevention and resolution of conflicts between doctors and patients with a chronic pathology beyond the scope of the legal field.

Key words: principles of bioethics, patient with a chronic disease, professional group of doctors, vulnerability, autonomy, informed consent, medical service, ethical committees

Отличительной особенностью взаимоотношений врача и пациента с хроническим заболеванием является их длительная интеракция, подразумевающая развитие партнерских взаимоотношений, основанных на доверии и уважении. В то же время многочисленные современные социологические исследования свидетельствуют о наличии девиаций в профессиональной роли врача, которые могут быть рассмотрены как профессиональные деформации, отражающие недостаточный уровень его социально-психологических компетенции, обуславливающие конфликты между врачами и пациентами, и, в конечном счете, снижающие качество оказания медицинских услуг и степень удовлетворенности ими пациентов [2,3,4]. Современные Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования уровня специалитета предусматривают формирование у медицинских специалистов в условиях образовательной среды вуза ряда этико-ориентированных компетенций. Например, ФГОС ВО специальности «лечебное дело» требует формирования у выпускника таких общекультурных компетенций, как «способность ... нести социальную и этическую ответственность за принятые решения», «готовность... толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия» и общепрофессиональной компетенции – «способность и

готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности»[1]. Безусловно, такой подход может рассматриваться как потенциальный инструмент решения рассматриваемой проблемы, но во-первых, ожидаемый результат носит отдаленный характер, требуется разработка и апробация методического сопровождения, во-вторых, любое обучение не гарантирует абсолютность положительного результата (степень освоения учебного материала, уровень компетентности преподавательского состава и др. факторы)[5,6]. В связи с этим нужны и другие механизмы, позволяющие контролировать, корректировать и предупреждать конфликтные ситуации во врачебной практике, снижающие авторитет врача и соответственно, комплаентность пациента.

Существует европейский механизм предупреждения и разрешения конфликтов в рассматриваемых взаимоотношениях, формализованный «Всеобщей декларацией по биоэтике и правам человека», принятой ЮНЕСКО 19 октября 2005 г. (Далее Декларация). Декларация содержит 15 основных принципов, охватывающих основные аспекты соблюдения прав человека на современном уровне развития биомедицинских наук[3,7,9].

С целью экспликации биоэтического контента формирования партнерских отношений между врачом и пациентом с хроническим заболеванием мы провели анализ положений (принципов) Декларации применительно к группе пациентов с бронхиальной астмой. Выбор нозологической группы обусловлен хроническим течением данного заболевания, а также существенной стратифицированностью пациентской выборки, позволяющей применить полифакторный подход к ее оценке (возраст, пол, социальный статус и др.).

В европейской практике для пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе с бронхиальной астмой, дискутируется неоднозначность применения принципа статьи 7 Декларации «Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие». Безусловно, существуют юридические критерии правоспособности давать согласие на медицинское вмешательство, в целом синхронизированные внутренним и международным законодательством, например, по отношению к детям или лицам, признанным невменяемыми. В то же время в рамках биоэтики выделяют не только категории субъектов, но и, так называемые, категории обстоятельств: неблагоприятные экономические условия, неграмотность, социально-культурные обстоятельства, подневольные категории лиц (например, заключенные) и др. Таким образом, правоспособность давать согласие на лечение, а для пациентов с хроническими заболеваниями, например, с бронхиальной астмой – и вести план контроля, может быть подвергнута сомнению в силу различных обстоятельств.

Различные формы неврологических расстройств у пациентов пожилого возраста, включая болезнь Альцгеймера, лишают людей способности принимать адекватные решения. В данном случае медицинскому специалисту необходимо установить контакт с родственниками или близкими людьми, знавшими его ранее, с тем, чтобы помочь пациенту воспроизвести картину жизни, его ценности и желания. Речь идет, о так называемом, гипотетическом согласии, которое могло соответствовать чувствам пациента до его неврологических расстройств.

Другая особенная категория пациентов – пациенты, испытывающие трудности при обучении. Здесь медицинскому специалисту важно понять и не путать пониженные интеллектуальные способности пациента с психическими заболеваниями, обуславливающими его недееспособность. Интеллектуальные способности пациентов, испытывающих трудности при обучении самоведению бронхиальной астмы, варьируют в широком диапазоне, поэтому нет оснований подводить их под некий простой стандарт рассматриваемой способности. Кроме того, эта способность не связана с мотивацией к обучению, которая была нами исследована на пациентской выборке. В каждом случае необходимо проводить оценку, исключая юридические критерии, индивидуально – персонализировано, возможно, с помощью специалиста – психолога.

Статья 8 Декларации «Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности» апеллирует к различным аспектам уязвимости: биологическим, социальным и культурным. Принцип уважения уязвимости пациента обусловлен чувствительностью человеческой личности. Данный принцип тесно связан с принципом неприкосновенности личности, потому как полноценное функционирование индивидуумов можно легко расстроить различными факторами извне, так, что не только здоровье человека, но и само существование окажется под угрозой. Согласно парадигмам современной биоэтики, необходимо проводить различие между несколькими аспектами уязвимости. Биологическая уязвимость (или телесная) соотносится с определенной «хрупкостью» человеческого организма, вызываемой, в частности, хроническим заболеванием – бронхиальной астмой. Кроме того, сюда относят и естественные угрозы, исходящие из биологических особенностей человека – старение и смерть. Кроме естественных угроз, различают и экологические, особо важные для пациентов с бронхиальной астмой, многие из которых (например, поллютанты) являются триггерами.

В свою очередь, социальная уязвимость пациента связана с ограниченной способностью пациентов налаживать собственную жизнь и совместно пользоваться благами и услугами. Мы рассматривали электронное неравенство пациентов (в основном, для пациентов пожилого возраста), не позволяющее этой группе использовать информационный сетевой ресурс для получения информации о заболевании или контроля над бронхиальной астмой. Кроме того, пациенты становятся уязвимыми и в результате госпитализации.

Культурная уязвимость пациентов редко находится во внимании медицинских специалистов, несмотря на то, что Россия – государство поликультурное и поликонфессиональное, следовательно, традиции и ценности, типичные для локальных культур, не должны игнорироваться в ходе организации и реализации образовательных программ для пациентов с хроническими заболеваниями.

В этике понятие уязвимости – не просто нейтральное описание состояния человека, а нормативное предписание, которое требует принимать во внимание уязвимость как характерную черту индивидуума. Безусловно, общая идея заключается в необходимости снижать уязвимость человеческого существования. Во многом для России это вопрос государственного уровня, требующего реализации национальных программ. В то же время, задача

медицинского специалиста – сосредоточиться на устранении (нейтрализации, уменьшении) биологических угроз уязвимости, связанных с течением заболевания. С уязвимостью связан ряд этических дилемм, таких как, инвалидность, смерть и депрессия. Учет уязвимости человека, о которой говорится в статье 8 Декларации, предполагает соблюдение равновесия между устранением и принятием уязвимости человека. Такое равновесие проявляется, например, в ситуации инвалидности, которая характерна для бронхиальной астмы. Инвалидность рассматривается как ненормальное явление, поэтому лица с ограниченными возможностями по определению являются уязвимыми. В то же время, эта группа пациентов не должна подвергаться стигматизации, выражающейся в отношении к ним, как людям «не нормальным – не таким, как все».

Страдание и боль – это также проявление человеческой уязвимости. Анализ контента форума для пациентов с бронхиальной астмой ярко демонстрируют эмоциональный компонент страдания («как с этим жить») и его физическую составляющую (пациенты не в силах посетить врача, не могут сутками спать и т.д.) [6, 7, 8,9,10]. Задача клинического психолога в рамках обучающих программ довести до пациента с бронхиальной астмой убеждение о необходимости к стремлению свести это страдание к минимуму с одной стороны, а с другой стороны – принимать его как часть жизни. Включение клинического психолога необходимо и потому, что медицинский специалист может доминировать в устранении уязвимости болезни (купирование симптомов и т.д.), а клинический психолог должен внести балланс. Потому как усиленный акцент на устранении ведет к тому, что во имя некоторого предполагаемого добра (блага) творится «зло», такое евгеническое движение, ликвидирующее социально и этнически неприиспособленных.

Принцип статьи 4 «Вред и благо» дает инструмент для решения вопроса о генетической предрасположенности к болезни. Подогреваемая коммерческим интересом реклама медицинских центров генетической диагностики может привести с непредсказуемым последствиям – генетической выбраковке, генетической неполноценности, стремления корректировать свой геном или создавать путем ЭКО «идеальных» людей [4,8]. Автономия пациента и его благо – постулаты, требующие особого подхода, основанного на балансе медицинской пользы и нравственных ценностей.

Проблема уязвимости для пациента с бронхиальной астмой, как и для любого здорового человека, состоит в том, что полностью исключить ее не представляется возможным. Вместо этого она должна побуждать в биоэтике новые подходы, формирующие, так называемую, «этику заботы», основанную на том, что уязвимость присуща всем людям. Она является источником беспокойства за других, а также осознания того, что мы полагаемся на других. Это – основа обязанности заботиться о тех, кто подвержен биологическим, социальным и культурным угрозам, а также угрозам, истекающим из перманентно растущих возможностей современной биомедицины (в т.ч ее омиксных направлений) [7].

Принцип признания уязвимости тесно связан с понятием неприкосновенности личности, о котором говорится в конце статьи 8 Декларации. Неприкосновенность связана с целостностью индивида. При обсуждении вопросов этики неприкосновенности

пациентов с бронхиальной астмой, возникает необходимость учета понятия «добродетель» (благо), связанного, например, с честностью того или иного социального актора. В целом, уважение неприкосновенности личности в этой статье не связано с моральными устоями пациента, его «хорошим» поведением. Оно относится к фундаментальным аспектам человеческой жизни, которые требуют уважения. В рассматриваемом контексте уважение неприкосновенности пациента связано с уважением того, как пациент понимает свою жизнь и болезнь, а так же уважением его интересов и свободного волеизъявления.

Необходимо исходить из положения, что жизнь каждого человека – это состояние целостное, основанное на важных для него событиях жизни, их индивидуальном осмыслении, и на его ценностях. Поэтому интеграция в жизнь пациента программы селфменеджмента должна быть деликатной, контроль со стороны медицинских специалистов – минимально достаточным, не агрессивным, ведение реестра пациентов – носить закрытый, конфиденциальный характер. Исходя из принципа Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность (статья 9 Декларации), полностью синхронизированным с современным национальным законодательством, обязанность медицинского специалиста – защищать частную жизнь пациента и его конфиденциальность («врачебная тайна»). Конфиденциальность распространяется на всю персональную информацию о состоянии здоровья, включая генетические данные. В «Международной декларации и генетических данных человека» ЮНЕСКО говорится: «... ко всем медицинским данным, в том числе генетическим и протеомным данным, независимо от их видимого информационного содержания, следует применять одни и те же высокие требования конфиденциальности».

Биоэтический контент принципа «Равенство, справедливость и равноправие» (статья 10 Декларации) применительно к пациентам с бронхиальной астмой раскрывается в дифференцированности понятия справедливости, которая может быть распределительной, процедурной, компенсационной, социальной и др. Так, распределительная справедливость, подразумевает обеспечение каждого члена общества справедливой долей общественного ресурса. В свою очередь, ее отсутствие инициирует неравенство в статусе здоровья на локальном, национальном и глобальном уровне. Безусловно, обеспечение равенства, справедливости и равноправия в контексте конституционального права на охрану здоровья – задача государственная, связанная с экономическими, политическими, социальными условиями. Но и медицинский специалист – профессионал, оказывающий медицинскую помощь непосредственно, играет важную социальную роль в определении приоритетов в сфере здоровья и распределении ресурсов в этой сфере. Рассмотрение вопроса коммерциализации сферы здравоохранения не входит в задачи нашего исследования, но врачи, сталкивающиеся с многочисленными случаями неравенства в статусе здоровья, связанного, как правило, с неравенством в благосостоянии и доходах, должны быть готовы к этически верным решениям, исключая дискриминацию в отношении пациентов с низким доходом.

Для России это актуально и в связи с феноменом старения, к 2030 году прогнозируется

преобладание старшей возрастной группы в общенациональной выборке, уже сегодня – пенсионеров в России – третья часть. Это часть населения с невысоким уровнем дохода, ориентированная на государственный сектор медицинских услуг, с минимизацией платных услуг. Государственные программы зарубежных стран демонстрируют сочетанный подход к оказанию государственной поддержки населению с низким уровнем дохода и хроническими заболеваниями, например, в Ирландии ряд Программ разработаны совместно с Программами борьбы с бедностью.

Другой биоэтический аспект, также макросоциального уровня – недопущение стигматизации пациентов с хроническим заболеванием. Социальными последствиями стигматизации может стать дискриминация в предоставлении доступа к социальным услугам, например, в приеме на работу и возможности профессионального роста.

Одним из дискуссионных вопросов биоэтики являются дилеммы здоровья и современных вызовов глобальной справедливости, среди которых доступ к жизненно необходимым лекарствам и медицинским услугам, оказание медицинской помощи за пределами национальных границ, защита уязвимых популяций и др, апеллирующих к ответственности правительств, а также социальной ответственности сектора здравоохранения и медицинских специалистов. Это связано с понятием наивысшего достижимого уровня здоровья, как одного из основных прав человека. В статье 25(1) Всеобщей декларации прав человека (1948 г) говорится, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи...».

Нельзя отрицать имплементацию международного права в национальную законодательную систему, которая заимствовала основные права человека, в том числе на охрану здоровья, закрепив на законодательном уровне их приоритет в государственной политике. В то же время, именно отставание России в этом аспекте по сравнению с развитыми европейскими странами, обуславливает востребованность биоэтического воспитания специалистов в области здравоохранения, независимо от уровня системы.

Биоэтика как учебная дисциплина интегрирована в учебный процесс (образовательные программы) вузов медицинского профиля, но изучается на младших курсах. Это, безусловно, полезно для формирования ценностных установок будущего специалиста, но далеко от практики, которая инициирует коммуникативные проблемы с пациентами, решению которых невозможно заранее обучить на младших курсах. В связи с этим в программы непрерывного обучения врачей и других медицинских специалистов целесообразно включить учебные курсы по биоэтике. Практикующий врач сможет на основе своего опыта интериоризировать биоэтические принципы. В то же время, создание и интегрирование в единую сеть этических комитетов на уровне каждого лечебно-профилактического учреждения (государственного и частного сектора), позволит контролировать практическое применение принципов биоэтики на практике, решая по мере необходимости в ее поле конфликты и споры.

Конечно, можно решать все конфликты и в правовом поле – через судебные инстанции, что

является законодательно закрепленным правом пациента. Но практика и анализ судебных исков показывает, что большая часть их могла быть решена в досудебном порядке, и, часто, конфликты могут быть решены вне правового поля. С другой стороны, часто этические конфликты, при несвоевременности их разрешения, приводят к серьезным юридическим последствиям для медицинских специалистов и лечебных учреждений.

Исключить конфликты между пациентами и врачами невозможно. Наши исследования показали высокую степень психосоматического влияния хронического заболевания (эмоциональная лабильность, высокие уровни тревожности и др.). С другой стороны, врач, нервно-эмоциональное напряжение которого в силу макро-, микросоциальных проблем, часто приводит к развитию таких симптомов синдрома профессионального выгорания, как эмоциональная отстраненность, редукция профессиональных обязанностей и др. Сохраняющийся дефицит врачей не позволяет полноценно распределять медицинские кадры, избавить врача от напряжения работы в дефиците времени, на более, чем на 1 ставку и т.п.

В связи с этими микро- и макросоциальными факторами риска конфликтов между пациентами с бронхиальной астмой и медицинскими специалистами возникает необходимость не только их превенции, но и наличия гибкого механизма их своевременного, досудебного разрешения. В рамках биоэтического подхода такую роль выполняют этические комитеты. Несмотря на то, что существуют и другие варианты – медицинские третейские суды, медиация, общественные организации в рамках профессиональных движений, современная мировая практика уже доказала эффективность этических комитетов. Для рассматриваемой модели взаимоотношений в сфере здравоохранения, где центральной фигурой является пациент с хроническим, а, следовательно, длительно текущим, заболеванием, оказывающим на его личность значительное влияние, функции этических комитетов на уровне лечебных учреждений, астма-центров, комитетов здравоохранения субъектов РФ – особенно значимы. Популярность таких тем на форумах для астматиков, как «Заинтересованы ли врачи в лечении?», «Может ли она называться врачом?» и др., свидетельствует о востребованности механизмов разрешения латентной конфликтной ситуации в рассматриваемой группе социального взаимодействия[12].

Литература:

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования ФГОС ВО специальности «лечебное дело» (утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 09.02.2016 № 95[Электронный ресурс] режим доступа: <http://fgosvo.ru>.
2. Айвазян Ш.Г., Доника А.Д. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.35-37
3. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика - 2015.- № 1(15). С.58-60.
4. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. - № 2(10). - 2012.- С.54-55.
5. Доника А.Д. Биоэтика в дискурсе социологии медицины // Международный журнал экспериментального образования. - 2016 - № 3 (часть1) – С. 112
6. Доника А.Д. Современные аспекты международного сотрудничества в области преподавания биоэтики в высшей

школе // Международный журнал экспериментального образования. - 2016 - № 5 (часть 2) – С.158

7. Петров В.И. Биоэтика и персонализированная медицина. // Биоэтика - - 2014 . - № 2. – С.5-6

8.Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика.– 2009.- № 1(3) – С.37-40.

9.Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. – 2012. - №2 (10). – С.22-26.

10. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60.

11.Теунова Д.Н., Доника А.Д., Титовская В.А. Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика – 2014 – № 2 (14) 2014 – С.44-46.

12.Электронный ресурс: режим доступа <http://www.cosmo.ru/forum/index.php?showtopic=135187>. Дата обращения: 20 июля 2016 г.

References:

1. Federal'nyj gosudarstvennyj obrazovatel'nyj standart vysshego obrazovaniya FGOS VO special'nosti «lechebnoe delo» (utverzhden prikazom Ministra obrazovaniya i nauki RF ot 09.02.2016 № 95[Электронный ресурс] rezhim dostupa: <http://fgosvo.ru>.
2. Ajvazyan SH.G., Donika A.D. Prava vracha v problemnom pole bioetiki (sluchaj iz evropejskoj praktiki) // Bioetika – 2015 - № 1(15) – С.35-37
3. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh reguljatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika - 2015.- № 1(15). S.58-60.
4. Donika A.D. Medicinskoje pravo: evropejskie tradicii i mezhdunarodnye tendencii // Bioetika. № 2(10). 2012. S.54-55.
5. Donika A.D. Bioetika v diskurse sociologii mediciny // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. - 2016 - № 3 (chast'1) – С. 112
6. Donika A.D. Formirovanie nauchnogo potenciala i principy bioetiki // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. -2016 - № 5 (chast' 2) – С.159
7. Donika A.D. Sovremennye aspekty mezhdunarodnogo sotrudnichestva v oblasti prepodavaniya bioetiki v vysshej shkole Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. - 2016 - № 5 (chast' 2) – С.158
8. Petrov V.I. Bioetika i personalizirovannaya medicina. // Bioetika - - 2014 . - № 2. – С.5-6
9. Sedova N.N. Vse zakony kogda-to byli normami morali, no ne vse moral'nye normy stanovjatsya zakonami // Bioetika.–2009.- № 1(3) – С.37-40.
10. Sedova N.N. Obrazovanie v oblasti bioetiki kak internacional'naya problema // Bioetika. – 2012. - №2 (10). – С.22-26.
11. Teunova D.N., Donika A.D., Titovskaya V.A. Informirovannoe soglasie v problemnom pole yurisprudencii i bioetiki // Bioetika – 2014 – № 2 (14) 2014 – С.44-46.
12. Электронный ресурс: rezhim dostupa <http://www.cosmo.ru/forum/index.php?showtopic=135187>. Data obrashcheniya: 20 iyulya 2016 g