

**БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
СОДЕРЖАЩИМСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ
СВОБОДЫ**

А.М. Туленков

Начальник филиала, кандидат медицинских наук
ФКУ Научно-исследовательский институт ФСИН
России,
e-mail: filialniifsin@mail.ru

В статье обсуждаются биоэтические основы и проблемы обеспечения практической реализации принципа эквивалентности медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена необходимостью повышения качества оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы. Среди ключевых проблем можно выделить социально-демографическую характеристику лиц, содержащихся в учреждениях УИС: большая доля представителей маргинальных слоев населения, низкий уровень медицинской грамотности, рискованный тип поведения, наличие гендерной специфики структуры тюремного населения. Данные особенности определяют существенное отличие структуры заболеваемости, характеризующаяся более широким распространением хронических и социально значимых заболеваний и более высокую потребность лиц, содержащихся в учреждениях УИС в медицинской помощи. Другим рассматриваемым аспектом, являются сами условия пенитенциарных учреждений, в которых реализация принципа эквивалентности затруднена в виду особенностей их деятельности, диктующая необходимость строгого соблюдения режимно-ограничительных мер, что проявляется в существенном ограничении свободной воле выбора врача или лечебного учреждения, необходимости раскрытия диагноза администрации исправительного учреждения и др.

Немаловажным фактором отрицательным фактором является социальная депривация лиц, содержащихся в учреждениях УИС, которая не только препятствует эффективной реабилитации пациентов, страдающих психическими заболеваниями, но и является причиной их возникновения.

И наконец важнейшую роль в обеспечении принципа эквивалентности играет роль врача в системе пенитенциарного здравоохранения. С одной стороны, это взаимоотношение врач-администрация, с другой стороны это взаимоотношения врач-пациент. Отступление от принципа эквивалентности в данных взаимоотношениях может привести к явлению «двойной лояльности» и взаимному недоверию.

Ключевые слова: принципы биоэтики, осужденные, эквивалентность, медицинская помощь.

**BIOETHICAL ASPECTS OF PROVIDING
EQUIVALENT MEDICAL TREATMENT FOR
PRISONERS**

A.M. Tulenkov

Branch Manager, Candidate of Medical Sciences
Federal State Institution Research Institute of the
Federal Penitentiary Service Russia, e-mail: filialniifsin@mail.ru

The article discusses the bioethical foundations and problems of ensuring the practical implementation of the principle of equivalence of medical care for prisoners.

The urgency of the problem in question is conditioned by the need to improve the quality of medical care in prisons. Among the key problems can be identified socio-demographic characteristics of prisoners: a large proportion of representatives of the marginalized population, low level of medical literacy, risky

behavior, gender specific structure of the prison population. These features determine a significant difference in the structure of morbidity, characterized by a wider prevalence of chronic and socially significant diseases and a higher need for prisoners in medical care. Another aspect under consideration is the prison conditions themselves, in which the implementation of the principle of equivalence is difficult due to the specifics of their activities, dictating the need for strict adherence to regime and restrictive measures, which manifests itself in a significant restriction on the free choice of a doctor or medical institution, the need to disclose the diagnosis of the prison administration and other. An important factor is the negative social factor deprivation of prisoners, which not only hinders the effective rehabilitation of patients suffering from mental illnesses, but also is the cause of their occurrence. Finally, the role of a doctor in the penitentiary health system plays a crucial role in ensuring the equivalence principle. On the one hand, this relationship is a doctor-administration, on the other hand it is a doctor-patient relationship. A departure from the principle of equivalence in these relationships can lead to the phenomenon of "double loyalty" and mutual distrust.

Key words: principles of bioethics, prisoners, equivalence, medical care

Результаты и обсуждение. Несмотря на многочисленность проблемных вопросов пенитенциарного сектора здравоохранения, поднимаемых в последнее время, немногие из них могут быть отмечены таким вниманием со стороны общества, как вопросы биоэтики при обеспечении эквивалентности медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы.

Основу этического конфликта определяет двойственность и противоречия пенитенциарного института, обусловленные той общественной функцией, которая возложена на пенитенциарную систему. С одной стороны, она обеспечивает изоляцией преступников от общества, а также служит наказанием для лиц, совершивших правонарушение [4], что длительное время априорно сопровождалась созданием достаточно жестких условий, ведь, согласно «золотых правил тюрьмы» лишение свободы должно восприниматься осужденными именно в качестве наказания: «...уровень жизни в тюрьме всегда должен быть ниже, чем уровень жизни самого низкооплачиваемого рабочего» и «Исполнение наказаний должно быть организовано таким образом, чтобы представители «группы риска» предпочитали заключению пусть жалкое, но существование на свободе» [15].

С другой стороны, в теории пенитенциарной науки развиты понятия перевоспитания и реабилитации осужденных, что привело к провозглашению в современной пенитенциарной системе принципа «равенства» или «эквивалентности» [13], при котором лишение свободы не означает автоматического лишения своих политических, гражданских, социальных, экономических и культурных прав, а содержание заключенных, должен соответствовать уровню, эквивалентному уровню жизни, предоставляемому населению данной страны [11]. Эквивалентность медицинской помощи в пенитенциарном учреждении, с этической точки зрения, характеризует уровень реализации принципа равенства в обществе в целом, и в этом отношении принцип эквивалентности медицинской помощи рассматривается как один из столпов этики пенитенциарного здравоохранения [8]. В результате в острое противоречие с «золотыми правилами тюрьмы» вступают нравственно-этические принципы, изначально заложенные в медицине,

выражающие высшие принципы гуманизма, ибо именно врачу принадлежит основная роль в обеспечении здорового образа жизни, так как она непосредственно имеет дело с жизнью, здоровьем, а также с болезнью и смертью человека [3].

На сегодняшний день многие страны Евросоюза заложили принципы «эквивалентности» в свое национальное законодательство, нормирующее порядок оказания медицинской помощи заключенным. Однако реализация принципа эквивалентности во всех тюрьмах западной Европы, принявшие его первыми, еще далека от повсеместного практического применения, что обусловлено рядом этических, клинических и экономических факторов.

В частности, этические императивы медицинских работников (конфиденциальности, приоритет интересов пациента, получение согласия на лечебно-диагностические мероприятия на основе полной информации) являются константами, независимыми от ведомственной принадлежности. Однако есть обстоятельства, в котором существующее нормативно-правовое регулирование оставляет этические дилеммы для медицинского работника, параллели которых в общественном здравоохранении нет. В частности, это относится к требованиям администрации пенитенциарного учреждения на осмотр полостей тела, осмотр с целью выявления следов физического воздействия, констатация смерти осужденных. Кроме того, несмотря на принцип конфиденциальности, в ряде случаев возможно возникновение ситуации, когда необходимо раскрытие медицинским работником представителю администрации исправительного учреждения медицинской информации того, или иного осужденного.

Кроме того, независимость личности, подразумевающая свободу выбора и передвижения, которая является фундаментальной этической ценностью, не может быть реализована в исправительном учреждении таким же образом как в сообществе. Поэтому в реальности, исполнение цели пенитенциарных властей по достижению безопасности и дисциплины могут находиться в противоречии относительно независимости заключенных в области охраны их здоровья, самый очевидный пример этого – существенное ограничение невозможности для заключенных иметь реальной свободы выбора доктора или медицинского учреждения [2].

Существуют и другие трудности в реализации независимости принятия пациентом решения. Проблемы реализации права давать согласие на лечение или отказываться от него редко исследуется в пенитенциарных учреждениях, несмотря на наличие законодательства, подтверждающего необходимость уважать осознанный отказ от медицинской помощи. В соответствии с существующим законодательством многих европейских стран, если дееспособный взрослый гражданин отказывается от лечения соматического заболевания, этот выбор следует уважать, даже если его последствием может стать летальный исход [7]. Тем не менее, последствия смерти в результате отказа от лечения или самоубийства в условиях исправительного учреждения различаются кардинально: летальный случай в исправительном учреждении рассматривается как «ошибка» системы здравоохранения, тогда как в обществе допустимы

рассуждения, что «такое иногда случается» или «это его выбор».

Фактор состояния здоровья может затронуть важные стороны отбывания наказания заключенного, в частности оно влияет на продолжительность или условия отбывания наказания заключенным. Это накладывает существенные ограничения на их свободу выбора в отношении медицинской помощи и лечения, так как, осужденные представляют собой особый профиль пациента, характеризующийся стремлением добиваться получения длительного лечения, в надежде на смягчение условия содержания и сокращение срока заключения [12]. В результате остается актуальным один из аспектов, являющийся очень характерным для медицинской помощи в исправительном учреждении, – вопрос о симуляции, которая подрывает терапевтических отношений между врачом и пациентом. Учитывая недоверие осужденных и опасаясь симуляции, значительная часть медперсонала становится предвзятой в оценке потребностей осужденных, что, безусловно, влечет к ухудшению медицинского обслуживания.

Врачи, работающие в местах лишения свободы, должны быть особенно осторожными, чтобы избежать манипуляций не только со стороны осужденных, но и администрации исправительного учреждения, что может значительно изменить качество отношений, по сравнению с нормальными отношениями «врач-пациент». Это представляет собой одну из трудно решаемых задач в работе врача пенитенциарной системы, который слишком глубоко вовлечен в функционирование исправительного учреждения, чтобы оставаться нейтральным и избежать отклонения от принципа эквивалентности [13].

Другой особенностью реализации принципа эквивалентности является необходимость обеспечения спроса на медицинскую помощь, регулируемая в соответствии с особенностями, определяющие реальные потребности в ней лиц, содержащихся в исправительном учреждении, которые значительно отличаются от потребностей остального населения [10]. Эти два требования, реализуемые в пенитенциарной системе – систематическое вмешательство и регулирование спроса, не ставят под сомнение принцип эквивалентности, но ясно показывают этические трудности и степень приложения необходимых усилий, направленных на избежание отклонений от данного принципа.

Нередко также игнорируются проблемы, вытекающие из гендерной специфики медико-санитарных потребностей и семейных обязанностей [1], в результате чего предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья, информация о здоровом образе жизни, профилактике и лечении в женских пенитенциарных учреждениях часто представлено более ограничено, чем в мужских [6,9], что делает проблему доступа к качественной медицинской помощи для данной группы осужденных особо актуальной.

Чрезвычайно трудно обеспечивать равноценное медицинское обслуживание в местах лишения свободы, где проблемы психического здоровья широко распространены, и представляет собой характерное явление для абсолютного большинства исправительных учреждений. При этом в исправительные учреждения поступают пациенты, которым лечение либо не назначалось или оно не

закончено, а у значительного числа пациентов течение психического заболевания осложняется наркотической зависимостью.

Большинство экспертов убеждены, что эквивалентность медицинского обеспечения в психиатрии никогда не будет достигнута, потому что, с одной стороны, тюрьма представляет собой среду наносящая вред психическому здоровью [5], а с другой, врач никогда не сможет создать условия в исправительном учреждении для пациента с психиатрической патологией, в которых он больше всего нуждается: стабильных семейных отношений, стойких социальных связей, трудовой занятости и, конечно, свободы [14].

Наконец, принцип эквивалентности может стать несостоятельным, в виду недостаточности объема и числа, проводимых среди населения лечебных и профилактических мероприятий по отношению к осужденным, так как они не принимают во внимание необходимость адаптировать эти действия к конкретным требованиям исправительного учреждения, что в итоге не позволит достичь поставленных целей [13]. С другой стороны, спектр методов лечения может сужаться ввиду отсутствия возможности осуществлять или контролировать то или иное лечение в условиях исправительного учреждения, не могут быть проведены длительные и сложные процедуры, или они могут быть прерваны по причине этапирования осужденного из одного исправительного учреждения в другое.

Кроме того, со стороны специалистов национального здравоохранения до сих пор наблюдалось явное нежелание принимать осужденных или посещать их в исправительном учреждении, что, в первую очередь, обусловлено негативными эмоциональными реакциями из-за характера правонарушения, совершенного пациентом [13]. Поскольку это достаточно типичное явление для тюрем, врачи, работающие в исправительных учреждениях, нуждаются в соответствующем руководстве и поддержке, чтобы справляться с возможными трудностями.

Заключение. Таким образом, принцип эквивалентности медицинской помощи для медицинских работников представляет собой эталон, особенно с этической точки зрения. Он очень рентабелен в отношении осужденных, которые получают медицинскую помощь, по объему и качеству эквивалентную медицинской помощи, оказываемую остальному населению. Однако, принимая во внимание особенности пенитенциарной системы, с клинической и экономической точек зрения, необходимости осуществления длительных, сложных лечебных или превентивных мер, принцип эквивалентности не всегда применим.

Проведенный анализ данных научной литературы зарубежных стран, имеющие более чем 30- и летний опыт поиска путей решения вопросов максимального обеспечения принципа эквивалентности в пенитенциарных учреждениях свидетельствует об отсутствии какого-либо универсального решения, позволяющего реализовать его полностью [2,7,8,11]. В тоже время, на сегодняшний день можно говорить о наличии ряде мер, реализация которых позволяет существенно сблизить уровни пенитенциарного и общественного здравоохранения:

- максимальная интеграция пенитенциарного и общественного секторов здравоохранения, в идеале их полное слияние;
- максимальная открытость пенитенциарной системы для общественного контроля обеспечения качествам медицинской помощи;
- широкое внедрение информационных технологий, направленных на мониторинг движения пациентов, оценки объема и качества оказываемой медицинской помощи, внедрение телемедицины и дистанционных методов контроля;
- адаптация к условиям пенитенциарных учреждений протоколов и стандартов оказания медицинской помощи.

Существенным движением вперед пенитенциарной медицины видится в строгой рационализации всех действий, связанных со скринингом, профилактикой и лечением. Интеграция доказательной медицины в понятие эквивалентности медицинской помощи является важным этапом в этом процессе. Такие изменения требуют более углубленное исследование, разработку пилотных проектов, а также синтеза, мета-анализа и агрегации различных баз знаний.

Литература:

1. ВОЗ. Устранить несправедливость на гендерной почве в области здравоохранения в местах лишения свободы // Охрана здоровья женщин в местах лишения свободы. – Копенгаген: ВОЗ, 2009. – 85 с.
2. ВОЗ. Разумное стратегическое руководство охраной здоровья в местах лишения свободы в XXI веке: краткий аналитический обзор по вопросу организации пенитенциарного здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2014. – 42 с.
3. ООН. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения // Официальный отчет Генеральной Ассамблеи, тридцать седьмая сессия. – Нью-Йорк: ООН, 1982. – Доп. № 51. – С. 305-307.
4. ООН. Меры, связанные и не связанные с лишением свободы: альтернативы тюремному заключению: пособие по оценке систем уголовного правосудия. – Нью-Йорк: ООН, 2010. – 47 с.
5. Пономарев С.Б., Половникова А.А., Тощкий С.И., Чубаров А.Л. Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте: монография. – Екатеринбург: УрО РАН, 2008. – 148 с.
6. ЮНЭЙДС, УНП ООН. Женщины и ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы. – 2009. – 8 с.
7. Anno B.J. Correctional health care: guidelines for the management of an adequate delivery system. – Washington, DC: National Institute of Corrections, 2001. – 596 p.
8. Birmingham L., Wilson S., Adshead G. Prison medicine: ethics and equivalence // Br. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 188. – P. 4-6.
9. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV // Br. Med. J. – 1992. – Vol. 304(6830). – P. 809-813.
10. Condon L., Hek G., Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison // Com. Pract. – 2006. – Vol. 79(1). – P. 19-22.
11. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules [Электронный ресурс]. – URL: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> (дата обращения: 16.01.2018).

12. Delgado M., Humm-Delgado D. Health and health care in the nation's prisons: issues, challenges, and policies. (6-nd ed.). – New York: Rowman & Littlefield Publishers, 2009. – 300 p.
13. Niveau G. Relevance and limits of the principle of «equivalence of care» in prison medicine // J. Med. Ethics. – 2007. – Vol. 33(10). – P. 610-613.
14. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study // BMJ. – 2003. – Vol. 327. – P. 480.
15. Rusche G., Kirchheimer O. Peine et structure sociale: histories et «théorie critique» de regime penal. – Paris: Les éditions du Cerf, 1994. – 185 p.

References:

1. WHO. Ustranit' nespravedlivost' na gendernoj pochve v oblasti zdravoohraneniya v mestah lisheniya svobody [Correcting gender inequity in prison health] // Ohrana zdorov'ya zhenshhin v mestah lisheniya svobody [Women's health in prison]. Copenhagen: WHO, 2009.
2. WHO. Razumnoe strategicheskoe rukovodstvo ohranoj zdorov'ya v mestah lisheniya svobody v XXI veke: kratkij analiticheskij obzor po voprosu organizacii penitenciarного zdravoohraneniya [Reasonable strategic management of health in prisons in the 21st century: a brief analytical overview on the organization of penitentiary health care]. Copenhagen: WHO, 2014. 85 p.
3. UN. Principy medicinskoj jetiki, odnosjashhiesja k roli rabotnikov zdravoohraneniya, v osobennosti vrachej, v zashhite zakljuchennyh i zaderzhannyh lic ot pytok i drugih zhestokih, beschelovechnyh ili unizhajushhh dostoinstvo vidov obrashheniya [Principles of medical ethics relating to the role of health workers, especially doctors, in protecting prisoners and detainees from torture and other cruel, inhuman or degrading treatment] // The official records of the General Assembly, thirty-seventh session. New York: United Nations. 1982. Sup. 51. P. 305-307.
4. UN. Mery, svjazannye i ne svjazannye s lisheniem svobody: al'ternativy tjuremnomu zakljucheniju: posobie po ocenke sistem ugolovnogo pravosudija [Measures related to and non-custodial: alternatives to imprisonment: a manual on the evaluation of criminal justice systems]. New York: United Nations, 2010. 47 p.
5. Ponomarev S.B., Polovnikova A.A., Tockij S.I., Chubarov A.L. Sindrom tjuremnoj social'noj deprivacii v molodom vozraste: monografija [Syndrome of prison social deprivation at a young age: monograph]. Ekaterinburg: URO RAN, 2008. 148 p.
6. Anno B.J. Correctional health care: guidelines for the management of an adequate delivery system. Washington, DC: National Institute of Corrections, 2001. 596 p.
7. Birmingham L., Wilson S., Adshead G. Prison medicine: ethics and equivalence // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 188. P. 4-6.
8. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV // Br. Med. J. 1992. Vol. 304(6830). P. 809-813.
9. Condon L., Hek G., Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison // Com. Pract. 2006. Vol. 79(1). P. 19-22.
10. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules. Available at: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> (accessed 16 Jan 2018).
11. Delgado M., Humm-Delgado D. Health and health care in the nation's prisons: issues, challenges, and policies. (6-nd ed.). New York: Rowman & Littlefield Publishers, 2009. 300 p.
12. Niveau G. Relevance and limits of the principle of «equivalence of care» in prison medicine // J. Med. Ethics. 2007. Vol. 33(10). P. 610-613.
13. Nurse J., Woodcock P., Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study // BMJ. 2003. Vol. 327. P. 480.
14. Rusche G., Kirchheimer O. Peine et structure sociale: histories et «théorie critique» de regime penal. Paris: Les éditions du Cerf, 1994. 185 p.

УДК 614.253

КВЕСТЫ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ

Н.И. Латышевская

д.м.н., профессор, зав. каф. общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, latyshnata@mail.ru

Л.А. Давыденко

д.м.н., доцент, профессор кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, ladav52@mail.ru

А.В. Беляева

к.б.н., ассистент кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, bel.alina@list.ru

Актуальной задачей профессионального обучения студента-медика является внедрение инновационных образовательных технологий, которые позволяют повысить интерес студентов и «включить» их в совместное с преподавателем производство знаний и их деятельное применение. В статье рассматриваются некоторые этические аспекты и проблемы, которые возникли при проведении квеста по дисциплине «Гигиена», как инновационной технологии. Авторы отметили, что изменяется характер отношений между студентами и преподавателями (педагог во время квеста превращается в модератора-участника группы, у которого есть особые права и который следит за тем, чтобы другие участники соблюдали правила игры). Во-вторых, возникает проблема сочетания коллективной (групповой) деятельности студентов и индивидуальной заинтересованности в результатах работы. В-третьих, инертность и нежелание отходить от традиционных массовых практик оценки качества знаний профессорско-преподавательским составом старшего возраста, «разрыв поколенческих ценностей образовательного процесса». Таким образом, квест повышает уровень интереса студентов к предмету, позволяет им быть активными участниками действий, стимулирует развитие профессиональных качеств.

Ключевые слова: квест, инновационные педагогические технологии, этические аспекты, студенты, преподаватель, оценка качества обучения.

QUESTS AS AN INNOVATIVE PEDAGOGICAL TECHNOLOGY FOR ASSESSING THE QUALITY OF STUDENTS' TRAINING IN HYGIENIC EDUCATION: ETHICAL ASPECTS AND PROBLEMS

N.I. Latyshevskaya

MD, professor, head of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, Russia, SI «Volgograd Medical Research Center», Volgograd, latyshnata@mail.ru

L.A. Davydenko

MD, professor of the of the department of general hygiene and ecology, Volgograd state medical university, Volgograd, Russia, SI «Volgograd Medical Research Center», Volgograd, ladav52@mail.ru