

ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

Т.Г. Светличная

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, statiana64@yandex.ru ORCID: 0000-0001-6563-9604

Е.А. Смирнова

Кандидат социологических наук, специалист БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», г. Череповец, smirnova56@yandex.ru ORCID: 0000-0002-9383-0649

М.А. Сухоручко

Аспирант, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, biosoc@yandex.ru

В статье изложены результаты исследования комплементарности ценностных ориентаций медицинских работников и пациентов как условия формирования партнерских отношений в медицине. Полученные данные позволили установить принципиальное сходство в мировоззренческих взглядах медицинских работников и пациентов. Большинство медицинских работников (85,4%) и пациентов (71,7%) осознают свою принадлежность к православной культуре и признают необходимость сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5% и 72,1% соответственно). На практике применение норм религиозной морали допускает лишь очень малое их число - 9,7% медицинских работников и 19,5% пациентов. Различия в духовно-нравственных ориентирах заключаются лишь в разной степени распространенности основных жизненных позиций и нравственных убеждений. Выявленное единство духовно-нравственных ориентиров медицинских работников и пациентов позволяет надеяться на успешное формирование в будущем новой, партнерской, модели моральных отношений в медицине.

Ключевые слова: духовно-нравственные ориентиры, этические представления, партнерские отношения, медицинские работники, пациенты

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-30-35

SPIRITUAL-MORAL COMPASS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PATIENTS

T.G. Svetlichnaya

Doctor of medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Public health, Health Care and Social work, Northern state medical University, Arkhangelsk, statiana64@yandex.ru ORCID: 0000-0001-6563-9604

E.A. Smirnova

Candidate of sociological Sciences, Specialist Vologda Regional Psychoneurological Dispensary №1, Cherepovets, smirnova56@yandex.ru ORCID: 0000-0002-9383-0649

M.A. Sukhoruchko

Post-graduate student, Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia biosoc@yandex.ru

The article outlines the results of the research aimed at complementarity of the value-based orientations of healthcare professionals and patients as conditions for shaping partnership relations in medicine. The received data allowed to ascertain the crucial similarity in the worldview beliefs of healthcare professional and patients. Most healthcare professionals (85.4%) and patients (71.7%) apperceive their belonging to the Orthodox ethics and recognise the need to preserve the traditional religious values in Russia (88.5% and 72.1% respectively). In practice, the application of rules of religious morale is admitted by only a

negligible number of them – 9.7% of healthcare professionals and 19.5% of patients. The differences in the spiritual-moral compass are only contained in a varying breadth of principal life philosophy and moral values. The revealed unity of spiritual-moral compass of healthcare professionals and patients allows hoping for the successful formation of a new, collaborating model of ethical relations in medicine in the future.

Key words: spiritual-moral compass, ethical beliefs, partnership relations, healthcare professionals, patients

Введение. Проводимые в отечественном здравоохранении с середины прошлого века структурные и функциональные изменения с быстрым внедрением в медицинскую практику достижений научно-технического прогресса актуализировали проблему обеспечения населения качественной и безопасной медицинской помощью. Оказание медицинской помощи в условиях многоуровневой и многокомпонентной системы здравоохранения с широким кругом вовлеченных в этот процесс специалистов стало одной из причин повышения «риска возникновения неблагоприятных последствий медицинских вмешательств» [6, с. 23].

Другая важная причина связана с отставанием духовно-нравственного развития современного человека от быстрых темпов информационно-технологического прогресса, что в медицине вызвало появление разрыва между технической и этической компетентностью медицинских работников. Недостаточный уровень биоэтического образования, низкая коммуникативная и этическая компетентность медицинских работников [5, с. 5] обусловили «рост напряженности в отношениях» с пациентами [8, с. 154]. Вместе с тем, этическое сознание в условиях применения передовых биомедицинских технологий необходимо не только медицинским работникам, но «и тем, кто эти технологии использует, то есть рядовым гражданам» [9, с. 9].

От степени подготовленности врачей и пациентов к осуществлению эффективного социального взаимодействия, построенного на взаимном понимании, уважении и доверии, зависит результативность функционирования всей системы «потребитель – производитель конкретной медицинской услуги» в целом [1, с. 159].

Изучение этической компетентности медицинских работников и пациентов приобретает особо важное прикладное значение в контексте формирования новой модели моральных отношений в медицине - партнерского типа социального взаимодействия [2, с. 58].

Все вышесказанное и определило актуальность темы исследования: изучение ценностных ориентаций основных участников лечебно-диагностического процесса - медицинских работников и пациентов, комплементарность духовно-нравственных ценностей которых является одной из предпосылок формирования партнерских отношений в медицине. Решение данной проблемы явилось целью настоящего медико-социологического исследования.

Методы. Предметом исследования являются духовно-нравственные ориентиры медицинских работников и пациентов. Программа исследования представлена статистическими картами «Анкета для изучения биоэтических представлений медицинских работников» и «Анкета для изучения биоэтических представлений пациентов». Они разработаны на основе

методики, предложенной сотрудниками кафедры биомедицинской этики РГМУ (г. Москва) Л.Б. Ляуш, В.И. Сабуровой, И.В. Силуановой, Н.А. Сушкова 2002г. и представленной 20-пунктным опросником [3]. Модифицированная версия анкеты включает три основных части и заключительную (паспортную) часть, характеризующую статус опрашиваемых (5 вопросов). Первая часть анкеты посвящена определению религиозной и конфессиональной принадлежности (2 вопроса), вторая – морально-нравственной характеристике (15 вопросов), третья – отношению к биомедицинским технологиям (18 вопросов). Всего 40 вопросов. По характеру проведения исследование является не экспериментальным, аналитическим, с использованием индивидуальных данных, по времени – поперечным, одномоментным.

Изучение ценностных ориентаций пациентов проведено выборочным методом путем анкетирования лиц старше 18 лет, обратившихся в 10 амбулаторно-поликлинических учреждений г. Архангельска и Архангельской области в марте 2015 года и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Включение респондентов в выборочную совокупность осуществлялось методом простой случайной выборки. Сбор статистического материала проводился независимыми интервьюерами, имеющими незаконченное высшее медицинское образование. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 513 анкет.

Половой состав опрошенных пациентов преимущественно представлен женщинами (62,0%; 95% ДИ: 57,7-66,1). По возрастным группам они распределились следующим образом: до 30 лет – 26,7%; 30-39 лет – 23,2%; 40-49 лет – 20,1%; 50-59 лет – 12,9%; 60 лет и старше – 27,1%. Средний возраст пациентов составил 41,5 лет. Каждый второй пациент является семейным (51,3%; 95% ДИ: 47,0-55,6) работающим (53,8%; 95% ДИ: 49,5-58,1) человеком. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: среднее общее – 35,5%, среднее профессиональное – 40,5%, высшее – 24,0%.

Для изучения ценностных ориентаций медицинских работников выборочным методом в марте 2016 года было проведено анкетирование врачей и медицинских сестер, работавших в 10 государственных медицинских организациях системы первичной медико-санитарной помощи здравоохранения Архангельской области и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Включение участников исследования в выборочную совокупность осуществлялось методом квотной выборки по 4 статистическим параметрам: пол, возраст, образование, место работы (город, село).

Сбор статистического материала проводился независимыми интервьюерами, имевшими незаконченное высшее медицинское образование. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 485 анкет.

В структуре опрошенного контингента врачи составили 40,6%, медицинские сестры – 59,4%; соотношение «врач - медицинская сестра» равнялось 1:1,4. Возрастно-половой состав в основном представлен женщинами (86,8%), находящимися в наиболее активном периоде трудовой деятельности. Средний возраст опрошенных составил 42,9 лет;

средний стаж работы – 20,2 года. По возрастным группам медицинские работники распределились следующим образом: до 30 лет – 56 чел. (11,5%); 30-39 лет – 135 чел. (27,8%); 40-49 лет – 158 чел. (32,6%); 50-59 лет – 93 чел. (19,2%); 60 лет и старше – 43 чел. (8,9%). По образованию они разделились примерно на две равные группы, имеющие высшее (48,0%) и среднее профессиональное (52,0%) медицинское образование. Местом работы участников исследования явились областные, городские (83,9%) и сельские (16,1%) больницы.

Статистический анализ проводился с помощью расчета количественных и качественных переменных. Различия в этических установках медицинских работников и пациентов определялись на основании статистически значимых различий методом Хи-квадрат Пирсона. Критический уровень значимости принят равным 0,05. Расчет 95%-ых доверительных интервалов (ДИ) проводился методом Fisher. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI.

Результаты. К религиозным людям себя отнесли только 43,3% медицинских работников (пациенты – 53,0%), однако православное христианство как основу своих мировоззренческих взглядов избрало вдвое большее число – 85,4% (пациенты – 71,7%).

Таблица 1

Религиозная и конфессиональная принадлежность медицинских работников и пациентов (%; 95% ДИ)			
Религиозная и конфессиональная принадлежность	Медработники 1 группа, n = 485	Пациенты 2 группа, n = 513	χ^2 p-уровень
1. Религиозность			
да*	43,3 (39,0-47,7)	53,0 (48,7-57,3)	$\chi^2 = 9,43, p = 0,002$
нет	30,5 (26,6-34,8)	31,2 (27,3-35,3)	$\chi^2 = 0,05, p = 0,81$
затруднились ответить*	26,2 (22,5-30,3)	15,8 (12,9-19,2)	$\chi^2 = 16,33, p = 0,00$
2. Религиозное (атеистическое) мировосприятие как основа мировоззрения			
православие*	85,4 (81,9-88,2)	71,7 (67,7-75,5)	$\chi^2 = 27,2, p = 0,00$
другие религиозные конфессии	2,9 (1,7-4,8)	2,5 (1,5-4,3)	$\chi^2 = 0,118, p = 0,732$
атеизм	3,3 (2,0-5,3)	5,7 (4,0-8,0)	$\chi^2 = 3,2, p = 0,07$
затруднились ответить*	8,4 (6,3-11,3)	20,1 (16,8-23,8)	$\chi^2 = 27,2, p = 0,00$
Всего	100,0	100,0	

Примечание: * - статистически значимые различия между 1 и 2 группами ($p < 0,05$)

Для характеристики духовно-нравственного состояния личности медицинских работников и пациентов мы использовали 15 переменных, объединенных в 2 блока. Первый блок включал 8 переменных и отражал наиболее общие этические представления медицинских работников и пациентов о взаимосвязи религии, морали и медицины.

Духовно-нравственное состояние личности медицинских работников отличает устойчивый интерес к проблемам морали. О них постоянно размышляет большинство (70,5%) медицинских работников и только 55,4% пациентов. И хотя происхождение морали медицинские работники склонны объяснять

человеческой- 59,0% (пациенты -46,8%),а не божественной природой - 12,6%(пациенты - 21,3%), однако связь морали и религии признает каждый второй медицинский работник (52,4%) и пациент (48,0%) (табл 2).

Таблица 2

Этические представления медицинских работников и пациентов о религии, морали и медицине (% , 95% ДИ)

Этические представления и их вариации	Медработники 1 группа, n = 485	Пациенты 2 группа, n = 513	χ^2 р-уровень
1. Проблемы морали являются предметом постоянных размышлений			
да*	70,5 (66,3-74,4)	55,4 (51,0-59,6)	$\chi^2=24,48$, p=0,001
нет*	24,1 (20,5-28,1)	6,0 (4,3-8,5)	$\chi^2=6,53$, p= 0,01
затруднились ответить*	2,7 (1,6-4,5) 2,7 (1,6-4,5)	7,2 (5,2-9,7)	$\chi^2=6,68$, p=0,01 $\chi^2=10,76$, p=0,001
2. Добродетельное целомудрие является достоинством человека			
да*	48,5 (44,0-52,9)	57,7 (53,4-61,9)	$\chi^2=8,561$, p=0,003
нет*	31,7 (27,8-36,0)	26,7 (23,1-30,7)	$\chi^2=3,074$, p=0,08
затруднились ответить*	15,6 (12,7-18,9)	19,8 (16,5-23,6)	$\chi^2=3,027$, p=0,082
3. Жизнь человека начинается с момента зачатия			
да*	68,9 (64,6-72,8)	64,5 (60,3-68,5)	$\chi^2=2,116$, p=0,146
нет*	23,1 (19,6-27,1)	30,6 (26,8-34,7)	$\chi^2=7,144$, p=0,008
затруднились ответить*	8,0 (5,9-10,8)	4,9 (3,3-7,1)	$\chi^2=4,169$, p=0,041
4. Происхождение морали имеет божественную природу			
да*	12,6 (9,9-15,8)	21,3 (17,9-25,0)	$\chi^2=13,26$, p=0,000
нет*	59,0 (54,5-63,3)	46,8 (42,5-51,1)	$\chi^2=14,85$, p=0,000
никогда не задумывались	17,5 (14,4-21,2)	18,1 (15,0-21,7)	$\chi^2=0,062$, p=0,804
затруднились ответить*	10,9 (8,4-14,0)	13,8 (11,1-17,1)	$\chi^2=1,943$, p=0,163
5. Мораль и религия тесно связаны между собой			
да*	52,4 (47,9-56,8)	48,0 (43,7-52,3)	$\chi^2=1,946$, p=0,163
нет*	33,8 (29,8-38,1)	29,6 (25,8-33,7)	$\chi^2=2,018$, p=0,155
затруднились ответить*	13,8 (11,0-17,2)	22,4 (19,0-26,2)	$\chi^2=12,37$, p=0,000
6. Медицина связана с моралью и зависит от моральных установок общества			
да*	51,5 (47,1-56,0)	42,1 (37,9-46,4)	$\chi^2=8,928$, p=0,003
нет*	26,4 (22,7-30,5)	35,7 (31,7-39,9)	$\chi^2=10,01$, p=0,002
затруднились ответить*	22,1 (18,6-25,9)	22,2 (18,8-26,0)	$\chi^2=0,004$, p=0,951
7. Религия должна вмешиваться в медицину			
да*	9,7(7,4-12,7)	19,5 (16,3-23,1)	$\chi^2=19,07$, p=0,000
нет*	74,0 (69,9-77,7)	70,4 (66,3-74,2)	$\chi^2=1,653$, p=0,199
затруднились ответить*	16,3 (13,3-19,8)	10,1 (7,8-13,0)	$\chi^2=8,275$, p=0,004

8. Собственные религиозные взгляды влияют на принятие решений, связанных с оказанием (использованием) медицинских услуг			
да	20,8 (17,5-24,7)	24,8 (21,2-28,7)	$\chi^2=2,186$, p=0,139
нет	67,4 (63,1-71,4)	64,9 (60,7-68,9)	$\chi^2=0,701$, p=0,402
затруднились ответить	11,8 (9,2-14,9)	10,3 (7,9-13,3)	$\chi^2=0,513$, p=0,474
Всего	100,0	100,0	

Примечание: * - статистически значимые различия между 1 и 2 группами(p < 0,05)

Второй блок второй части анкеты включал 7 переменных и отражал этические оценки относительно состояния российского общества и здравоохранения (табл.3).

Таблица 3

Этические оценки медицинских работников и пациентов относительно состояния российского общества и здравоохранения(% , 95% ДИ)

Этические оценки и их вариации	Медработники 1 группа, n =485	Пациенты 2 группа, n = 513	χ^2 р-уровень
1. Сохранение традиционных религиозных ценностей является необходимым условием развития российского общества			
да*	88,5 (85,3-91,0)	72,1 (68,1-75,8)	$\chi^2=41,639$, p=0,000
нет*	3,5 (2,2-5,5)	17,4 (14,3-20,9)	$\chi^2=50,33$, p=0,000
затруднились ответить	8,0 (5,9-10,8)	10,5 (8,0-13,3)	$\chi^2=1,562$, p=0,211
2. Российские средства масс-медиа активно внедряют в общественное сознание идеи потребления и гедонистические ценности			
да	52,2 (47,7-56,6)	47,0 (42,7-51,3)	$\chi^2=2,68$, p=0,101
нет	16,9 (13,8-20,5)	17,9 (14,9-21,5)	$\chi^2=0,18$, p=0,669
затруднились ответить	30,9 (27,0-35,2)	35,1 (31,1-39,3)	$\chi^2=1,95$, p=0,163
3. Основная причина неблагоприятного положения дел в отечественной медицине заключается в недостатке материальных ресурсов здравоохранения, а не в духовно-нравственном кризисе общества			
да	58,8 (54,3-63,1)	60,0 (55,7-64,2)	$\chi^2=0,17$, p=0,682
нет*	49,9 (45,5-54,3)	34,7 (30,7-38,9)	$\chi^2=29,63$, p=0,000
затруднились ответить*	8,9 (6,7-11,7)	15,2 (12,4-18,6)	$\chi^2=9,40$, p=0,002
4. Медицинский профессионализм предполагает наличие у медицинских работников моральных качеств и этических знаний			
да*	84,7 (81,3-87,7)	66,7 (62,5-70,6)	$\chi^2=43,976$, p=0,000
нет*	6,0 (4,2-8,5)	14,4 (11,7-17,1)	$\chi^2=19,213$, p=0,000
затруднились ответить*	9,3 (7,0-12,2)	18,9 (15,8-22,5)	$\chi^2=18,944$, p=0,000
5. Принятие клятвы врача выпускниками медицинских вузов является необходимым условием медицинской деятельности			
да	77,9 (74,0-81,4)	78,6 (74,8-81,9)	$\chi^2=0,056$, p=0,813
нет	12,0 (9,4-15,2)	14,4 (11,7-17,7)	$\chi^2=1,321$, p=0,25
затруднились ответить	10,1 (7,7-13,1)	7,0 (5,1-9,6)	$\chi^2=3,046$, p=0,08

6. Преподавание будущим врачам ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) следует передать священнослужителям			
да*	34,0 (29,9-38,4)	24,6 (21,0-28,5)	$\chi^2=0,799$, $p=0,001$
нет	36,1 (31,9-40,5)	38,8 (34,7-43,1)	$\chi^2=0,781$, $p=0,377$
затруднились ответить*	29,9 (26,0-34,1)	36,6 (32,6-40,9)	$\chi^2=5,109$, $p=0,024$
7. При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом единственно верным является выбор своей страны			
да*	67,2 (62,9-71,2)	60,0 (55,7-64,2)	$\chi^2=5,543$, $p=0,019$
нет*	17,7 (14,6-21,4)	23,6 (20,1-27,5)	$\chi^2=5,198$, $p=0,023$
затруднились ответить	15,1 (12,1-18,5)	16,4 (13,4-19,8)	$\chi^2=0,329$, $p=0,566$
Всего	100,0	100,0	

Примечание: * - статистически значимые различия между 1 и 2 группами ($p < 0,05$)

Практически все медицинские работники (88,5%) и большинство пациентов (72,1%) считают необходимым сохранение в России традиционных религиозных ценностей. При этом каждый второй медицинский работник (52,2%) и пациент (47,0%) обращает внимание на проводимую в российском обществе средствами масс-медиа пропаганду гедонизма и потребления.

И хотя большинство (медицинские работники – 58,8%; пациенты – 60,0%) связывает неблагоприятное положение дел в отечественной медицине с недостатком материальных ресурсов, каждый второй медицинский работник (49,9%) и каждый третий пациент (34,7%) основную причину этого видит в духовно-нравственном кризисе российского общества.

Медицинские работники (84,7%) чаще, чем пациенты (66,7%) связывают медицинский профессионализм с наличием моральных качеств и этических знаний. И те, и другие единодушно признают необходимость принятия клятвы врача (77,9% и 78,6% соответственно). Однако идею передачи преподавания ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) священнослужителям поддерживает лишь каждый третий медицинский работник (34,0%) и каждый четвертый пациент (24,6%).

Обсуждение результатов. Основной формой моральных отношений как совокупности зависимостей и связей, возникающих в процессе нравственной деятельности, является общение людей друг с другом. Именно в общении раскрываются, становятся реальными те во многом трудноуловимые зависимости и связи, которые обозначаются понятием отношения. Особой сферой человеческих отношений является медицина, где моральным отношениям отводится особенно важная роль, которая по своей значимости может быть сопоставима лишь с профессиональной грамотностью и мастерством.

Переход к информационному обществу требует создания в здравоохранении новой устойчивой модели взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, основанной на договорной (совещательной, или партнерской) модели отношений, в которой медицинский работник и пациент договариваются действовать совместно, объединив свои знания, усилия и волю, для борьбы с болезнью.

Этот тип отношений строится на взаимопонимании, уважении и доверии, результатом которых является терапевтическое сотрудничество.

Однако его достижению препятствуют, с одной стороны, «недостаточная коммуникативная и эмоциональная компетентность работников здравоохранения и низкий уровень развития навыков взаимодействия с пациентами» [7, с. 94], а с другой, «усиление требовательности пациентов к врачам» [8, с. 154] при недостаточно строгом выполнении ими врачебных рекомендаций. Даже среди больных туберкулезом полностью соблюдают врачебные рекомендации только 76,5% пациентов, но лишь 4,3% фтизиатров и 2,8% терапевтов подтверждают этот факт [10, с.741].

Можно предположить, что одна из причин такого положения дел заключается в определенном расхождении мировоззренческих взглядов медицинских работников и пациентов и обусловленных этими взглядами различий в основных жизненных позициях и ценностных ориентациях. Медицинские работники значимо чаще в сравнении с пациентами осознают свою историко-культурную принадлежность к православному христианству (85,4% и 71,7% соответственно) и единодушны в признании начала жизни человека с момента зачатия (68,9% и 64,5% соответственно).

Они значимо чаще убеждены в необходимости сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5% и 72,1% соответственно) и чаще считают духовно-нравственный кризис российского общества основной причиной неблагоприятного положения дел в медицине (49,9% и 34,7% соответственно). Медицинские работники чаще размышляют над проблемами морали (70,5% и 55,4% соответственно) и признают связь медицины и морали (51,5% и 42,1% соответственно).

Они чаще связывают наличие моральных качеств и этических знаний с профессиональной грамотностью и мастерством (84,7% и 66,7% соответственно), однако единодушны с пациентами в необходимости принятия выпускниками медицинских вузов клятвы врача (77,9% и 78,6% соответственно). При предоставлении возможности выбора места работы в России или за рубежом медицинскими работниками значимо чаще в сравнении с пациентами выберут свою страну (67,2% и 60,0% соответственно).

Вместе с тем, в медицинском сообществе наблюдается намного более редкое распространение религиозности в сравнении с пациентской средой (43,3% и 53,0% соответственно), что может быть расценено, прежде всего, как результат естественнонаучной направленности медицинского образования как основы формирования материалистического мировоззрения.

Однако нельзя исключить влияния «секуляризма – мировоззрения, на основе которого строится современное секулярное, т.е. безрелигиозное, общество», главная суть которого заключается в выступлении «против того, чтобы церковь влияла на общественные процессы, взаимодействовала с миром политики, искусства, науки и культуры» [4, с. 561]. В секулярном мировоззрении религия заменяется либо другим мировоззрением, либо совсем вытесняется за пределы практической жизни.

Несмотря на то, что связь добрачного целомудрия и здоровья общества является очевидной, его признает как достоинство человека значимо меньшее число медицинских работников (48,5%) в сравнении с пациентами (57,7%). Идею передачи преподавания ряда тем биомедицинской этики (жизнь как ценность, смерть) священнослужителям поддерживает лишь 34,0% медицинских работников и 24,6% пациентов.

Заключение. Таким образом, исследование духовно-нравственных ориентаций медицинских работников и пациентов позволило установить принципиальное сходство в их мировоззренческих взглядах и ценностных ориентациях. Большинство медицинских работников (85,4%) и пациентов (71,7%) осознают свою принадлежность к православной культуре и признают необходимость сохранения в России традиционных религиозных ценностей (88,5% и 72,1% соответственно).

Однако применение на практике норм религиозной морали допускает лишь очень малое их число: 9,7% медицинских работников и 19,5% пациентов. Выявленные различия в духовно-нравственных ориентирах медицинских работников и пациентов заключаются лишь в степени распространенности основных жизненных позиций и нравственных убеждений, которые объясняются, с одной стороны, разным уровнем и содержанием полученного образования представителями сравниваемых групп, а с другой, секуляризацией российского общества и распространением во всех социальных слоях секулярного мировоззрения.

Вместе с тем, единство духовно-нравственных ориентиров медицинских работников и пациентов позволяет надеяться на успешное формирование в будущем новой, партнерской, модели моральных отношений в медицине, построенной на взаимопонимании, уважении и доверии. А духовно-нравственное воспитание населения, осуществляемое на всех уровнях системы образования, будет способствовать развитию этих отношений, выступая важным фактором этической регуляции всей совокупности медицинских практик.

Литература

1. Груздева А.А., Мушников Д.Л., Харитонов Е.А. Подготовленность потребителей и производителей медицинских услуг к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – №1(57). – С. 159-162.
2. Бычкова О.И. Этика и право в отношениях врача и пациента в военной медицине // Военно-медицинский журнал. 2018. Т. 339. № 9. С. 11-15.
3. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – №1(15). – С. 58-60.
4. Доника А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессионализма на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С. 52-57.
5. Ляуш Л.Б., Сабурова В.И., Силуанова И.В., Сушко Н.А. Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков // Медицинское право и этика. – 2002. – №2. – С. 67-82.
6. Митрополит Иларион (Алфеев). Иисус Христос. Жизнь и учение: В 6 кн. – Кн. 2: Нагорная проповедь. – М.: Изд-во Сретенского монастыря; Эксмо; Общecerковная аспирантура и докторантура, 2016. – 616с.
7. Озерова В.А. Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 4-1. – С. 56

8. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // Биоэтика. – 2018. – №1(21). – С. 5-6.
9. Фоменко А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №2. – С. 23-31.
10. Хан А.А. Биоэтическое содержание «вреда» в современной медицинской практике (на примере кейс-стади) // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 4-1. – С. 57
11. Чертухина О.Б., Хашина О.А., Есина М.В., Хозяинова О.Е. Использование инновационных образовательных технологий для повышения качества взаимодействия медицинского персонала и пациентов // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – №1. – С. 94-97.
12. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России // Мир России. – 2014. – №2. – С. 154-182.
13. Юдин Б.Г. Человек как объект преобразования и познания // Наука и инновации. – 2012. – №7(13). – С. 9-12.
14. Юдин С.А., Борзенко А.С., Деларю В.В., Калуженина А.А. Выполнение больными туберкулезом врачебных рекомендаций и трудности, возникающие при проведении лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9, №4. – С. 741-743.
15. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.

References

1. Bychkova O.I. Etika i pravo v otnosheniyakh vracha i patsiyenta v voyennoy meditsine // Voyenno-meditsinskiy zhurnal. 2018. T. 339. № 9. S. 11-15.
2. Gruzdeva A.A., Mushnikov D.L., Xaritonova E.A. Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii – Vestnik of Russian military medical Academy, 2017, no. 1 (57), pp. 159-162.
3. Donika A.D. Problema formirovaniya eticheskikh reguljatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika. 2015. № 1(15). S.58-60.
4. Donika A.D. Sovremennye tendencii issledovanij problemy professiogeneza na modeli medicinskih special'nostej // EHkologiya cheloveka. – 2017. – № 2. – S.52-57.
5. Lyaush L.B., Saburova V.I., Siluyanov I.V., Sushko N.A. Medicinskoe pravo i e'tika – Medical law and ethics, 2002, no. 2, pp. 67-82.
6. Mitropolit Ilarion (Alfeev) Iisus Xristos. Zhizn' i uchenie: V 6 kn. – Kn. 2: Nagornaya propoved' (Jesus Christ. Life and learning: In 6 kn. – Prince. 2: Sermon on the Mount.), M.: Publishing house of the Sretensky monastery; Exmo; Church Postgraduate and Doctoral Studies, 2016. – 616 p.
7. Ozerova V.A. Meditsinskiy professionalizm kak kontrakt meditsiny i obshchestva // Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimentalnogo obrazovaniya. – 2017. – № 4-1. – S.56
8. Sedova N.N. Bioe'tika. – Bioethics, 2018, no. 1(21), pp. 5-6.
9. Fomenko A.G. Voprosy` organizacii i informatizacii zdrazvooxraneniya. – Issues of organization and informatization health care, 2007, no. 2, pp. 23-31.
10. Khan A.A. Bioeticheskoye soderzhaniye «vreda» v sovremennoy meditsinskoj praktike (na primere keys-stadi) // Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimentalnogo obrazovaniya. – 2017. – № 4-1. – S.5
11. Chertuxina O.B., Xashina O.A., Esina M.V., Xozyainova O.E. Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshhi. – Quality management of medical care, 2014, no. 1, pp. 94-97.
12. Chirikova A.E., Shishkin S.V. Mir Rossii. – Universe of Russia, 2014, no. 2, pp. 154-182.
13. Yudin B.G. Nauka i innovacii. – The Science and Innovations, 2012, no. 7(13). pp. 9-12.
14. Yudin S.A., Borzenko A.S., Delaryu V.V., Kaluzhenina A.A. Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal. – Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2013. – Volume 9, no. 4, pp. 741–743.

УДК 17.023

НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫЕ ПАЦИЕНТЫ КАК КАТЕГОРИЯ БИОЭТИКИ И ПРАВА

А.А. Мохов

доктор юридических наук, профессор, главный научный сотрудник Института государства и права Российской академии наук, г. Москва, civilaw@igpran.ru

Настоящая статья посвящена анализу категорий «уязвимые лица» и «наиболее уязвимые пациенты» или «особо уязвимые пациенты». Анализируются международные и национальные этические и правовые акты с позиций упоминания в них отдельных групп уязвимых лиц. Автором доказывается, что отдельные группы пациентов могут быть отнесены к категории наиболее уязвимых в силу: возраста, наличия отдельных заболеваний; возникшей трудной жизненной ситуации, в которую они попали; привлечения в качестве испытуемых. Утверждение и более широкое использование словосочетания «наиболее уязвимые пациенты» необходимо для дальнейшего уточнения каталога их прав, а также принятия дополнительных мер их защиты.

Ключевые слова: биоэтика, право, уязвимые лица, наиболее уязвимые пациенты, защита прав пациентов.

DOI 10.19163/2070-1586-2019-1(23)-35-38

PARTICULARLY VULNERABLE PATIENTS AS A CATEGORY OF BIOETHICS AND LAW

A.A. Mokhov

Doctor of Law, Professor, chief researcher of the civil law sector, civil and arbitration process of the Institute of State and Law of the Russian Academy of Sciences (RAS), civilaw@igpran.ru

This article is devoted to the analysis of the categories of "vulnerable persons" and "particularly vulnerable patients." International and national ethical and legal acts are analyzed from the standpoint of mentioning certain groups of vulnerable persons. The author proves that certain groups of patients can be classified as the most vulnerable due to: age, presence of certain diseases; the difficult life situation; attracting as trial subjects. The approval and wider use of the phrase "particularly vulnerable patients" is necessary to further clarify the catalog of their rights, as well as to take additional measures to protect them.

Key words: bioethics, law, vulnerable persons, particularly vulnerable patients, protection of patients' rights.

Категория «уязвимые лица» и производные от нее все шире и шире используются в международных биоэтических, нормативных и иных документах, а также в материалах судебной практики. В последние годы также стали встречаться прямые или косвенные упоминания данной дефиниции и в национальных актах и постановлениях судебных инстанций. Часть из них имеет прямую или опосредованную связь с защитой прав некоторых групп пациентов.

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 г. для своих целей под уязвимыми лицами понимает трудящихся-мигрантов и членов их семей¹.

Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 2006 г. № 198 «О трудовом правоотношении» к уязвимым наряду с трудящимися-мигрантами также относит: молодых работников, пожилых работников, работников неформальной экономики, трудящихся-инвалидов.

Об уязвимости отдельных категорий (групп) работников можно найти упоминания и в других международных документах, материалах судебной практики, а также в национальных актах. Например, в Постановлении Правительства РФ от 24 июля 1998 г. № 828 «О Федеральной целевой программе содействия занятости населения Российской Федерации на 1998 - 2000 годы» говорится о наиболее уязвимых на рынке труда этнических группах населения.

Физические лица, чьи трудовые права нарушаются, в случае их заболевания или травмы, в зависимости от модели здравоохранения и условий финансирования медицинских услуг, принятых в той или иной стране, могут стать наиболее уязвимыми.

В России реализация права на бесплатную медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в границах обязательного медицинского страхования, обусловлена целым рядом юридических фактов: наличием (отсутствием) гражданства; наличием (отсутствием) полиса обязательного медицинского страхования; характером имеющегося (возникшего) заболевания, травмы и др.

В соответствии с ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья) отказ в оказании медицинской помощи без взимания платы за нее не допускается. Однако в этой статье речь идет, во-первых, лишь о гражданах; во-вторых – об оказании медицинской помощи в объеме, предусмотренном программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В ч. 2 ст. 1 Закона об основах охраны здоровья говорится о бесплатном оказании уже медицинской помощи лишь в экстренной форме.

Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории страны, устанавливается законодательством России и соответствующими международными договорами.

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к субъектам обязательного медицинского страхования относит застрахованных лиц. Их исчерпывающий перечень дается в ч. 1 ст. 10 этого акта. Далеко не все физические лица, в т.ч. фактически занятые, подпадают под него.

Инвалиды, как трудящиеся, так и нет, как правило, также в ряде случаев могут быть отнесены к уязвимым лицам, чьи права нуждаются в адекватной их потребностям защите.

Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. прямо не оперирует словом «уязвимость» и производными от него, но закрепляет принцип не дискриминации по признаку инвалидности. При этом компетентные международные органы трактуют положение документа с позиций необходимой защиты уязвимых лиц, в т.ч. и по причине их инвалидности.

В национальных нормативных правовых актах и иных документах также можно найти упоминания об уязвимости инвалидов. Например, в Приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 18

¹ Россия в настоящей Конвенции не участвует.