



ISSN 2070-1586

Биоэтика

BIOETHICS

Учредитель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Главный редактор:

академик РАН, доктор медицинских наук,
профессор **Петров Владимир Иванович** (Petrov V.)

Заместитель главного редактора:

ЗДН РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук,
профессор **Седова Н. Н.** (Sedova N.)

Ответственный секретарь:

доктор социологических наук, кандидат медицинских наук,
профессор **Доника А. Д.** (Donika A.)

Редакционный совет:

Новаков И. А. (Novacov I.)

академик РАН, доктор химических наук, профессор

Сергеев Ю. Д. (Sergeev Y.)

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Сергеев Н. К. (Sergeev N.)

академик РАО, доктор педагогических наук, профессор

Спасов А. А. (Srasov A.)

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Шкарип В. В. (Shkarin V.)

ректор ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия

Редакционная коллегия:

Аджиенко В. Л. – д. м. н., профессор, г. Волгоград, Россия

Андрянова Е. А. – д. соц. н., профессор, г. Саратов, Россия

Брайн Хамнетт – PhD, Почетный профессор, Университета Эссекса,
Великобритания

Давтян Сусанна – д. филос. н., профессор, г. Ереван, Армения

Кубарь О. И. – д. м. н., профессор, г. Санкт-Петербург, Россия

Мишаткина Т. В. – к. филос. н., доцент, г. Минск, Беларусь

Мохов А. А. – д. юр. н., профессор, г. Москва, Россия

Пельич Гордана – PhD, д. мед. н., доцент, Хорватия

Серова И. А. – д. филос. н., профессор, г. Пермь, Россия

Силуянова И. В. – д. филос. н., профессор, г. Москва, Россия

Созинов А. С. – д. м. н., профессор, г. Казань, Россия

Стрельченко В. И. – д. филос. н., профессор, г. Санкт-Петербург, Россия

Цырдя Т. Н. – д. филос. н., профессор, г. Кишинев, Молдова

Федеральный научно- практический журнал

1 (25) 2020

Журнал включен в Перечень ведущих
рецензируемых научных журналов и изданий
Высшей Аттестационной комиссии
Министерства образования и науки
Российской Федерации, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученой степени
доктора и кандидата наук
по группе научных специальностей:
09.00.05 Этика, (философские науки);
09.00.13 Философия и история религии,
философская антропология,
философия культуры, (философские науки);
14.02.05 Социология медицины
(социологические и медицинские науки)

Журнал представлен в НАУЧНОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ БИБЛИОТЕКЕ (НЭБ)

Журнал представлен в международной базе Scientific
Indexing Services (SIS)

Сайт журнала: <http://www.journal-bioethics.ru>



Волгоград
Издательство
ВолгГМУ
2020

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Седова Н. Н.

Этика в медицинском образовании
(к 85-летию Волгоградского государственного
медицинского университета).....

3

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Смирнов К. С.

Биоэтика в нарративном ракурсе: от «науки выживания»
до радикальной этики спасения
(на материале рассказа Р. Киплинга
«Чудо Пуран Бхагата»).....

5

Силуянова И. В., Пищикова Л. Е.

Биоэтика: определение и виды.....

9

Селезнев И. С.

Стратегия индивидуализации идентичности в современной
культуре: философский анализ.....

16

ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

Шкарин В. В., Доница А. Д., Ягунов П. Р.

Волгоградский опыт гуманитарного образования
в медицинском вузе.....

22

Худина Ю. С., Вигель Н. Л.

Парадигма толерантности в призме понимания
будущих врачей.....

27

Ягодина А. Ю., Серова И. А., Петров А. В.

Секуляризация грехопадения по мотивам
«Божественной комедии» Данте
(фокусированное интервью студентов-медиков).....

31

Жура В. В., Семенова Е. Г.

Реализация биоэтических принципов
в оценке статуса пациента и его роли в письменной
медицинской интеракции.....

35

Фомина Т. К., Фатеева Ю. Г., Костенко О. В.

Культура речи врача как основная составляющая
профессиональной этики.....

39

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА

*Щекин Г. Ю., Осыко А. Н., Бахтин В. А.,
Кожевников Л. Л.*

Этика стоматологического туризма
как предмет научного интереса.....

43

Афанасьева О. Ю., Дронов С. В., Сербин А. С.

Риск-ориентировочный подход в обеспечении
внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в стоматологии.....

48

Подзолкова Н. А., Романов С. А.

Применение интегрального подхода
в этике радиологической защиты (часть II).....

54

*Латышевская Н. И., Ковалева М. Д.,**Мироchnik В. В., Беляева А. В.*

Этические проблемы изучения теплового состояния
работающего в условиях реального производства.....

58

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА ЖУРНАЛА.....

62

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ

ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ.....

62

PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF

Sedova N. N.

Ethics in medical education
(on the 85th anniversary of the Volgograd State
Medical University).....

3

THEORETICAL BIOETHICS

Smirnov K. S.

Bioethics in narrative foreshortening: from «science of survival»
to the radical ethics of salvation
(on the material of R. Kipling's story
«The miracle of Purun Bhagat»).....

5

Siluyanov I. V., Pishchikova L. E.

Bioethics: definition and types.....

9

Seleznev I. S.

The strategy of individualization of identity in modern culture:
philosophical analysis.....

16

PRACTICAL BIOETHICS

Shkarin V. V., Donika A. D., Yagupov P. R.

Volgograd experience of humanitarian education
in a medical university.....

22

Khudina Ju. S., Wiegel N. L.

The paradigm of tolerance in the prism of understanding
future doctors.....

27

Yagodina A. U., Serova I. A., Petrov A. V.

Secularization of the fall into sin based
on Dante's divine comedy
(focused interview of medical students).....

31

Zhura V. V., Semenova E. G.

Implementation of bioethic principles
in the evaluation of the patient's status and role
in written medical interaction.....

35

Fomina T. K., Fateeva Yu. G., Kostenko O. V.

Doctor's speech culture as the main component
of professional ethics.....

39

APPLIED BIOETHICS

*Shchekin G. Yu., Osyko A. N., Bakhtin V. A.,
Kozhevnikov L. L.*

Ethics of dental tourism as a subject
of scientific interest.....

43

Afanasyeva O. Yu., Dronov S. V., Serbin A. S.

Risk-based approach to provide internal quality control
and safety medical management programs
in dental care practices.....

48

Podzolkova N. A., Romanov S. A.

Application of the integrated approach
to the ethics of radiological protection (part II).....

54

*Latyshevskaya N. I., Kovaleva M. D.,**Mirochnok V. V., Belyaeva A. V.*

Ethical problems of the research of the thermal state
of worker in conditions of manufacturing.....

58

PUBLICATION ETHICS OF THE JOURNAL.....

62

PAPER SUBMISSION

GUIDELINES.....

62

УДК 37.014:614.2

ЭТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ (к 85-летию Волгоградского государственного медицинского университета)

Н. Н. Седова

заместитель главного редактора журнала «Биоэтика»

доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой философии, биоэтики и права ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, руководитель Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», nns18@yandex.ru

В статье прослеживается сорокалетняя история становления учебного курса «Биоэтика» в Волгоградском государственном медицинском университете, которому в этом году исполняется 85 лет. Рассказано о тех, кто сыграл главную роль в становлении биоэтики как учебного курса, какие трудности и успехи были на этом пути. Прослежена логика институализации биоэтики путем создания процедур этической экспертизы. Актуальные проблемы биоэтики, а также проводимые мероприятия биоэтической направленности не освещаются и не называются, поскольку именно им посвящены материалы юбилейного выпуска журнала.

Ключевые слова: этика, биоэтика, учебный курс, независимый этический комитет, журнал, юбилей.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-3-4

ETHICS IN MEDICAL EDUCATION (on the 85th anniversary of the Volgograd State Medical University)

N. N. Sedova

Chief Editor Deputy of «Bioethics» journal, Doctor in Philosophy, Doctor in Law, Professor, Honored Scholar of RF, Head of Philosophy, Bioethics and Law Department Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation, Head of the Department of Ethical, Legal and Sociological Examination in Medicine of SBI «Volgograd Medical Research Center», nns18@yandex.ru

The article traces the forty-year history of the establishment of the Bioethics training course at the Volgograd State Medical University, which turns 85 this year. It is told about those who played a major role in the development of bioethics as a training course, what difficulties and successes were along this path. The logic of the institutionalization of bioethics through the creation of ethical examination procedures is traced. Actual problems of bioethics, as well as ongoing bioethical activities are not covered and are not called, since the materials of the anniversary issue of the journal are devoted to them.

Key words: ethics, bioethics, training course, independent ethics committee, journal, anniversary.

В этом году исполняется 85 лет со дня открытия Сталинградского медицинского института. Сейчас это Волгоградский государственный медицинский университет. И поэтому в предлагаемом читателям номере журнала «Биоэтика» мы публикуем, в основном, материалы профессоров и преподавателей этого вуза. Его богатая история вобрала в себя все, что за эти годы переживала страна. В юбилейные дни об этом много говорят, пишут, поэтому не будем повторяться. Но есть одна страница в биографии вуза, которая отличает его от любого другого медицинского образовательного учреждения. И связана она с традицией этической подготовки будущих врачей.

В мае 1980-го года заведующий кафедрой марксистско-ленинской философии заслуженный

деятель науки РФ профессор **Матвей Абрамович Свердлов** вызвал к себе двух доцентов – Евгению Антоновну Родионову и Наталью Николаевну Седову и распорядился, чтобы к новому учебному году они подготовили курс этики для студентов трех факультетов – лечебного, педиатрического и стоматологического. Надо пояснить, что в те годы об академических свободах еще не говорили, но зато они реально существовали. И кафедры не были связаны по рукам и ногам строгим перечнем учебных дисциплин и закодированным списком вырабатываемых компетенций. Кроме того, профессор М. А. Свердлов был видным ученым, участником ВОВ, известным организатором науки. Тогдашнее руководство вуза выделило учебные часы на преподавание курса этики. С этого все и началось.

Мне лично идея Матвея Абрамовича не понравилась. В МГУ мы ее изучали, но курс был коротким и, скорее, историческим, нежели философским. Первой ассоциацией при слове «этика» почему-то был Моральный Кодекс строителя коммунизма. Документ, кстати, был неплохой, но «навязанный», а в морали нет и не может быть безусловных норм, кем-то специально разработанных, в ней всегда есть выбор, поэтому скепсис в отношении Кодекса был оправдан. Профессор Свердлин был мудрым и прозорливым человеком, он мягко, но настойчиво вводил нас в мир нравственных ценностей медицины беседами, собственными книгами, статьями, лекциями. Он был абсолютно прав, предвидя будущие проблемы развития медицины именно как проблемы этические и правовые.

В 80-х годах этика закрепилась как учебный курс в нашем вузе, хотя в других медицинских вузах ее либо не преподавали вообще, либо относили на факультатив, либо то читали, то не читали... У нас тоже были трудности, особенно в 90-е, когда случилась серьезная атака на гуманитарные дисциплины в медицинских (и не только!) вузах. Тех, кто требовал убрать этику из учебного процесса, можно было понять. Когда они учились, им это не преподавали. И вообще, кроме марксизма-ленинизма ничего не преподавали. Они не знали о существовании моральной философии, даже с «Этикой» Аристотеля вряд ли кто был знаком, кроме специалистов. И нужно было доказывать, что врач всегда решает нравственные проблемы, и лучше, если он будет решать их сознательно, опираясь на опыт поколения и понимая, почему поступает так, а не иначе.

Этика врачевания в конце XX века вошла в новый период, связанный с промышленным производством лекарств, новыми открытиями в медицине, появлением новых технологий и расширением медикализации. Пришло осознание того, что бурное развитие медицины несет в себе риски для пациентов и испытуемых. В зарубежных странах создавались специальные этические комиссии и комитеты при лидерах государств. В Волгоградском медицинском уже был накоплен опыт этической подготовки будущих врачей, но нужно было сделать следующий шаг, чтобы соответствовать новым международным требованиям.

И вот в 1993 году в вузе была создана одна из первых, если не первая, в стране Этическая комиссия для экспертизы научных исследований в медицине. Ее возглавил доктор медицинских наук, ныне академик РАН, **Александр Алексеевич Спасов**. Впоследствии комиссия была преобразована в Независимый этический комитет (НЭК). Об истории этических комитетов в России мы уже писали на страницах нашего журнала, поэтому не будем повторяться. Скажем только, что было очень-очень трудно. Много сил отдал легитимизации этической экспертизы диссертационных работ

тогдашний проректор по научно-исследовательской работе профессор **Вячеслав Борисович Писарев** (светлая ему память!). И он добился того, чтобы все научные исследования, включая диссертационные, проходили этическую экспертизу в НЭКе! И случилось это в 2001-м году, задолго до того, как ВАК и Минобрнауки обязали все научные и учебные заведения проводить такую экспертизу.

А в 2002 году, по инициативе основоположника российской биоэтики и нашего большого друга члена-корреспондента РАН **Бориса Григорьевича Юдина** (светлая ему память!), в Волгограде прошел Международный семинар ЮНЕСКО «Этическая экспертиза биомедицинских исследований с участием человека». Представители разных стран высоко оценили опыт Волгоградского медицинского в развитии – нет, уже не этики, а биоэтики. Именно она в те годы сформировалась как самостоятельная дисциплина, изучающая нравственное отношение к живому.

И учебный курс этики в вузе постепенно трансформировался в курс биоэтики. Очень помогло то, что он был «узаконен» как обязательная учебная дисциплина в медицинских вузах Минздравом РФ. Естественно, активизировались научные исследования в области биоэтики, наши ученые стали участвовать в международных мероприятиях, проходили стажировку по биоэтике за рубежом, публиковали результаты своих исследований в российских и зарубежных изданиях.

Логическим продолжением этой работы стало учреждение Федерального научно-практического журнала «Биоэтика» в 2008 году. Созданный по инициативе и при серьезной помощи академика РАН, ныне президента ВолГМУ и главного редактора журнала **Владимира Ивановича Петрова**, сейчас он входит в Перечень ВАК и до сих пор является единственным научным периодическим изданием подобной проблематики в России.

В наше время взрывного развития новых биотехнологий стал очевиден бинарный характер биоэтических проблем. Есть этика медико-биологических наук (технонаук?) и есть этика биомедицинской практики. Совмещение этих двух вариантов необходимо, но порождает серьезные гносеологические и аксиологические проблемы, разобравшись в которых мы стараемся на страницах нашего журнала. Мы бережем своих авторов, мы бережем традиции этического образования Волгоградского государственного медицинского университета, мы бережем своих студентов и их будущих пациентов, потому что только умный и добрый врач может неукоснительно следовать главному принципу медицины – «Не навреди!».

Спасибо нашему университету! Спасибо тем, кто были до нас, и тем, кто придет после. Главное, чтоб в их сердце всегда оставалось добро, которому учит нас БИОЭТИКА.

УДК 37.014

БИОЭТИКА В НАРРАТИВНОМ РАКУРСЕ: ОТ «НАУКИ ВЫЖИВАНИЯ» ДО РАДИКАЛЬНОЙ ЭТИКИ СПАСЕНИЯ (на материале рассказа Р. Кипплинга «Чудо Пуран Бхагата»)

К. С. Смирнов

кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Волгоград, zzzzz111@mail.ru

В статье анализируется все более востребованный ракурс биоэтики, известный как нарративная и даже литературная биоэтика. Этот анализ производится на материале рассказа Редьярда Кипплинга «Чудо Пуран Бхагата». Деконструкция в ее этическом аспекте выступает в данном случае как метод преодоления логоцентризма и становится радикализацией этики. Речь идет о рассмотрении биоэтики не просто как «науки выживания», а как радикальной этики спасения жизни. Текст рассказа интерпретируется как фармакон – целебное, спасительное средство для человеческого сознания, общества и природы. Результатом анализа является идея рассмотрения консервативной биоэтики как радикальной этики спасения и науки о духовно-нравственной сущности человека. Эта сущность есть сознание, которое всегда моральное сознание, в отличие от интеллекта, лишённого морального измерения и ведущего человечество путем катастрофического прогресса к трансгуманистическому постчеловеческому будущему.

Ключевые слова: нарративная биоэтика, деконструкция, фармакон, радикальная этика спасения, сознание.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-5-9

BIOETHICS IN NARRATIVE FORESHORTENING: FROM «SCIENCE OF SURVIVAL» TO THE RADICAL ETHICS OF SALVATION (on the material of R. Kipling's story «The miracle of Purun Bhagat»)

K. S. Smirnov

PhD, Associate professor of the Philosophy, Bioethics and Law Department with the Course of Medical Sociology,
Volgograd State Medical University, Volgograd, zzzzz111@mail.ru

The increasingly foreshortening of bioethics known as narrative and even literary bioethics is analyzed in article. This analysis is realized on the material of Rudyard Kipling's story «The miracle of Purun Bhagat». Deconstruction in its ethical aspect comes out in this case as method of the overcoming of logocentrism and becomes radicalization of ethics. The talk is about consideration of bioethics not simply as the science of survival but as radical ethics of the salvation of life. The text of the story is interpreted as pharmacon, remedy, sure remedy for human consciousness, society and nature. The result of the analysis is the idea of the consideration of conservative bioethics as radical ethics of salvation and science about spiritual-moral essence of human. This essence is consciousness, which is always moral consciousness in contradiction to intellect deprived of moral dimension and leading humankind on the way of catastrophic progress to transhumanistic, posthuman future.

Key words: narrative bioethics, deconstruction, pharmacon, radical ethics of salvation, consciousness.

Памяти нашего коллеги и соавтора
Владимира Николаевича Прямыцина

*Кто услышал зов с Востока,
вечно помнит этот зов.
Р. Киплинг, «Мандалай»*

Биоэтика в настоящий период со всей очевидностью уже преодолела те изначальные прагматические установки, которые привели к появлению данной науки. В этом преодолении, с одной стороны, можно наблюдать влияние постмодернистского дискурса с его стремлением выступить в роли общей культурологической теории, однако, с другой стороны, сама биоэтика в ее теоретическом аспекте стала «философской наукой со специфическим нормативно-оценочным понятийным аппаратом... и выступает как прикладная философия» [3, с. 41].

В этом прикладном аспекте можно отметить эволюцию биоэтики от «науки выживания» к некой универсальной этике, которую мы характеризуем как радикализацию этики и определяем как радикальную этику спасения. Представляется, что не совсем корректно сводить человеческую жизнь к простому выживанию, и только вокруг этого выстраивать научный дискурс. История (да и настоящее время) слишком часто дает примеры того, что выживание одних происходит за счет гибели и уничтожения других (и не только людей). Конечно, постмодернистский дискурс есть за что критиковать, но объяснение данной «этики выживания» логоцентрической установкой новоевропейского

мышления трудно отрицать. Логоцентризм полагает в центре всего субъекта, который направляет взгляд на объект, встроенный в структурированную понятиями и иерархизированную ценностно структуру реальности. При этом объект выступает как «другой», «чужой», и в отношении него можно осуществлять метафизическую агрессию, а спускаясь по диалектическим ступеням, любой конкретный вид агрессии. Значит необходимо преодолеть логоцентризм путем деконструкции, которая может стать методом биоэтической рефлексии и вывести нас на новый уровень биоэтики.

Таким образом, деконструкция сама становится радикализацией этики.

В этом смысле рассмотрение биоэтики в нарративном и особенно в литературном ракурсе представляется необычайно плодотворным. Речь в данном случае идет об интерпретации литературного текста в биоэтических категориях, экспликации его ценностного смысла в контексте аксиологической триады «жизнь – смерть – свобода».

Важно отметить, что высокохудожественный текст является не только определенным нравственным эталоном, но и фармаконом, лекарством. Данный фармакон есть диалектическое единство противоположностей целебного средства и яда и включен во всей своей амбивалентности в дискурсивное поле. Кроме того, фармакон представляет собой дар, который может обернуться проклятием для обладающего подобным даром. Ясно, что и человек, как текст, также может быть фармаконом. Тогда человек несет в себе особый дар. Это поразительный дар духовности. Дискурс, который представлен в древнейших текстах религиозного, религиозно-философского и философского характера (Библия, Веды, диалоги Платона), ясно утверждает, что источником блага и зла является душа. То есть целебное снадобье для души – это совершенно определенный дискурс. Именно этот дискурс порождает в душе мудрость. А когда душа обретает мудрость, человек становится спасителем всего живого.

Рассказ классика английской литературы Редьярда Киплинга «Чудо Пуран Бхагата» не относится к числу самых известных и популярных произведений писателя. Киплинг широко известен благодаря сборнику «Книга джунглей» и стихотворению «Бремя белых». Именно это последнее дало основание назвать автора «певцом британского империализма». Однако, как это нередко случается с текстами выдающихся творцов, самое значительное в их наследии становится заметным спустя много лет. Именно это произошло с обозначенным рассказом.

В центре нарратива судьба премьер-министра одного из штатов Британской Индии. «Он был Брамино из такой высокой касты, что каста, как

понятие, потеряла особое значение для него» [1, с. 64]. Получив блестящее английское образование в Бомбейском университете, молодой брамин становится поразительно эффективным менеджером, который проводит модернизацию в своем штате (строятся дороги, школы, государственные аптеки и больницы). Потом он отправляется в Англию, где производит фурор своими речами об индийской социальной реформе. «Весь Лондон кричит: «Это самый обаятельный человек, который когда-либо нам встречался...» [1, с. 66]. После возвращения в Индию вице-король награждает его, и Пуран Дас становится Рыцарем Командором Ордена Индийской Империи. Отныне он Сэр Пуран Дас. «Британские империалисты» признали его, индееца, равным себе... Спустя месяц этот блестящий человек умирает. «Жрецы знали, что произошло, а народ догадывался, но Индия – единственное место в мире, где человек может делать, что хочет, и никто не спросит, почему» [1, с. 67]. На самом деле Сэр Пуран тайно оставляет свой высокий пост преемнику и становится саньяси, или святым человеком (holy man), в соответствии с древней ведической традицией. «Он был Саньяси – бездомный, бродячий монах, зависящий от окружающих для своего ежедневного пропитания, и до тех пор, пока есть в Индии кусок хлеба, которым можно поделиться, ни жрец, ни нищий не будут голодать» [1, с. 68]. Всю жизнь в душе этого англоизированного, цивилизованного человека присутствовал «сокровенный человек». И теперь этот человек, человек духовный, должен был проявиться. Прodelав пешком неблизкий путь в сторону Гималаев, бывший Сэр Пуран находит место на вершине холма, у подножья которого на крутом склоне расположена маленькая деревня. Появление аскета не вызвало удивления в деревне, но было встречено с радостью. Каждая утренняя чашка для милостыни наполнялась простой едой деревенской кухни, а он все повторял и повторял Божественное Имя. Через некоторое время Пуран Бхагат становится аттрактором для диких животных, обитающих в округе (горных обезьян, оленей, медведя). Он стал аттрактором, потому что достиг уровня духовности, имя которому Любовь. «Он верил, что все существа были одним большим Чудом... Он знал наверняка, что не было ничего великого и ничего малого в этом мире, и день и ночь он стремился продумать до конца свой путь к сердцу всего сущего, назад к месту, откуда пришла его душа» [1, с. 79]. Прошло немало лет, в течение которых жители деревни и дикие животные живут, освященные Любовью Пуран Бхагата. Но летом начинаются бесконечные дожди, и однажды ночью дикие животные будят аскета и настойчиво тянут его с места многолетнего обитания. Он понимает, что животные, предчувствуя катастрофу

(падение огромного селевого потока), пришли спасти его. И теперь сам праведник должен предупредить и спасти жителей деревни. С помощью животных он спускается в деревню. «Он не был больше святым человеком, но Сэром Пураном Дасом... премьер-министром большого Штата, человеком, привыкшим повелевать, собирающимся спасти жизнь» [1, с. 83, 84]. Он кричит, чтобы люди бежали через долину к вершине другого холма. Они бегут, а за ними следует их спаситель, поддерживаемый животными. Стремительный подъем лишает праведника последних сил, и он умирает. Так заканчивается эта поразительная история.

На наш взгляд, биоэтическое измерение данного нарратива представлено целым рядом аспектов. Как известно, предметом биоэтики является нравственное отношение ко всему живому. В этой связи рассказ Киплинга включает в себе нравственно-социальный, нравственно-политический, нравственно-экологический, нравственно-экзистенциальный и нравственно-антропологический смыслы. Собственно «чудо» главного героя заключается в том, что, начав свой путь как человек дела, социальный реформатор, сторонник прогресса, «западник», он радикально меняет траекторию своей жизни и выходит на путь крайнего традиционализма, путь духовного совершенствования и достижения мокши (освобождения от круговорота сансары). Однако этот «уход» приводит Бхагата к тому, что в силу обстоятельств (природной катастрофы) он снова становится человеком Дела с большой буквы. Теперь это уже не просто, если использовать биоэтический дискурс, повышение качества жизни людей, а спасение всех. При этом последнее оказалось возможным благодаря установлению духовного контакта с животными. Можно сказать, что герой рассказа является воплощением биоэтики как радикальной этики спасения или сбережения жизни.

Бхагат по факту рождения принадлежит к элите. Однако он преодолевает известную замкнутость своей социальной группы. Сначала он проводит политику широкой социальной модернизации, а затем уходит на самый «край» социальной жизни и начинает духовную жизнь на «границе» социального и природного. Но это радикальное смещение от центра к периферии оказывается спасительным для многих людей. В этом смысле главный герой воплощает в себе элиту в истинном смысле слова, сочетая в себе интеллект делового человека и высочайшую нравственность, духовность. Причем это духовность отнюдь не только метафизического свойства. Как отмечает современный чилийский философ Дарио Салас Соммер: «Духовность – это практика наивысших человеческих добродетелей» [4, с. 55]. Эта практика со всей очевидностью

представлена в завершающий период жизни Бхагата, кульминацией которого становится событие спасения жизни: животные спасают праведника, который спасает людей ценой своей жизни. В этой связи справедливо утверждение о том, что «биоэтика и событие есть антропологические экзистенциалы... иногда они существуют один в другом, существуют совместно» [2]. В кульминации рассказа мы имеем это совместное существование биоэтики и события и в этом проявляется нравственно-экзистенциальный смысл нарратива.

Герой рассказа Киплинга, живя на «границе» природного и социального, обретает такой уровень духовности, что вступает в диалог с дикими животными и ему открывается таинственная духовность природы. «Пуран Бхагат называл их всех «мои братья», и его негромкий зов «Bhai! Bhai!» выманивал их из леса» [1, с. 78]. Насколько противоположным в своем агрессивном, потребительском варварстве является отношение к природному миру, демонстрируемое большей частью современного человечества. «Согласно материалам фонда Global Footprint Network человечество уже сейчас за год расходует ресурсы, воспроизводимые за 1,5 года. То есть для обеспечения существующего типа потребления уже к 2030 г. понадобится еще одна Земля» [5]. Более того, уже вполне утвердился антиэкологический, радикальный дискурс, декларирующий, что природа – это уже в значительной степени отработанный материал на «блестящем» пути технологического прогресса. Согласно этому дискурсу, необходимо в скором времени создавать капсульную, максимально искусственную среду обитания человека и само органическое тело *homo sapiens* требует максимальной технологической трансформации в силу его «несовершенства».

Отсюда вытекает нравственно-антропологическое измерение рассказа Киплинга. Герой рассказа – человек духовный, нравственно приблизившийся к совершенству. Причем, если бы ему это сказали, он, скорее всего, не понял бы, о чем и о ком идет речь. В этом и состоит максимальное приближение к совершенству: оно в максимальном смирении и отсутствии какой-либо гордыни.

Между тем, в столь популярном сейчас трансгуманистическом дискурсе предлагается свой идеал: так называемый «*homo perfectus*» на основе технологий «*human enhancement*». Этот «совершенный» человек «станет и создателем новой системы нравственных ценностей, в которой техническая «система жизнеобеспечения» будет представлять центральную ценность, а сохранение природных характеристик будет иметь прикладное значение» [3, с. 160]. Однако такой технологизированный «совершенный» человек – дело будущего, пусть и не очень отдаленного. Его более или менее

полное осуществление придется на время так называемой технологической сингулярности, которая по расчетам математиков должна наступить к середине нынешнего столетия. Настоящее же время также предлагает идеал «совершенного» человека. Собственно это «идеал» имеет максимально конкретное, документальное выражение уже в течение 30 лет: речь идет о знаменитом и всем известном списке Форбс. Люди с миллиардными, мультимиллиардными и вообще любыми состояниями – таков «нравственный идеал» совершенства наших дней. На современной стадии глобального капитализма, получившего название «биокапитализм», жизнь может быть признана ценностью не сама по себе только по факту своего возникновения и существования, а лишь при наличии социально-генетического кода, которым является конечно же капитал. Жизнь в режиме биокапитализма должна быть эффективной и рентабельной, создающей такой актив, который позволял бы осуществлять максимально долгосрочное финансовое планирование и инвестирование. Однако сам этот актив надо получить максимально быстро. И, конечно, самый «легкий» способ получения актива – это кредит. Но здесь и скрывается колоссальный деструктивный аспект нынешнего «нравственного идеала». Так, современный английский исследователь Джейкоб Филд в одной из самых новейших работ, посвященных проблемам современного капитализма, указывает: «Уроки прошедшего мирового кризиса остались невыученными. Банки и сегодня выдают займы рекордными темпами – за период с 2008 года их объем превысил 60 триллионов долларов. Мировой долг втрое превышает мировой ВВП. Мир до сих пор пытается оправиться от 2008 года, но семена нового кризиса уже посеяны» [6, с. 88]. Филд отмечает термин «финансиализация», который характеризует новейшую историю капитализма. «Им обозначают процесс конвертации любых вещей в свободнообращающиеся финансовые активы, в основном в виде ценных бумаг... финансиализация не создает настоящих продуктов, а просто пытается делать деньги из денег. В долгосрочном плане она не способствует экономическому росту, а лишь обогащает финансовые институты» [6, с. 76]. Как результат – растущая социальная поляризация в глобальном сообществе и угроза страшного социального взрыва, который уже не назовешь бессмысленным, но который будет беспощадным. Отсюда стремление сверхбогатых глобальных граждан максимально отгородиться от социальной реальности. «Некоторые богачи представляют себе будущее мира таким мрачным, что уже готовят планы собственного спасения на случай социальных потрясений, вкладывая средства в строительство бункеров... Мультимиллиардер Питер Тиль потратил

миллионы долларов на подготовку убежища на черный день в Новой Зеландии» [6, с. 113].

Таким образом, можно говорить об этическом тупике современного мира, где «высшими» ценностями стали капитал и технологии, а жизнь рассматривается как потенциал для конвертации в финансовые активы и как материал для технологических манипуляций. Такой «дивный, новый мир» вызывает все меньше симпатий и порождает нравственно-экзистенциальный протест. Поэтому все больше людей выбирают путь героя Киплинга, зачастую просто из чувства экзистенциальной «тошноты». Как замечает Шпенглер: «Фаустовское мышление начинает ощущать тошноту от машин... Люди возвращаются к образу жизни более простому и близкому к ней (природе – К.С.)... Большие города становятся им ненавистны, и они стремятся вырваться из-под давящей тяжести бездушных фактов, из жестокой и холодной атмосферы технической организации... Окультизм и спиритизм, индийские философии, метафизическое любопытство под покровом христианства или язычества... сегодня обретают новую жизнь... люди бегут от цивилизации и ищут убежища в странах, где царят примитивная жизнь и условия, в странствиях, в самоубийстве» [7].

Представляется, что настало время для концептуального осмысления сложившейся, глубоко кризисной ситуации. Такое осмысление, на наш взгляд, должно происходить в рамках консервативной формы биоэтики, которую мы предлагаем трактовать как радикальную этику спасения жизни: жизни всех людей и других видов живого. Радикальная этика спасения предполагает, в свою очередь, возвращение к традиционным ценностям человечества: труду, честности, сплоченности семьи, солидарности, справедливости, дружбе, доброте, любви, готовности к самопожертвованию.

В рассказе Киплинга герой испытывает переживание единства мира. Талантливый английский писатель в художественной форме показывает, что человеческое сознание не обусловлено только индивидуальным существованием. Возникновение чувства стыда, мук совести, очевидно, способствовали тому, что человек с момента появления его, как вида, переживал свою сознательную жизнь как созерцаемую другим (другими) со стороны. Любопытно, что этимологически слова сознание и совесть весьма близки. Эту близость можно проследить и в других языках (англ. Consciousness – сознание и conscience – совесть, фр. Conscience – одно слово означает и сознание, и совесть, исп. Conciencia – также одно слово для сознания и совести). Данный анализ позволяет утверждать, что сознание изначально морально. Или, по-другому, сознание есть моральное сознание. Отказ от морали означает отказ от сознания в пользу интеллекта, вплоть

до искусственного интеллекта. Философ Дарио Соммер отмечает: «Интеллект и сознание – абсолютно разные способности. Первая – способность мозга, вторая – проявление сущности» [4, с. 88]. Исходя из этого, можно заключить, что консервативная биоэтика как радикальная этика спасения есть наука о духовно-нравственной сущности человека, отказ от которой выводит человека на путь «катастрофического прогресса» (выражение русского философа Владимира Францевича Эрна), ведущего в «постчеловеческое будущее». В таком будущем уже не будет места этосу как совместному проживанию, где минимизируются индивидуализм и агрессия. Это будет реальность нарастающего соперничества и банального равнодушия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киплинг Р. Рассказы. На англ. яз. – М.: ОАО Издательство «Радуга», 2004. – 128 с.
2. Прямыцин В.Н., Смирнов К.С., Реймер М.В. О противоречивой связи биоэтики и события (медиализации социума и социализации медицины) // Биоэтика. – 2018. – № 1 (21). – С. 15.
3. Седова Н.Н. Мысли о биоэтике. Избранные статьи и фрагменты. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2018. – 188 с.

4. Соммер Д.С. Мораль XXI века. – М.: Издательство «Кодекс», 2019. – 480 с.
5. Стрельченко В.И. Биоэтика благоразумия и аксиология безрассудства // Биоэтика. – 2019. – № 1 (23). – С. 7.
6. Филд Джейкоб. Есть ли будущее у капитализма? – М.: Ад Маргинем Пресс, 2019. – 144 с.
7. Шпенглер О. Человек и техника // Культурология. XX век. Антология. – М.: Юрист, 1995. – С. 489.

REFERENCES

1. Kipling R. Rasskazu. Na angl. Jaz. M.: OAO Izdatelstvo «Raduga», 2004. 128 s.
2. Priamizin V.N., Smirnov K.C., Rejmer M.V. O protivorechivoj svyazi bioetiki i sobitija (medicalizacii coziyma i cozializacii medicini) // Bioetica. 2018. № 1 (21). S. 15.
3. Cedova N.N. Micli o bioetike. Izbrannie ctatji I fragmenti. Volgograd: Izdatelctvo VolgGMU, 2018. 188 s.
4. Commer D.C. Moral XXI veka. M.: Izdatelctvo «Kodeks», 2019. 480 s.
5. Strelhenko V.I. Bioetika blagorazymija i akciologija bezrascyductva // Bioetica. 2019. № 1 (23). S. 7.
6. Fild D. Ect li bydyzhee y kapitalicma? M.: Ad Marginem Precc, 2019. 144 s.
7. Chpengler O. Helovek i texnika // Kyltyrologija. XX vek. Antologija. M.: Jyriect. 1995. S. 489.

УДК 241.13

БИОЭТИКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВИДЫ*

И. В. Силуянова

доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой биоэтики ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, siluan@mail.ru

Л. Е. Пищикова

доктор медицинских наук, руководитель отделения профилактической геронтопсихиатрии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, gerontpro@yandex.ru

Биоэтика определяется авторами как форма знания о допустимых границах манипулирования человеческой жизнью в диапазоне от зарождения до умирания. Проведен сравнительный анализ материалов конференции в Иерусалиме (2018) и «Справочника по биоэтике для судей» (2016), подготовленного кафедрой ЮНЕСКО по биоэтике в Хайфе, с одной стороны, и заявлениями Церковно-общественного совета по биомедицинской этике РПЦ с другой. Он доказывает, что биоэтика как вид современной медицинской этики существует и будет существовать в ближайшем будущем в консервативной и либеральной формах. Раскрытие их содержания способствует решению проблемы поиска компромиссов в конкретных ситуациях медицинской практики.

Ключевые слова: биоэтика, право, экстракорпоральное оплодотворение, аборт, смерть и умирание, консерватизм и либерализм.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-9-16

BIOETHICS: DEFINITION AND TYPES

I. V. Siluyanov

Professor, PhD, Head of the Biomedical Ethics Department, Russian National research Medical University the N.I. Pirogov, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, siluan@mail.ru

L. E. Pishchikova

Doctor of medicine, Head of the Department of Preventive Gerontopsychiatry Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology», Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, gerontpro@yandex.ru

*По материалам конференции «Bioethics, Medical Ethics & Health Law», Иерусалим, 27–29 ноября 2018 г.

Bioethics is defined by the authors as a form of knowledge about the permissible limits of manipulating human life in the range from birth to dying. A comparative analysis of the materials of the Conference in Jerusalem (2018) and the «Handbook on Bioethics for Judges» (2016) prepared by the UNESCO Department of Bioethics in Haifa, on the one hand, and Statements of the Church and Social Council on Biomedical Ethics of the Russian Orthodox Church, on the other, was conducted. It proves that bioethics as a type of modern medical ethics exists and will exist in the near future in conservative and liberal forms. Disclosure of their content contributes to solving the problem of finding compromises in specific situations of medical practice.

Key words: bioethics, law, in vitro fertilization, abortion, death and dying, conservatism and liberalism.

Традиционно профессиональная биомедицинская этика включает систему норм, ценностей и обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку.

В современной цивилизации существует ряд абсолютных моральных шкал, определяющих уровень нравственной жизни различных культур и сообществ. Для европейских народов за основу социальной жизни принят библейский Декалог (десять заповедей, данных Богом Моисею). В свою очередь, первый профессиональный этический кодекс Клятвы врача Гиппократы, документ языческой культуры, находится, тем не менее, в прямом соответствии с традиционными для Европы принципами христианской этики [1].

В настоящее время моральные нормы и традиционные ценности, способствующие правильному выбору практикующим врачом и врачом-исследователем решения и принятия ответственности за свои действия и поступки, приобретают особую значимость. Новые биомедицинские технологии создают мощные медико-биологические средства управления человеческой жизнью. Достижения медицинской науки активно внедряются в современное общество, в котором среди социальных регуляторов человеческого поведения всевозможные «права» доминируют над «ответственностью». Это проявляется в массовом производстве абортот и применении контрацепции; в блокировании признания юридического статуса эмбриона человека; в проникновении трансгуманистических идей бессмертия и генетического улучшения человека в медицинскую генетику; в контрпродуктивности искусственного оплодотворения; в несовершенстве правового регулирования трансплантации; в проблемах морально-нравственного состояния современного медицинского студенчества и сообщества; в актуализации проблем отношения к эвтаназии и старости [3]. Все перечисленное – это проблемное поле биоэтики, современной формы профессиональной медицинской этики. Биоэтика – это форма знания о допустимых границах манипулирования человеческой жизнью, диапазон возможностей которого сегодня касается практически всех ее стадий – от зарождения до умирания. Содержание биоэтики формирует обоснование и раскрытие практического значения ее основных принципов, к которым согласно «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (UNESCO, 2005) относятся:

• Принцип человеческого достоинства и прав человека.

- Принцип соотношения блага и вреда.
- Принцип самостоятельности и индивидуальной ответственности.
- Принцип согласия.
- Принцип согласия для лиц, не обладающих правоспособностью давать согласие.
- Принцип признания уязвимости человека и уважения неприкосновенности личности.
- Принцип неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности.
- Принцип равенства, справедливости и равноправия.
- Принцип недопущения дискриминации и стигматизации.
- Принцип уважения культурного разнообразия и плюрализма.
- Принцип солидарности и сотрудничества.
- Принцип социальной ответственности и здоровья.
- Принцип совместного использования благ.
- Принцип защиты будущих поколений.
- Принцип защиты окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

Конференция «Bioethics, Medical Ethics & Health Law». С 27 по 29 ноября 2018 г. в Иерусалиме прошла 13-я Международная конференция «Биоэтика, медицинская этика и законодательство в здравоохранении», которая была организована кафедрой Юнеско по биоэтике в Хайфе (UNESCO Chair in Bioethics), в настоящее время имеющей около 200 представительств в академических институтах более чем в 75 странах мира на пяти континентах.

Конференция преследовала две основные цели: образовательную и юридическую. Образовательная цель касалась студентов, пациентов, опекунов и общественности в целом. Правовая была направлена на перевод и передачу теории и языка этики законодательству и судебной системе [5].

Участники конференции убедились, что биоэтика как современная форма медицинской этики в настоящее время существует и реализуется в консервативной и либеральной формах, которые по-разному решают многие вопросы, что и было продемонстрировано в представленных докладах. С одной стороны, декларируются пятнадцать этических принципов, содержащихся во Всеобщей декларации по биоэтике и правам человека ЮНЕСКО [6], но, с другой стороны, допускается их свободная трактовка.

Это касалось вопросов этического образования; медицинских исследований; медицинского права и прав человека; правосудия; достойного и недискриминационного здравоохранения; этических комитетов по клиническим испытаниям; генетики; репродукции; пренатального тестирования, суррогатного материнства; информированного согласия; психиатрии и психологии; трансплантации органов; этики религиозного врача; этических дилемм ухода.

Особую полемику вызвали доклады об этических аспектах геномного тестирования, редактирования генов, выбора пола плода и его защиты, дородовых решений о реанимации, замораживания яйцеклеток, криоконсервирования биологических материалов больных раком подростков, а также об этических проблемах «дизайнерских детей».

Несколько секционных заседаний было посвящено этическим аспектам конца жизни: принятию решений в конце жизни; эвтаназии; ассистированному самоубийству; паллиативной и хосписной помощи; этическим вопросам клинических испытаний на пожилых людях; отказу от лечения онкологическим больным; духовному перерождению в конце жизни.

В тематическом направлении «психиатрия, психология и медицинская этика» обсуждались этические вопросы: нейроэтики и когнитивного улучшения человека; оказания психологической помощи в суде; споров о попечительстве над детьми при разводе родителей; отказа родителей от лечения детской депрессии; психиатрической паллиативной помощи пациентам с серьезными психическими заболеваниями; прижизненных волеизъявлений; последних стадий болезней Альцгеймера и Паркинсона; автономности принятия решений, в том числе пациентами с шизофренией; судебно-психиатрической экспертизы [7].

Резюмируя сказанное, для консервативной позиции, представленной в докладах, было характерно негативное отношение к аборту, к эвтаназии, к экспериментам на человеческих эмбрионах, к репродуктивному и терапевтическому клонированию, к использованию эмбриональных стволовых клеток. Позиция либеральной этики заключалась в признании права на эти вмешательства.

Биоэтика в двух «ипостасях». Однако не только содержание 13-й Международной конференции «Биоэтика, медицинская этика и законодательство в здравоохранении», но и ряд конкретных изданий свидетельствуют о существовании двух «ипостасей» или форм современного биоэтического знания. Конкретным примером либеральной формы биоэтики является «Справочник по биоэтике для судей», изданный кафедрой Юнеско по биоэтике в Хайфе [6], авторы которого указывают, что моральные представления универсальны, но нравственные ситуации и правовые решения могут различаться. В «Справочнике по биоэтике для судей»

отражена позиция авторов по основным биоэтическим вопросам: отношения к умиранию и смерти, прекращению жизнеобеспечения, искусственному питанию и гидратации, лечению в конце жизни, к абортам и ЭКО, правам генетического материала, правам психически больных на самоубийство, эвтаназию и прочее.

Содержание справочника демонстрирует возможность разных подходов к интерпретации основных биоэтических принципов и выявляет принципиальные различия в содержании консервативного и либерального подходов в решении проблем биоэтики [4].

Отношение к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО)

В справочнике анализируется «Дело из Коста-Рики. Право на экстракорпоральное оплодотворение, 2012 г.». Бесплодная молодая женщина хочет использовать ЭКО для того, чтобы стать матерью. Однако ЭКО не разрешено в Коста-Рике. Межамериканская комиссия по правам человека выдвинула иск против Коста-Рики от имени женщины, утверждая, что этот запрет представляет собой произвольное вмешательство в право на частную жизнь человека и его право на семью. Запрет также нарушает право на равенство лиц, желающих пройти лечение, которым государство отказало в доступе к лечению, позволившему им преодолеть бы свои биологические недостатки и неспособность иметь биологических детей.

Обсуждение позиций. С одной стороны, в ходе ЭКО создаются эмбрионы, некоторым из которых неизбежно суждено умереть или быть использованными для экспериментов, которые могут считаться морально предосудительным. Таким образом, практика ЭКО ущемляет право на жизнь и достоинство человека. С другой стороны, женщина имеет право на личную жизнь, семью и счастье, в том числе на равный доступ к лечению, которое может позволить ей стать матерью. Государство не должно ограничивать эти права.

Суд отметил, что решение иметь собственных биологических детей с помощью вспомогательных репродуктивных технологий является составной частью права на личную неприкосновенность и права на семью, и пришел к выводу, что Конституционная палата Коста-Рики не учла эти права при запрете ЭКО. Принимая определение бесплодия как болезни (ВОЗ), суд также постановил, что запрет на ЭКО является дискриминацией инвалидов, что также определяется финансовыми трудностями и расходами, связанными с их путешествиями за пределы Коста-Рики, чтобы получить доступ к этим службам. Суд постановил, что такой запрет имеет пагубные последствия для женщин. Наконец, суд учел различие между оплодотворением и имплантацией эмбриона и постановил, что только после завершения имплантации можно говорить

о зачатии. По мнению суда, имплантированным эмбрионам должен быть предоставлен статус человека со всеми правами человека, в частности, правом на жизнь.

Биоэтическая позиция авторов справочника. Дело связано с вопросом о том, когда начинается жизнь человека, когда человек становится «человеком», получая собственные права, включая право на жизнь и достоинство. Вместе с интересами и правами имплантированных эмбрионов необходимо учитывать права (и обязанности) их родителей. Права родителей должны иметь самую высокую значимость и преобладать над любыми другими интересами.

Для выявления различия в содержании консервативного и либерального подходов к проблеме приведем **заявление Церковно-общественного совета по биомедицинской этике РПЦ (2010 г.) «Христианское отношение к экстракорпоральному оплодотворению»:**

«Церковно-общественный совет по биомедицинской этике Русской православной церкви выражает озабоченность по поводу массового распространения и увеличения бюджетного финансирования применения метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в России.

Согласно основам социальной концепции, принятой на архиерейском соборе Русской православной церкви в 2000 г., заготовление, консервация и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов при применении ЭКО являются нравственно недопустимыми действиями (п. XII.4).

Основания такой оценки распространяются и на так называемый «мягкий» вариант ЭКО, когда в лабораторных условиях формируется ограниченное число эмбрионов (например, два-три) с последующей пересадкой их всех в полость матки женщины, готовой вынашивать в том числе и многоплодную беременность, если таковая возникнет.

Позиция Церковно-общественного совета по биомедицинской этике определяется, во-первых, отношением к самой процедуре искусственного зачатия, происходящего вне супружеской близости. Господь не случайно неоднократно обращается к человеку: «... Я образовал тебя во чреве...» (Иер. 1:5). И человек признает Бога, как Того, Кто «... создал меня во чреве, образовал... в утробе...» (Иов 31:15). Появление новой жизни не просто биологический механизм, а важнейшая сторона духовной, душевной и социальной жизни человека. Ребенок имеет право на то, чтобы его жизнь была плодом супружеской любви его родителей.

Во-вторых, применение ЭКО следует признать нравственно недопустимым, поскольку этот метод создает риск гибели эмбриона(ов). Врачи и родители при ЭКО осознанно, активно участвуют в создании новой жизни человека, соприкасаются с ней и поэтому не могут не нести ответственности за ее дальнейшую судьбу.

Нравственную ответственность участников ЭКО за возможную гибель человеческих эмбрионов нельзя отменить ссылкой на гибель эмбрионов при естественном зачатии. При естественном зачатии происходит то, что от человека не зависит и чего он не знает. При ЭКО же гибель человеческих эмбрионов допускается изначально. Подсаживание в организм женщины двух-трех эмбрионов предполагает, что часть из них погибнет. Даже если допустить, что развитие вспомогательных репродуктивных технологий повысит вероятность прикрепления эмбриона к стенке матки до 99 %, то и тогда нельзя будет признать за кем-либо морального права рисковать даже при 1%-й вероятности гибели эмбриона.

В-третьих, результаты многочисленных исследований ведущих педиатров мира, в том числе и отечественных, свидетельствуют, что дети, рожденные с применением ЭКО, имеют существенно большее количество патологий, чем дети, рожденные естественным путем. Безответственная реализация «репродуктивных прав» оборачивается, как правило, появлением больных детей (75 % от общего числа зачатых «в пробирке»), что является еще одним доводом нравственной неприемлемости применения ЭКО (в том числе и ИКСИ – инъекции сперматозоида в яйцеклетку). На основании всего перечисленного использование ЭКО во всех его вариациях с христианской точки зрения является грехом.

Церковно-общественный совет признает, что бесплодие семьи может тяжело переживаться супругами. Но ведь бесчадие в новозаветное время, в отличие от ветхозаветного, не считается ни позором, ни бесчестием. Цель, какая бы благородная она ни была, не должна достигаться с помощью аморальных средств. Полноценную родительскую радость может принести не только биологическое, но и социальное (усыновление сирот) отцовство и материнство, издавна благославляемое церковью и глубоко почитаемое в нашем обществе» [4].

Отношение к аборту

«Дело из Польши. Право на аборт, 2008 г.»
Женщина с 18-недельным сроком беременности прошла УЗИ и была проинформирована, что у плода нельзя исключить генетическое заболевание. Женщина выразила желание сделать аборт, если подозрение подтвердится. После нескольких сканирований, подтверждающих диагноз, и консультации с генетиком, женщина обратилась за направлением на аборт. Врач отклонил ее просьбу в связи с тем, что, по его мнению, состояние плода не соответствует показаниям для аборта. Но женщина и ее муж требовали прекращения беременности. Врач оставил это решение на рассмотрение комиссии. Женщина и ее муж обратились в государственную больницу, чтобы пройти генетическое тестирование

и сделать аборт, если это необходимо. Амниоцентез, выполненный на 23-й неделе беременности, подтвердил генетическое заболевание плода. Тем не менее больница отказала на том основании, что плод был жизнеспособным, а закон в стране разрешает аборт только до 22-й недели беременности и только тогда, когда беременность ставит под угрозу здоровье или жизнь матери или когда есть признаки того, что плод существенно или необратимо поврежден или страдает тяжелым заболеванием. Через несколько недель женщина родила девочку с синдром Тернера. Женщина и ее муж подали иск против лечащего врача за задержку проведения генетического тестирования и лишение ее возможности своевременного аборта. Областной суд отклонил иск женщины, постановив, что ее права не были нарушены.

Обсуждение позиций. Решения, касающиеся беременности, являются наиболее интимными и частными и их должна принимать беременная женщина, а не государство или врачи. Кроме того, беременная женщина выразила законное желание прервать беременность в момент, когда такое прерывание было законным. С другой стороны, к 23-й неделе беременности плод является личностью и имеет самостоятельное право на жизнь по законам страны проживания пациента. Кроме того, выполнение пожелания женщины об аборте посылает обществу сигнал, что люди, страдающие от генетических заболеваний, не достойны жизни, что может укрепить дискриминационные тенденции в отношении людей с инвалидностью. В дополнение к сказанному, беременность не угрожает жизни матери, и тяжесть генетической болезни ребенка была не известна на момент принятия решения.

Биоэтическая позиция авторов справочника. Право женщины прерывать или продолжать беременность по медицинским или социальным причинам является одним из самых интимных и частных прав, защищающих ее автономию и достоинство. Государство может быть заинтересовано в защите жизни плода по религиозным конвенциям. С одной стороны, можно утверждать, что для полного уважения права взрослого человека на автономию право на продолжение или прекращение беременности не должно зависеть от стадии беременности или общественных ценностей. Так же, как женщины не должны быть вынужденными выносить плод, которого они не желают. С другой стороны, свобода личности может быть ограничена общественными нормами и ценностями наряду с интересами и правами других лиц, особенно тех, кто не может себя защитить. Заинтересованность государства в защите жизни плода в определенном возрасте может служить примером компромисса.

Авторы справочника высказывают либеральную позицию, аргументируют необходимость компромисса между разными позициями.

Примером однозначно консервативной формы биоэтики является заявление **Церковно-общественного совета по биомедицинской этике РПЦ «О христианском отношении к общенациональному финансированию абортов» (2016).**

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике Московской патриархии Русской православной церкви выражает озабоченность по поводу общенационального финансирования искусственного прерывания беременности в России.

Согласно социальной концепции Русской православной церкви, принятой на архиерейском соборе Русской православной церкви в 2000 году, «с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно». Помимо этого, аборт представляет собой серьезную угрозу физическому и душевному здоровью женщины. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерожденные дети» (п. XII.2). Тем не менее, Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в понятии «страховой случай» уравнивает заболевания, травмы, профилактические мероприятия и «иное состояние здоровья застрахованного лица», к коим относится прерывание беременности здоровой женщиной по ее желанию. Финансирование искусственного прерывания беременности на фоне того, что многим тяжело больным, в том числе и детям, отказывают в оплате лечения даже по жизненным показаниям, ссылаясь на нехватку денег, особенно цинично!

Церковно-общественный совет полагает, что необходимо исключить процедуру абортов из страховых случаев обязательного медицинского страхования, при наступлении которых застрахованному лицу предоставляется страховое (бесплатное) обеспечение по следующим основаниям.

Во-первых, в силу того, что действующая практика принуждает граждан, не согласных с практикой многомиллионного уничтожения детей в России, к оплате преступных действий не только без их согласия, но и вопреки их несогласию.

Во-вторых, в ситуации конфликта интересов между женщиной, желающей сделать аборт, и гражданами, не согласными финансировать данные преступные действия, необходимо соблюдать интересы живого и уже живущего, но не рожденного ребенка.

В-третьих, недопустимо положение, когда государство, катастрофически быстро теряющее население, само финансирует и, таким образом, стимулирует рост этих потерь. Церковно-общественный совет по биомедицинской этике считает, что правительство и депутаты Государственной думы должны изменить ситуацию в стране, принять соответствующие поправки в действующее законодательство и вывести искусственное прерывание беременности

по желанию женщины из системы обязательного медицинского страхования [4].

Отношение к умиранию и смерти

«Дело из Великобритании. Достоинство умирания и смерти, 2002 г.»

Парализованная пациентка страдает от неизлечимого прогрессирующего нейродегенеративного заболевания. У нее практически отсутствует речь, питание подается через трубку. Ожидаемая продолжительность жизни измеряется в неделях или месяцах. Она напугана перспективой страданий, которые ей предстоит вытерпеть, и хочет иметь возможность контролировать, как и когда умрет. Адвокат пациентки попросил генерального прокурора не привлекать к уголовной ответственности ее мужа, который поможет ей совершить самоубийство в соответствии с ее желанием. Генеральный прокурор отверг прошение мужа.

Обсуждение позиций. Муж должен выполнить пожелания своей любимой жены, так как он единственный, кто может помочь ей умереть с достоинством. Кроме того, муж продемонстрировал свое уважение к государству и его законам, стремясь получить юридическое разрешение на проведение действий, которые он морально поддерживает.

Суд поддержал отказ в удовлетворении ходатайства мужа и указал, что суть Конвенции о защите прав человека – это уважение человеческого достоинства и свободы. Право не страдать от бесчеловечного или унижающего достоинство обращения следует рассматривать в контексте права на жизнь, что не наделяет человека правом требовать от государства способствовать смерти. С другой стороны, государство заинтересовано в защите жизни и никто не имеет право лишить жизни другого человека.

Биоэтическая позиция авторов справочника. Отказ генерального прокурора предоставить иммунитет от уголовного преследования и запрет на оказание помощи при самоубийстве может способствовать бесчеловечному и унижающему достоинство положению, не обеспечивая тем самым защиту пациента (особенно на терминальных стадиях заболевания) от страданий. В статье 3 декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека говорится, что «основные свободы и права должны соблюдаться в полной мере». Мы можем сказать, что жизнь – это право, а не обязанность. Вторая часть статьи гласит: «интересы и благополучие отдельного человека должны иметь приоритет над интересами науки или общества». Каковы интересы общества в данном случае? Предположим, что терминальный пациент занимает кровать, которая может использоваться кем-то с лучшим прогнозом при нехватке больничных ресурсов. В этом случае сохранение жизни пациента, находящегося на терминальной стадии заболевания против его воли, губительно для обоих пациентов: в первом случае оно лишает умирающего пациента права умереть

с достоинством, во втором – иметь шанс полностью восстановиться и наслаждаться полноценной жизнью. Рассматривая этот вопрос с другой точки зрения, мы должны помнить о целостном определении «качества жизни» в уставе Всемирной организации здравоохранения. ВОЗ определяет «качество жизни» как индивидуальное восприятие жизни в контексте культуры и системы ценностей, в отношении целей, ожиданий, стандартов и проблем. Это понятие комплексно включает физическое здоровье человека, психологическое состояние, уровень самостоятельности, социальные отношения, личные убеждения, связь с социумом. В данном случае муж считает, что жизнь его жены не отвечает критериям, предусмотренным этим определением.

«Дело из Южной Кореи. Прекращение жизнеобеспечения, 2009 г.»

С просьбой о прекращении жизнеобеспечения обратилась семья пациентки, находящейся без сознания, у которой диагностирован отек мозга, снижение церебральных функций, невозможность самостоятельно поддерживать дыхание. Семья считает, что пациентка хотела бы, чтобы ее жизнеобеспечение было прекращено, так как когда-то во время просмотра телепередачи она сказала, что хочет уйти, не становясь бременем для других. Лечащий врач пациентки придерживался мнения, что у нее нет смерти мозга, но она находится в вегетативном состоянии и имеет менее 5 % возможности восстановления сознания. Другие врачи считали, что у нее отмечалась смерть мозга и не было шансов на выздоровление.

Обсуждение позиций. Возможные варианты аргументации заключаются в том, что семья лучше понимает интересы пациентки, ее пожелания и чувства, которые больше, чем просто искусственное поддержание жизни, и которые должны быть рассмотрены в процессе принятия решений. Предпочтение следует отдавать праву пациентки на уважение, сохранение достоинства и автономии. Выполняя запрос семьи, государство также экономит ресурсы, которые в противном случае могли быть потрачены впустую. С другой стороны, пожелания пациентки и ее семьи, относящиеся к медикаментозному лечению, должны подвергаться медицинской оценке относительно возможных рисков и преимуществ такого лечения. Кроме этого, нет уверенности в пожеланиях пациентки относительно ее смерти до аварии, поэтому прекращение ее жизнеобеспечения может не соответствовать ее желаниям. Выполнение пожелания семьи требует медицинского вмешательства, которое может быть расценено как убийство человека и нарушение клятвы Гиппократова, ее заповеди «не навреди», что является нарушением биоэтического императива.

Суд постановил, что там, где нет перспектив восстановления сознания, необратимый процесс смерти уже начался. Если жизнеподдерживающее

лечение, бесполезное с медицинской точки зрения вторжение в организм, навязывается пациентке, ее человеческое достоинство и ценности могут быть скомпрометированы. В такой ситуации защита достоинства пациентки и ее прав человека соответствует социальным нормам и не нарушает дух Конституции.

Биоэтическая позиция авторов справочника.

В этом случае, с одной стороны, плохой медицинский прогноз помогает суду принять запрос семьи, который защищает и интересы пациентки, и общественные интересы, касающиеся государственных ресурсов. В такой ситуации защита достоинства пациентки и ее прав достигается путем уважения решения пациентки встретиться лицом к лицу со смертью.

В качестве примера консервативной позиции представляем аргументацию заявления **Церковно-общественного совета по биомедицинской этике «О современных тенденциях легализации эвтаназии в России».**

«Возникновение проблемы эвтаназии в нашем обществе непосредственно связано с «мировоззренческим плюрализмом», признающим существование различных типов ценностных ориентаций, включая позицию, допускающую убийство и «право человека на смерть». По мнению сторонников легализации эвтаназии, это «право» должно быть защищено законом и включать соответствующее организационное обеспечение, используя возможности современной фармакологии и социального института здравоохранения.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике считает необходимым в связи с этим заявить следующее.

Признавая ценность жизни каждого человека, его свободу и достоинство как уникальные свойства личности, созданной по образу и подобию Божию, православные священнослужители, ученые, врачи считают недопустимым реализацию любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению больных и старых людей, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе пациента), либо сочетание того и другого. Совет выступает против эвтаназии в любой форме, поскольку ее применение неизбежно приведет:

- а) к криминализации медицины и к потере социального доверия к институту здравоохранения;
- б) к поруганию бесценного дара человеческой жизни;
- в) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга;
- г) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т. п.;

д) к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убий».

Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти может быть обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Нельзя забывать и об особенностях человеческой личности, до последней минуты жизни обладающей свободой выбора и правом на изменение решения.

В свете этих факторов Совет считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных проектов, пытающихся юридически оформить возможность ее применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины».

Заключение

Сравнительный анализ материалов конференции в Иерусалиме (2018) и «Справочника по биоэтике для судей» (2016), подготовленного кафедрой ЮНЕСКО по биоэтике в Хайфе, с одной стороны, и заявлениями Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, с другой, свидетельствует, что биоэтика как современная форма медицинской этики существует и будет существовать в ближайшем будущем в консервативной и либеральной формах. Консервативная и либеральная биоэтика по-разному решают вопрос о реализации принципа уважения человеческого достоинства.

Консервативная биоэтика находит свои основания и свое выражение в традиционных принципах медицинской этики, а либеральная, как правило, выходит из традиции, предлагая новые регуляторы решения спорных ситуаций медицинской практики.

В связи с этим вполне реален прогноз, что будущее биоэтической формы знания будет связано с диалогом, конфронтацией и поиском компромиссов между консервативными и либеральными формами биоэтики, что требует привлечения внимания к этим проблемам научного сообщества и консолидации усилий общества для разрешения спорных вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова И.В. Биомедицинская этика. Учебник и практикум для академического бакалавриата. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 312 с.
2. Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Изд-во КноРус, 2016. – С. 210.
3. Силуянова И.В., Пищикова Л.Е. Этические проблемы отношения к старости в здравоохранении // Независимый психиатрический журнал. – 2018. – № 3. – С. 24–30.
4. Православие и проблемы биоэтики. Сборник работ. – М., 2017. – 504 с.

5. 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law, Jerusalem on November 27–29. – <https://ethics-2018.isas.co.il>

6. Casebook on Bioethics for Judges. UNESCO Chair in Bioethics (Haifa), 2016. – 132 p. – <http://www.unesco-chair-bioethics.org>

7. UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference «Bioethics, Medical Ethics & Health Law». Program and book of abstracts. – 123 p. – <https://ethics-2018.isas.co.il>

REFERENCES

1. Siluyanov I.V. Biomeditsinskaya etika. Uchebnik i praktikum dlya akademicheskogo bakalavriata. M.: Izdatel'stvo Yurayt, 2016. 312 s.

2. Sedova N.N. Bioetika. Uchebnik dlya studentov meditsinskih vuzov. M.: Izd-vo KnoRus, 2016. S. 210.

3. Siluyanov I.V., Pishchikova L.Ye. Eticheskiye problemy otnosheniya k starosti v zdavookhraneni // Nezavisimyy psikhiatricheskyy zhurnal. 2018. № 3. S. 24–30.

4. Pravoslaviye i problemy bioetiki. Sbornik rabot. M.: 2017. 504 s.

5. 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law, Jerusalem on November 27–29. <https://ethics-2018.isas.co.il>

6. Casebook on Bioethics for Judges. UNESCO Chair in Bioethics (Haifa), 2016. 132 p. <http://www.unesco-chair-bioethics.org>

7. UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference «Bioethics, Medical Ethics & Health Law». Program and book of abstracts. 123 p. <https://ethics-2018.isas.co.il>

УДК 140

СТРАТЕГИЯ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЕ: ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

И. С. Селезнев

магистр философии, старший преподаватель кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, seleznev-is@mail.ru

В статье рассматривается процесс конструирования идентичности в современной культуре. В результате кейс-анализа автор концептуализирует современную стратегию конструирования идентичности как индивидуализацию идентичности. Выявляются мировоззренческие основания названной стратегии. Предлагается различить две парадигмы идентичности по основанию функции социальной репрезентации: Я-как-образ и Я-как-символ. Автор связывает тенденцию индивидуализации и делегитимации социальных институтов в современной культуре с процессом перехода от символически ориентированного типа сознания к типу сознания, ориентированного на образное восприятие.

Ключевые слова: идентичность, самосознание, индивидуализация, другой, образ, символ.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-16-21

THE STRATEGY OF INDIVIDUALIZATION OF IDENTITY IN MODERN CULTURE: PHILOSOPHICAL ANALYSIS

I. S. Seleznev

Master of Philosophy, Senior Lecturer of Philosophy, Bioethics and Law Department, Volgograd State Medical University, seleznev-is@mail.ru

The article considers the process of identity constructing in modern culture. As a result of the case analysis, the author conceptualizes the modern identity construction strategy as an individualization of identity. The worldview foundations of this strategy are revealed. It is proposed to distinguish two paradigms of identity on the basis of the function of social representation: I-as-image and I-as-symbol. The author connects the tendency of individualization and delegitimation of social institutions in modern culture with the process of transition from a symbolically oriented type of consciousness to a type of consciousness focused on figurative perception.

Key words: identity, self-awareness, individualization, other, image, symbol.

Традиционная культура не знает феномена идентичности. В древнем индийском эпосе «Махабхарата» описывается случай, когда пятеро братьев пришли сообщить своей матери о том, что один из них женится [9]. Они заходят в покои своей матери, которая в это время совершает священный обряд с закрытыми глазами. Братья сообщают, что пришли с большой добычей. Их мать, не зная, о чем идет речь, отвечает: «Наслаждайтесь ею совместно». После этого сыновья, не в силах противиться словам матери, все пятеро заключают брак с одной

женщиной. Мать, узнав, что произошло, осуждает себя за сказанное, сыновья не желают этого противозаконного брака, однако все подчиняются приказу матери. Как объяснить этот сюжет?

Речь мыслится традиционным сознанием как магический акт. Мишель Фуко в своей работе «Слова и вещи» показывает, что культура Ренессанса еще наследует архаическое представление о том, что имена связаны с вещами, которые они обозначают, субстанционально. Отсюда – возможность магии, то есть вмешательства в естественный ход вещей

посредством слова [8, с. 306]. По всей видимости, когда мать говорит своим сыновьям «поделить добычу поровну», для магического сознания это значит, что она- таки делит «добычу» и никто уже не в силах отменить это событие. Ее слова, сказанные от лица матери к сыновьям, обладают магической, преобразующей реальность силой. Слова здесь контролируют человека, поэтому даже сама мать, автор приказа, после его произнесения уже не может аннулировать собственную речь.

Тем более, человек в архаической картине мира не обладает властью выбирать или изменять свое имя. Немецко-американский мыслитель Ойген Розеншток-Хюсси, исследовавший феномен власти языка, приводит в одной из своих работ такой случай: «английский художник, посетивший Новую Зеландию, нарисовал много портретов туземцев, и среди них был один портрет старого вождя, лицо которого было покрыто спиралевидной татуировкой, что было типично для его положения. Художник показал свою картину модели и ожидал горячего одобрения. Старик посмотрел на портрет, а затем отверг его со словами: «Это не то, что я собой представляю». Тогда художник попросил вождя, чтобы тот сам нарисовал свой портрет. Когда вождь вручил белому человеку рисунок со словами: «Вот что я собой представляю», тот увидел не что иное, как татуировку вождя, которая указывала на его положение в племени. Нет никакого смысла смеяться над иллюзией вождя, поскольку это не иллюзия, а основной закон его клана. Лишь он позволяет вождю быть вождем и вести себя соответствующим образом» [7, с. 88].

До тех пор пока человек магически контролируется своим именем, феномену идентичности нет места, как и различению Я как субъекта идентификации и Я как объекта идентификации. Архаическое Я монолитно, но условием возможности идентичности является расколотость самосознания, несовпадение человека с самим собой. Появление идентичности совпадает с появлением субъекта идентификации. Прежде чем человек как субъект идентификации возник в светской европейской культуре Нового времени, античная культура создала его мифологический прототип в лице Одиссея. В «Одиссее» Гомера описывается сюжет о том, как Одиссей обманул циклопа Полифема, представившись именем «никто» [7, с. 504]. В этот момент Одиссей выступил как субъект идентификации, свободно выбрав себе имя, а значит позицию в отношениях с другим. Этот герой, прославленный у Гомера как хитроумный, является прототипом просвещенного европейца эпохи Нового времени в том смысле, что Одиссею удалось освободить сознание от магической власти своего имени. Только тот, кто является субъектом идентификации, может нуждаться в идентичности, то есть в формировании целостного Я из нецелостного.

Наличие двух частей Я и способность культуры и индивида связывать их между собой в целое – таковы предпосылки существования феномена идентичности. Идентичность и даже только самосознание формируются в опыте социальных отношений. Для формирования самосознания нужен другой, на основании поведения которого индивид создает в своем сознании представление об отношении другого к нему. Однако для возникновения идентичности требуется также встроенность индивида в сеть социальных значений, то есть социальных имен.

В самом деле, человек получает при рождении сразу два имени – индивидуальное и социальное. Например, «Мария» и «дочь» или «Глеб» и «сын». Социальное имя включает индивида в социальные отношения, а индивидуальное маркирует его приватное поле. Позиция сына, сестры или воспитанника детского дома дает индивиду место в микро-социальном пространстве малой группы. Включаясь в структуру общества через свое социальное имя, индивид получает возможность выработать в своем сознании обобщенного другого.

Однако персональное Я, закрепленное индивидуальным именем человека, также необходимо для формирования идентичности. В самом деле, только в том случае, если индивид отличает себя от своего социального положения, может идти речь об идентификации и идентичности. Для того, чтобы такая ситуация возникла, должны были сложиться определенные социокультурные условия, а именно приватная жизнь, отличная от социальной.

Приватная сфера возникла в европейской культуре не ранее XII века, согласно исследованиям французских историков. В Средневековой Европе вплоть до XII века появление человека в публичном месте в одиночку считалось проявлением крайне девиантного поведения и могло быть истолковано как симптом помешательства [4, с. 662]. Идея и практика приватной сферы зародились в христианской монашеской среде и рыцарском сообществе. В монашестве приватность мыслилась как условие духовного совершенствования, ухода от мира сего, в том числе и от церковного общества. В рыцарской среде приватность связывалась, прежде всего, с опытом тайной влюбленности, табуированной обществу. Так или иначе, с XII века в европейскую культуру проникает приватное пространство и рождается индивид, а вместе с ним условия для появления индивидуального аспекта идентичности.

Тенденции современной культуры, может быть, ни в чем не проявляются с той же отчетливостью, как в процессах трансформации идентичности. Чтобы проследить логику этих процессов, необходимо провести кейс-анализ. В декабре 1936 года в Великобритании произошло весьма симптоматичное событие для рассматриваемой темы.

Король Соединенного Королевства Эдуард VIII 10 декабря 1936 года подписал акт отречения

от престола. Официальной причиной отречения называлось желание короля вступить в брак с дважды разведенной на тот момент гражданкой США Уолис Симпсон, что по законам Великобритании было невозможно сделать в статусе короля и главы Англиканской церкви. По словам историка Г. С. Остапенко, «он выглядел как беззаботный школьник перед очередными каникулами, а его спальное ложе в несколько слоев было покрыто телеграммами от губернаторов, премьер-министров, членов кабинета, мэров городов и простых людей со всех частей Содружества. Их содержание сводилось к следующему: «Ради бога не отрекайтесь, не бросайте на произвол судьбы Содружество!»». Отречение подорвало престиж королевского дома как образцовой семьи нации. Были поставлены под вопрос и традиционные отношения монарха с церковью Англии» [5, с. 170]. Какое отношение это событие имеет к конструированию идентичности?

Эдуард VIII продемонстрировал здесь определенную стратегию конструирования идентичности, которая может заключаться не только в приращении статусов, имен или хабитуализаций, но и в отказе от них. Публично заявив о том, что отречение от престола обусловлено интересами его приватной жизни, Эдуард VIII обозначил соотношение сил между двумя уровнями идентичности, а именно – макросоциальным и микросоциальным. В сущности, отречение от престола для идентичности Эдуарда VIII означало отказ от макросоциальной идентичности и сужение последней до микросоциальной сферы. Это не означает, что жизненный мир отрекшегося короля теперь ограничился пространством его дома – известно, что Эдуард неоднократно и публично встречался с Гитлером, а после переезда в США вел активную социальную жизнь. Однако репрезентирующая функция его идентичности отныне утратила макросоциальный аспект. Приоритет был отдан приватной сфере. Тот факт, что Эдуард и после своего отречения пользовался популярностью у населения Англии, и то, что по мотивам этих событий было снято множество кинолент, подтверждает, что образ этого события имел значимость в коллективном сознании западно-европейской культуры XX века.

Каковы причины отказа от макросоциальной идентичности? Для того чтобы ответить на этот вопрос, необходимо выяснить – что значит для индивида иметь макросоциальную идентичность? В самом деле, субъект отказа от макросоциальной идентичности в приведенном примере – это индивид, носитель идентичности, но не общество. Это значит, что причины этого акта следует искать в сознании индивида. Иметь макросоциальную идентичность значит репрезентировать большую референтную группу (то есть виртуальную, не сводимую к сумме конкретных представителей, а выражающуюся в идее сообщества). Для короля

виртуальная группа, которую он представляет, – это весь народ.

Макросоциальная идентичность базируется на установке о том, что отдельный человек может репрезентировать группу, к которой он принадлежит. Отказ от макросоциальной идентичности – это отказ от репрезентации большой группы. Вопрос о причинах отказа от макросоциальной идентичности, таким образом, может быть переформулирован в вопрос о причинах отказа от репрезентации большой группы. Для того чтобы ответить на поставленный вопрос, необходимо проанализировать тенденцию сужения идентичности в полной мере – от отказа от макросоциальной идентичности до попытки отказа и от микросоциальной идентичности и, наконец, от ее социального компонента *per se*. Речь идет об очевидной тенденции индивидуализации современной европейской культуры в целом и идентичности в частности. В социологии неоднократно описывалось и анализировалось это явление, однако интерес для философского анализа представляет здесь вопрос о том, какие изменения сознания и самосознания стоят за этой тенденцией.

Стратегия конструирования идентичности короля Эдуарда VIII родом из XX столетия, однако в XXI веке эта стратегия развивается и углубляется. В 2019 году на Берлинском кинофестивале был показан фильм «В поисках Евы», повествующий о невымышленной жизни Евы Колле. В журналистских статьях и интервью с режиссером фильма Еву называют «гражданкой мира, квир, феминисткой, секс-работницей, поэтом и звездой Инстаграма» [6]. Сама Ева никак себя не определяет, так как отрицает любые формы идентичности. Ева Колле родилась и выросла в небольшом итальянском городке, затем переехала в Берлин. Там она начала вести блог и стала секс-работницей, фильм снят как наблюдение за ее реальной жизнью.

В фильме один знакомый массажист Евы спрашивает ее насчет секс-услуг: «Как ты можешь этим заниматься? Ты же такая умная». На что она отвечает: «Ты был массажистом, то есть оказывал услуги, используя свои руки. Почему моя вагина гораздо более священна и табуирована? В чем конкретно разница?». Режиссер фильма Пиа Хелленталь, отвечая на вопросы журналистов о процессе создания картины, заметила следующее: «речь не шла о том, чтобы узнать, кто она – настоящая Ева Колле. В жизни она такая же, как и в фильме, – неуловимая. В частности, потому что она не соответствует чужим ожиданиям. И ее тяжело заключить в какие-то рамки, потому что в ней совершенно нет стыда, для нее не бывает ничего чересчур личного. Мне кажется, часто мы можем кого-то почувствовать и понять именно тогда, когда застаем его в момент стыда. Но если стыда нет, то, скажем, разговор про секс

имеет равный вес с процессом намазывания масла на хлеб» [6].

Нетрудно заметить, что основной мотив приведенных выше высказываний – отказ от значений, имеющих социальное происхождение. В первом случае Ева заявляет о гомогенности ее телесности, отвергая закрепленное в культуре представление об этической гетерогенности тела. Режиссер фильма говорит о неуловимости Евы, то есть о неопределимости ее идентичности. Ева отказывается от любых социальных имен, которые могли бы стать формой бытия ее идентичности. В конце концов, она меняет и свое индивидуальное имя: теперь Ева идентифицирует себя как Адам [6]. Какова сущность стратегии идентификации Евы?

Если король Эдуард VIII в акте отречения от престола совершил демонтаж своей макросоциальной идентичности, Ева Колле идет дальше: ее проект предполагает отказ не только от макросоциального, но и микросоциального – социального вообще – компонента идентичности. Тот факт, что Ева идентифицирует себя лишь с индивидуальными именами, указывает на попытку выстроить идентичность исключительно на основании собственной индивидуальности, не детерминированной социальной реальностью. Исключить как макро-, так и микросоциальный аспект идентичности, оставив лишь индивидуальный аспект. Для этого необходимо отказаться от идентификации с социальными именами, устойчивыми и формализованными социальными практиками, что Ева и делает, меняя имена, меняя социальные практики, избегая любых статусов.

Поведение короля Эдуарда VIII, Евы Колле – яркие примеры стратегии индивидуализации идентичности. Тот факт, что идентичность формируется и воспроизводится в социальных отношениях, говорит о том, что идентичность лишь отчасти принадлежит ее носителю – индивиду, а отчасти зависит от значимых других и функционирования социальных институтов. Индивидуализация идентичности имеет своей целью полное присвоение идентичности ее носителем – индивидом и в пределе – упразднение социальной ее части. В чем проявляется эта тенденция сегодня?

Во-первых, в ориентации на визуальность современной культуры. В самом деле, визуальный образ Я как объект идентификации подходит для цели индивидуализации идентичности, так как визуальный образ в субъективном восприятии носителя контролируется им самим. Неслучайно в современном западном обществе фиксируется высокий интерес к экспериментам в области изменения телесности вплоть до движения трансгуманизма, заявившем проект по превращению человека в киборга. Это связано не только с изобретением новых

технологий, но и со стремлением вывести свое Я из поля социальных отношений.

Для внешнего наблюдателя достаточно очевидно, что окончательное осуществление индивидуализации идентичности – это утопия (для индивидуалистов) или дистопия (для коллективистов). Идентичность – феномен, существующий лишь в социальных отношениях. Образ Я не может стать базой для идентичности без минимального внешнего признания, поэтому функционируют социальные сети, такие как Инстаграм, специализирующиеся на получении признания своего визуального образа. Признание является потребностью человека и условием идентичности. Однако для философского анализа, в отличие от социологического, интерес представляют процессы сознания, сопровождающие или детерминирующие социальные процессы. С какими процессами сознания в современной культуре связана тенденция индивидуализации идентичности?

Сущность этой тенденции состоит в отказе репрезентировать в социальной реальности что-либо или кого-либо кроме самого себя. Можно возразить, что никакого Я без значимых других, являющихся частью Я, не существует. Однако агенты этой тенденции твердо убеждены в обратном: не случайно Ева Колле не отрицала своего имени Ева, а когда решила его сменить – выбрала имя Адам. Это, конечно, – эхо руссоизма в современной культуре и значение этих имен прозрачно: человек до культуры и общества.

Напротив, стремление к обретению идентичности предполагает репрезентирующее самосознание: Я как представитель группы является в некотором роде ее символом. Глядя на Я как на частное лицо, возможно увидеть типические черты референтной группы. Это означает, что Я состоит не только из собственной индивидуальности, но и, во-первых, из значимых других – представителей референтной группы и, во-вторых, обобщенного другого. Обобщенный другой здесь, в сущности, – это идея идентичности с нормативными параметрами облика, поведения, чувствования, мышления.

Индивид, конструирующий макросоциальную идентичность, рассматривает себя как символ, отсылающий к вышеперечисленному. Как известно, слово символ происходит от греческого «σύμβολον» – этим словом обозначался предмет, разделенный пополам между людьми для того, чтобы, встретившись, можно было соединить две части в целое и опознать друг друга [10]. Символ предполагает эту разделенность, так же как идентичность предполагает включение в самосознание другого в качестве ее части.

Иными словами, макросоциальная идентичность требует в качестве мировоззренческой основы символическое самосознание. Очевидно, что символическое самосознание невозможно без просто символического сознания, то есть сознания, способного

мыслить вещи как символ. Что в этом контексте противоположно символу?

Как ни странно, образ. Образ позволяет скользить по поверхности, так как образ не имеет трансцендентного измерения, в отличие от символа. Символ всегда отсылает к смыслу, который не может быть исчерпывающе сформулирован. Образ же имманентен. Сознание современного человека формируется, прежде всего, под воздействием волн визуальных образов. Количество информации и интенсивность этих потоков таково, что сознание адаптируется к этой реальности и становится ориентированным на образное восприятие. Вкупе с упадком влияния социальных институтов – от церкви до университета, в лоне которых на протяжении веков и вырабатывались символы и символическое сознание, возникает то, что Жан Бодрийяр называет гиперреальностью [1, с. 190]. Символ не может присутствовать в гиперреалистическом сознании, смотрящем на вещи как на образы, но не знаки. Гиперреалистическое сознание антисимволично. Оно ориентировано на телесность и образность, пребывающих в реальности, но не к чему не отсылающих. Жан Бодрийяр, изучив парадигмы символического сознания, настроенного искать за вещами сущность, их оригинал, называет эти самореферентные образы симулякрами. Однако для сознания, сформировавшегося в условиях гиперреальности и принявшего ее, вряд ли актуальна дихотомия копия – оригинал.

В чем сущность идеи индивида, очищенного от наслоений социальных знаков и означаемых? Это идея человека как самореферентного образа, совершенно цельного и независимого от других людей (индивид буквально переводится с латинского как «неделимый»). Символическое самосознание видит человека иначе – как состоящего минимум из двух частей: поверхности и глубины, означающего и означаемого, представителя мира своей референтной группы. Следующий шаг в развитии индивидуалистической тенденции – отказ и от образа, освобождение и от индивида, заявленные в течении трансгуманизма, но это уже антропологическая трансформация, выходящая за рамки темы идентичности.

Итак, следует выделить две парадигмы самосознания, лежащих в основе различных форм идентичности: Я-как-символ и Я-как-образ. Я-как-символ – это самосознание, мыслящее Я фундаментальным в устойчивых социальных отношениях и репрезентирующим референтную группу. Парадигма Я-как-образ предполагает видение Я в качестве вещи, в опредмеченном модусе и в пределе – ничего не репрезентирующем, но пребывающем в самом себе. Имя, поведение – неотъемлемые аспекты идентичности – также выступают как образы в этой парадигме, не репрезентируя и означая что-либо, но пребывая самодостаточно.

В связи с этим нетрудно интерпретировать резко негативную реакцию Евы Колле на вопрос о ее работе в сфере секс-услуг. Попытка наделить Я значением, встроить Я в символический ряд воспринимается почти как насилие, потому что в сознании представителей индивидуалистической парадигмы это равносильно попытке расколоть Я.

В парадигме идентичности Я-как-образ не актуальным оказывается также история, но актуальным является искусство. По той причине, что история – это сфера символов, историческая фигура является знаком нарратива, отсылает к нему, тогда как искусство способно дать чистые образы, не нуждающиеся в нарративах.

Индивидуализация идентичности – это симптом декомпозиции репрезентирующего, символического самосознания и трансформации его в сторону сознания, ориентированного на образную ткань. Эта тенденция встраивается и в давно намеченную постмодернистами перспективу децентрализации современной культуры. В самом деле, образ в отличие от символа может не иметь центра, если ни одна из его частей не выступает означающей поверхностью. Идея индивида легко трансформируется из современного представления о взрослом, целостном субъекте, руководствующимся разумом, то есть имеющим центр, в идею индивида как расщепленного субъекта Делеза, который не имеет ни центра, ни периферии, но лишь перманентную игру поверхностей, которую Делез называет «холостыми машинами желаний» [3, с. 215].

Таким образом, логика трансформации конструирования идентичности в современной культуре прослеживается в аспекте репрезентирующей функции идентичности. Возникая с распадом традиционной культуры в Новое время и утверждением сферы частной жизни, идентичность выполняет функцию репрезентации макро- и микросоциальных групп. Индивид предстает в социальной реальности в качестве представителя своей референтной группы.

Однако в XX веке кризис легитимности социальных институтов сопровождается кризисом макросоциальной идентичности. Отказ от макросоциальной идентичности в пользу приватной сферы микросоциального мира следует истолковывать как отказ от репрезентации большой группы в социальной реальности. Эта тенденция в XXI веке развивается до попытки освобождения идентичности от какого-либо социального аспекта вообще и сужения идентичности исключительно до сферы индивидуальности. Исходя из этого, магистральной тенденцией конструирования идентичности в современной культуре следует признать ее индивидуализацию.

Анализ самосознания, стоящего за этими процессами, показывает, что последнее смещается от видения Я-как-символа к восприятию Я-как-образа.

Символическое самосознание центрировано на социальных отношениях, так как мыслит Я в качестве единицы, репрезентирующей свою референтную группу. Образное самосознание мыслит Я самореферентным, такая идентичность стремится быть не репрезентацией виртуальной или эмпирической референтной группы, а гиперреалистическим образом Я. Парадигмальный сдвиг идентичности от символического к образному самосознанию объясняется кризисом социального и, как следствие, ослаблением символически мыслящего сознания. Образ без нарратива становится новым основанием для конструирования индивидуализированной идентичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляция. – М.: Постум, 2018. – 240 с.
2. Гомер. Одиссея. – М.: Художественная литература. – 783 с.
3. Делёз, Ж., Гваттари, Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения. – Екатеринбург: У-Фактория, 2007. – 672 с.
4. История частной жизни: под общей ред. Ф. Арьеса и Ж. Дюби. Пер. с франц. Е. Решетниковой и П. Каштанова. – М.: Новое литературное обозрение, 2015. – 784 с.
5. Остапенко Г.С. Британская монархия от Эдуарда VIII до Елизаветы II // Новая и новейшая история. – 2000. – № 4–5. – С. 167–184.
6. Пиа Хелленталь. Когда ты смотришь на Еву, ты смотришь на самого себя. Она как зеркало, в котором каждый видит свое [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.colta.ru/articles/society/23153-now-film-edition-intervyu-pia-hellental-v-poiskah-evy?page=9> (дата обращения: 06.12.2019)
7. Розеншток-Хюсси О. Избранное: Язык рода человеческого. – М.: Университетская книга, 2000. – 608 с.
8. Фуко М., Автономова Н.С., Визгин В.П. Слова и вещи. – М.: Издательская группа «Прогресс», 1977. – 487 с.
9. Энциклопедия мифологии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_myphology/2343/DRAUPADI (дата обращения: 15.12.2019)
10. Этимологический словарь русского языка. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://etymological.academic.ru/4116/профессия> (дата обращения: 04.12.2019)

REFERENCES

1. Bodriyyar ZH. Simulyakry i simulyaciya. M.: Postum, 2018. 240 s.
2. Gomer. Odissey. M.: Hudozhestvennaya literatura. 783 s.
3. Delyoz, ZH., Gvattari, F. Anti-Edip: Kapitalizm i shizofreniya Ekaterinburg: U-Faktoriya, 2007. 672 s.
4. Istoriya chastnoj zhizni: pod obshchej red. F. Ar'esa i ZH. Dyubi. Per. s franc. E. Reshetnikovoj i P. Kashtanova. M.: Novoe literaturnoe obozrenie, 2015. 784 s.
5. Ostapenko G.S. Britanskaya monarhiya ot Eduarda VIII do Elizavety II // Novaya i novejschaya istoriya. 2000. № 4–5. S. 167–184.
6. Pia Hellental'. Kogda ty smotrish' na Evu, ty smotrish' na samogo sebya. Ona kak zerkalo, v kotorom kazhdyj vidit svoe [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://www.colta.ru/articles/society/23153-now-film-edition-intervyu-pia-hellental-v-poiskah-evy?page=9> (data obrashcheniya: 06.12.2019)
7. Rozenshtok-Hyussi O. Izbrannoe: YAzyk roda chelovecheskogo. M.: Universitetskaya kniga, 2000. 608 s.
8. Fuko M., Avtonomova N.S., Vizgin V.P. Slova i veshchi. M.: Izdatel'skaya gruppya «Progress», 1977. 487 s.
9. Enciklopediya mifologii. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_myphology/2343/DRAUPADI (data obrashcheniya: 15.12.2019)
10. Etimologicheskij slovar' russkogo yazyka. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://etymological.academic.ru/4116/professiya> (data obrashcheniya: 04.12.2019)

УДК 378.1:614

**ВОЛГОГРАДСКИЙ ОПЫТ ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ****В. В. Шкарин**

*кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования,
ректор ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, fuv-ozz@yandex.ru*

А. Д. Доника

*доктор социологических наук, профессор, старший научный сотрудник Лаборатории этической, правовой
и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра, доцент кафедры медицины
катастроф ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, addonika@yandex.ru*

П. Р. Ягупов

*кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
biosoc2008@yandex.ru*

В статье рассмотрен многолетний опыт гуманитарного образования и формирования нравственных ценностей медицинской профессии в Волгоградском государственном медицинском университете. Рассмотрена деятельность вуза по развитию профессиональных и научно-исследовательских компетенций студентов в междисциплинарном поле медицинских и социально-гуманитарных наук. На материале научных исследований, проводимых студентами, показан процесс интериоризации ими гуманистических моделей врачевания, опыта эмпатии и сострадания, интериоризации норм биоэтики и медицинского права.

Авторами обоснован вывод о том, что практика учебной и научной работы в области биоэтики, продуктивная коллаборация преподавателей гуманитарных и медицинских дисциплин, успешная издательская деятельность, активное участие во всех международных научных и образовательных мероприятиях в области биомедицинской этики и здравоохранительного права позволяет рекомендовать опыт Волгоградского государственного медицинского университета в качестве модели формирования социально-гуманитарного пространства медицинского образования для вузов Минздрава России.

Ключевые слова: гуманитарное образование, студенты-медики, биомедицинская этика, здравоохранительное право, медицинский вуз.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-22-27

**VOLGOGRAD EXPERIENCE OF HUMANITARIAN EDUCATION
IN A MEDICAL UNIVERSITY****V. V. Shkarin**

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care
of the Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education,
Rector of Volgograd State Medical University, fuv-ozz@yandex.ru*

A. D. Donika

*Doctor of Sociology, Professor, Associate Professor of the Disaster Medicine Department, Senior Researcher
of ethical, judicial and sociological expertise in medicine Department, Volgograd Medical Research Center,
Volgograd State Medical University, Volgograd, addonika@yandex.ru*

P. R. Yagupov

*PhD, Associate Professor of the Department of Internal Medicine of Pediatric and Dental Schools,
Volgograd State medical University, Volgograd, biosoc2008@yandex.ru*

The article discusses the long-term experience of humanitarian education and the formation of moral values of the medical profession at the Volgograd State Medical University. It is considered the activities of the University for development of professional and scientific research competencies of students in the interdisciplinary field of medical and social sciences. The material of scientific research conducted by students shows the process of internalization by them of humanistic models of healing, experience of empathy and compassion, internalization of bioethics and medical law.

The article substantiates the conclusion that the practice of educational and scientific work in the field of bioethics, the productive collaboration of teachers of humanitarian and medical disciplines, successful publishing, active participation in all international scientific and educational events in the field of biomedical ethics and healthcare law, allows us to recommend the experience of Volgograd State Medical University as a model for the formation of the social and humanitarian space of medical education for a university of the Ministry of Health of Russia.

Key words: humanitarian education, medical students, biomedical ethics, health law, medical university.

«плюсами» практически ежегодно, повышая требования к выпускникам и превращая учебный процесс в медицинском вузе в своеобразную технологию human enhancement будущего врача.

Если требования к практическим компетенциям врача определяются инновационными медицинскими практиками, разрабатываемыми на базе непрерывных научных результатов конвергирующих биомедицинских наук, то требования к социально-психологическим компетенциям будущего врача упрощаются до базовых знаний в гуманитарной области, учебные часы дисциплин которой используются как «резервный запас» для наращивания учебных часов для меняющихся учебных планов [6].

Результаты такой стратегии можно констатировать дистанционно – самая обсуждаемая в СМИ тема последних 5 лет – конфликтные ситуации в медицине. Наблюдаемый парадокс национальной системы здравоохранения – неудовлетворенность пациентов на фоне наращивания высокотехнологичных технологий в медицинской практике – заставляет искать новые подходы в поле взаимодействия врача и пациента с заимствованием технологий общения автомобильных концернов! Безусловно, логистика «бережливости» дает эффекты, определяя рамки здравоохранительного этикета, но воспользоваться которым может в полной мере только врач, наделенный эмпатией и состраданием, умеющий принимать этические решения самостоятельно и коллегиально, владеющий технологиями общения с пациентами в зависимости от требуемых обстоятельствами моделей (патернализм, партнерство, коллегиальная, договорная и др.). Даже при внедрении в практику «виртуального врача», Пермская модель которого преподносится как прорыв в цифровой медицине, необходима нравственно-этическая экспертиза возможных последствий, чтобы избежать его случайной трансформации во «врача-палача», стандартизированные (безупречные по содержанию, но безучастные к пациенту по форме) заключения которого не учитывают личностного подхода к пациенту.

В Волгоградском государственном медицинском университете гуманитарным проблемам медицины всегда уделялось особое внимание [1, 3, 5, 6, 8]. Одним из направлений этой учебно-образовательной работы является внедрение биоэтики в учебный процесс не только как учебной дисциплины, но и научной, издательской, международной деятельности.

Отдельным из направлений той работы является создание на базе Волгоградского государственного медицинского университета в 2012 году Российского Unit-отделения Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО (http://www.unesco-chair-bioethics.org/?page_id.), которое активно включилось в международную образовательную и научную деятельность в области биоэтики. За это время преподаватели ВолгГМУ приняли участие в международных конгрессах и конференциях по биоэтике,

медицинской этике и здравоохранительному праву, организованных ЮНЕСКО (г. Неаполь, г. Иерусалим, г. Лимассол и др.), возглавляя панельные сессии конференций и стрим-отделения руководства сети [7, 9]. Преподаватели ВолгГМУ прошли обучение по программе тренеров биоэтики ЮНЕСКО, получили членство в интернациональном форуме преподавателей биоэтики (ITF) и т. п. Кроме того, в рамках работы студенческого отделения «Крылья биоэтики» студенты ВолгГМУ приняли активное участие в конкурсах, посвященных международным дням биоэтики, в 2017 г. заняли 3-е место в международном конкурсе плакатов, лучшие студенческие научные статьи и эссе были опубликованы в периодическом издании международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО «Bioethical Voices».

В рамках этой работы в Волгоградском государственном медицинском университете образовалась устойчивая и продуктивная коллаборация преподавателей гуманитарных и медицинских дисциплин, усилиями которых студенты с первых курсов обучения в медицинском вузе получают возможность активно обсуждать этические проблемы медицины, развивать научно-исследовательские компетенции, участвуя в научных конкурсах по биоэтике. На платформе международных студенческих конференций были выделены отдельные секции по биоэтике и этическим проблемам научных исследований в медицине:

<https://scienceforum.ru/2011/section/2011000073>:

<https://scienceforum.ru/2018/section/2018000149>;

<https://scienceforum.ru/2020/section/2018001165>

и др.

Студенты ВолгГМУ награждены дипломами победителей и лауреатов, лучшие работы опубликованы в научных журналах, размещенных на платформе научной электронной библиотеки, в том числе включенных в РИНЦ («Международный студенческий вестник», «Успехи естествознания», «Международные проблемы науки и образования» и др.) [2, 4].

Эти достижения, безусловно, стали возможны благодаря интеграции преподавателей Волгоградского государственного медицинского университета в рамках научного руководства студентами в рассматриваемом научном поле, решение научных задач в котором требует междисциплинарного инструментария и знаний. Студенты первых курсов получают уникальную возможность принять участие в обсуждении этических проблем медицины на достаточно высоком (международном) научном уровне, получить практический опыт подобного участия, что, безусловно, мотивирует к выбранной профессиональной деятельности, позволяет прививать моральные ценности профессии уже с начальных этапов медицинского образования.

Для иллюстрации рассмотрим материалы студенческих исследовательских работ, выполненных под руководством преподавателей ВолгГМУ, исключая раннее опубликованные в научных изданиях [2, 4].

Темы инициативных студенческих исследований отражают интерес будущих врачей в области практической медицины и медицинских наук, в ряде случаев обусловлены тематикой изучаемых дисциплин на первых курсах (биология, история, менеджмент здравоохранения и др.).

Например, студенты 1-го курса лечебного факультета проявили интерес к теме, активно обсуждаемого СМИ нигилистического отношения пациентов к виртуальному врачу. В результате проведенного среди студентов своего курса опроса выяснилось, что каждый третий респондент имеет подобный опыт. На вопрос авторской анкеты: «Пользовались ли Вы когда-либо услугами сайтов онлайн консультации врачей?», было получено 28,6 % положительных ответов ($p < 0,05$). При этом студенты в роли пациента относятся к такой практике довольно скептически – на вопрос «Доверяете ли Вы в принципе результатам онлайн консультации врачей?», только 16,8 % респондентов дали положительный ответ ($p < 0,05$). Выступая в роли будущих врачей, студенты таким образом оценили полноценность виртуального анамнеза: не более 1,2 % респондентов дали положительный ответ при ответе на вопрос «Считаете ли Вы, как будущие врачи, возможным выяснить точный диагноз, работая с пациентом и обследуя его только

через Интернет?». Безусловно, подобное недоверие определяется отсутствием определенных знаний и доминированием у студентов младших курсов роли пациент в личностной интериоризации дихотомии врач – пациент.

В то же время молодое поколение врачей, безусловно, – это поколение Интернета и цифровых технологий, без которых они не видят своего будущего.

На вопрос «Рассматриваете ли Вы проведение медицинских онлайн консультаций как дополнение к своей будущей профессиональной деятельности?» абсолютное большинство респондентов дало положительный ответ (82,2 %; $p < 0,01$).

Рассуждая о современных проблемах медицины с позиций пациента, студент развивает под-сознательный опыт эмпатии и сострадания врача к пациенту. Поскольку, став врачами, вчерашние студенты-медики очень быстро занимают доминирующую позицию эксперта во взаимоотношениях с пациентами, забывая о страхах и сомнениях, которые испытывали сами до своего профессионального становления.

Это наглядно демонстрирует затронутая в студенческой работе тема «ВИЧ-инфицированных врачей» (табл.).

**Распределение респондентов при ответе на вопрос:
«Вы попали на прием к ВИЧ-инфицированному врачу.
Будете ли Вы испытывать страх при этом?»**

№	Варианты ответов	Число респондентов, %		P (между показателями юношей и девушек)
		девушки	юноши	
1	Нет	55,2	68,2	$> 0,01$
2	Страха не будет, но будет беспокойство	16,2	14,5	$> 0,01$
3	Да, буду испытывать страх	18,2	11,2	$> 0,01$
4	Другое	- «Буду следить, чтобы у врача не было повреждений на коже (ранки, ссадины и т. п.);»; - «Смотря, какой врач, если стоматолог – уйду»; - «Не будет страха, если это не оперирующий хирург»; - «Для меня все зависит от специальности врача»; - «Вообще не будет страха, как врач, он должен предпринять все меры предосторожности»		

В этом же исследовании авторская анкета студентов содержала вопрос: «Стоит ли увольнять врача, получившего ВИЧ-инфекцию при выполнении профессиональных обязанностей?». Около половины респондентов (55,6 %) выбрали вариант ответа «его профессиональную деятельность стоит ограничить»: 10,2 % сочли инфицированного врача «опасным для окружающих» и потому подлежащему обязательному увольнению. Каждый третий респондент (33,4 %) посчитал, что инфицирование не повод для увольнения. Среди других вариантов ответов предлагались логичные суждения «смотря, какой специальности», «если терапевт, пусть работает» и т. п.

Заинтересованные, с одной стороны, рассматриваемой в курсе биологии темой генетического консультирования, а с другой – философскими проблемами евгеники, усиленными историческими аспектами фашизма, студенты провели опрос на эту тему. Абсолютное большинство респондентов не принимают принципы евгеники, не считая ее наукой (89,7 %). Здесь позиции ясны и понятны студенту, как гражданину. Но другие вопросы авторской анкеты разделили респондентов в своих суждениях, которые отражали и гендерные различия. Например, студенты-юноши в своем большинстве уверены, что у них нет ген-ассоциированных предикторов заболеваний (рис. 1).

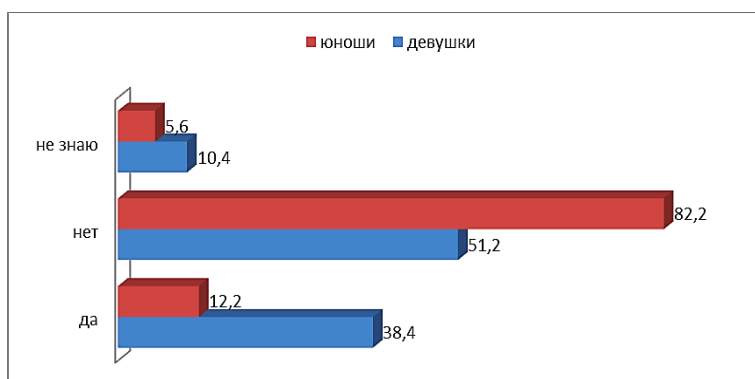


Рис. 1. Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Есть ли у Вас генетические заболевания?»; по оси абсцисс – число респондентов, %; по оси ординат – варианты ответов

Возвращаясь к этическим ценностям и моральному выбору, студенты демонстрируют единодушие, отрицая генетический контроль популяции (рис. 2).

В то же время, обращаясь к практическим вопросам, например, связанным с планированием семьи, респонденты снова забывают о роли врача

и проявляют гендерные различия (рис. 3). Здесь, как и в жизни, девушки проявляют большую озабоченность, чем юноши, задумываясь о здоровье будущих детей. Возможно, это связано с определенным юношеским романтизмом студентов-юношей, обусловленным возрастом, средний возраст респондентов ($18,2 \pm 1,4$) года.

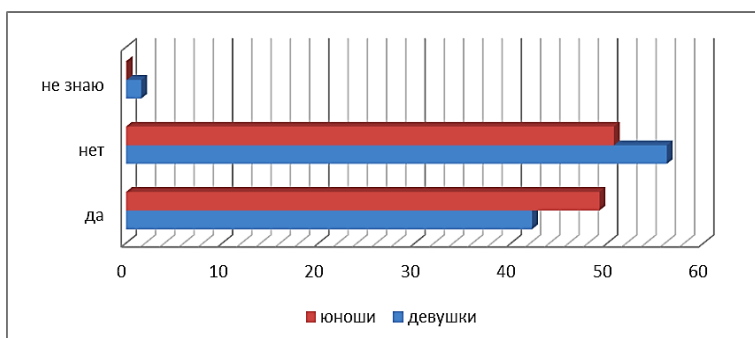


Рис. 2. Структура представлений студентов о необходимости контроля человеческого генофонда; по оси абсцисс – число респондентов, %; по оси ординат – варианты ответов

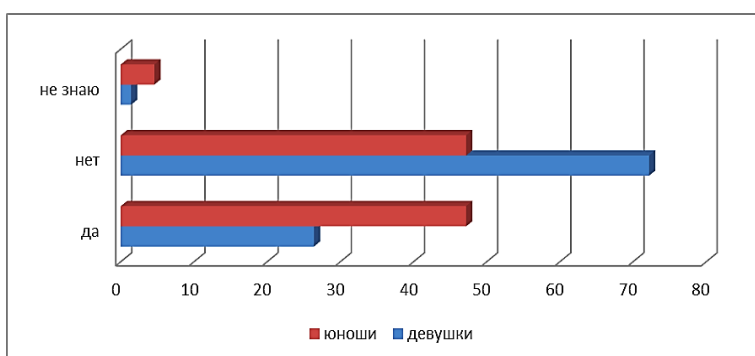


Рис. 3. Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Планируете ли Вы обратиться к врачу-генетику при планировании семьи?»; по оси абсцисс – число респондентов, %; по оси ординат – варианты ответов

Безусловно, в процессе обучения мнение студентов об этических проблемах медицины и биомедицинских исследований будет меняться под влиянием получаемых медицинских знаний. Задача гуманитарного образования в медицинском вузе состоит в том, чтобы это накопление знаний не становилось только средством к полу-

чению диплома, а было инструментом для профессиональной реализации врача, сострадающего, думающего о личных переживаниях своих пациентов. В этом состоит и практический интерес национальной системы здравоохранения, нацеленной на удовлетворенность пациентов предоставляемыми медицинскими услугами.

Логическим продолжением этой работы явилось создание по инициативе Ученого совета ВолгГМУ в 2019 году Комиссии по социально-гуманитарным направлениям научно-образовательной деятельности в медицине в НОМК «Южный» Минздрава России, председателем которой является профессор Н. Н. Седова. Цель работы Комиссии – интеграция образовательной и научной деятельности студентов медицинских вузов, входящих в кластер, а также педагогической и научной деятельности преподавателей кафедр социально-гуманитарных дисциплин. Комиссия должна способствовать активизации формирования медицинской культуры в условиях цифровой медицины и перехода к персонализированному здравоохранению. Теперь все мероприятия, направленные на поддержку и развитие медицинской гуманитаристики в научно-образовательном пространстве высшей школы, проводятся вместе преподавателями, учеными и студентами медицинских вузов Астрахани, Волгограда, Краснодара и Ростова-на-Дону. Это и конкурсы студенческих работ по биоэтике, и конференция «Развитие потенциала социально-гуманитарных наук в формировании soft skills медицинских кадров Юга России» (Ростов-на-Дону, 27–28 февраля 2020 г.), и фокус-группы на тему «Online курсы по гуманитарным дисциплинам в медицинском вузе», и, конечно, первое в России совещание заведующих кафедрами социально-гуманитарных дисциплин медицинских вузов Юга России (Волгоград, 19.11.2019), рекомендации которого разосланы во все ведомственные высшие учебные заведения МЗ РФ.

Для интеграции научной и методической работы в рассматриваемой научной области, внедрения ее результатов с 2008 года Волгоградским государственным медицинским университетом издается научный журнал «Биоэтика», с 2010 года включенный в Перечень рецензируемых изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией для публикации материалов диссертационных исследований. В редакционный совет журнала и редакционную коллегию вошли ученые ведущих медицинских вузов России и зарубежные исследователи, в том числе и выдающийся российский ученый профессор Юдин Борис Григорьевич. На страницах журнала обсуждаются этические проблемы медицины в междисциплинарном поле философии, социологии, медицинских наук.

За это время усилиями кафедры биоэтики, философии и права с курсом социологии медицины изданы многочисленные учебные и методические пособия. Более того, авторский учебник по биоэтике для медицинских вузов заслуженного деятеля науки РФ, профессора Н. Н. Седовой получил федеральные и региональные премии и вошел в Золотой фонд образовательных ресурсов России.

Заключение

Практика учебной и научной работы в области биоэтики, продуктивная коллаборация преподавателей гуманитарных и медицинских дисциплин, успешная издательская деятельность, активное участие во всех международных научных

и образовательных мероприятиях в области биоэтической этики и здравоохранительного права позволяют рекомендовать опыт Волгоградского государственного медицинского университета в качестве модели формирования социально-гуманитарного пространства медицинского образования для вузов Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1 (15). – С. 58–60.
2. Калякина Н.И. Биоэтические аспекты применения медицинских инноваций // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 4–1. – С. 49–50.
3. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. – № 2 (8). – С. 26–25.
4. Худякова Д.В. Биоэтика и современная медицинская практика: «благо» и «здоровье» // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 4–1. – С. 57–58.
5. Чеканин И.М. Социально-психологический контент профессионального образования // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 3 (часть 1). – С. 105.
6. Седова Н.Н. Как преодолеть кризис медицинской гуманитаристики? // Биоэтика. 2019. – № 1 (23). – С. 3.
7. Chen B., Goshen E., Karmi T. Freedom of expression versus respect for the profession // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6–8, 2015 / Program and Book of Abstracts. – P. 26–27.
8. Shkarin V.V. et al. Ethical education in the medical university: European practice // Биоэтика (Bioethics). – 2019. – № 2 (24). – С. 25–30.
9. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // 23rd Annual of World Association for Medical Law (WAML) Congress. July 10–13, 2017, Baku, Azerbaijan // Book of Abstracts. – P. 99.

REFERENCES

1. Donika A.D. Problema formirovaniya ehticheskikh regulyatorov professional'noj deyatel'nosti vracha // Bioetika. 2015. № 1 (15). S. 58–60.
2. Kalyakina N.I. Bioehticheskie aspekty primeneniya medicinskih innovacij // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. 2017. № 4–1. S. 49–50.
3. Petrov V.I., Sedova N.N. O chem zabyli skazat' v novom zakone // Bioetika. 2011. № 2 (8). S. 26–25.
4. Chekanin I.M. Social'no-psihologicheskij kontent professional'nogo obrazovaniya // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. 2016. № 3 (chast'1). S. 105.
5. Hudyakova D.V. Bioetika i sovremennaya medicinskaya praktika: «blago» i «zdorov'e» // Mezhdunarodnyj zhurnal ehksperimental'nogo obrazovaniya. 2017. № 4–1. S. 57–58.
6. Sedova N.N. Rak preodolet krizis medicinskoj gumanitaristiki // Bioetika. 2019. 1 (23). S. 3.
7. Chen B., Goshen E., Karmi T. Freedom of expression versus respect for the profession // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6–8, 2015 / Program and Book of Abstracts. S. 26–27.
8. Shkarin V.V. et al. Ethical education in the medical university: European practice // Биоэтика (Bioethics). 2019. № 2 (24). S. 25–30.

9. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // 23rd Annual of World Association for

Medical Law (WAML) Congress. July 10–13, 2017 Baku, Azerbaijan // Book of Abstracts. S. 99.

УДК 37.014:614.2

ПАРАДИГМА ТОЛЕРАНТНОСТИ В ПРИЗМЕ ПОНИМАНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Ю. С. Худина

*ассистент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»,
khudina_julia@mail.ru*

Н. Л. Вигель

*доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии,
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», 22nara@mail.ru*

Статья посвящена вопросам отношения студентов медицинского университета к проблеме гендерной идентификации. В свете динамичного изменения мира проблема, о которой идет речь, является крайне актуальной. Она имеет политематическую основу и затрагивает национальные особенности, религиозные и философские аспекты, а также многие другие. Вопросы толерантности в целом и в отдельных сферах медицины в частности занимают важное место в становлении врача как профессионала. В публикации проведен тщательный анализ материалов, который позволяет говорить о дискурсивности поло-гендерной тематики. Результаты полученного исследования позволили не только оценить соотношение понятий нормы и патологии сексуального поведения в среде студентов-медиков, но и выявить уровень заинтересованности данной проблемой.

Ключевые слова: международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, толерантность, гендерная идентичность, трансгендерность, стигматизация.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-27-30

THE PARADIGM OF TOLERANCE IN THE PRISM OF UNDERSTANDING FUTURE DOCTORS

Ju. S. Khudina

Assistant of Department of Psychiatry, Rostov-on-Don Medical University, khudina_julia@mail.ru

N. L. Wiegel

*Doctor of Philosophy, Professor, Head of the Department of Philosophy, Rostov-on-Don Medical University,
22nara@mail.ru*

The article deals with the attitude of medical university students towards gender identification. The problem is extremely urgent because of dynamic change of the world. It has a politematic framework and addresses national features, religious and philosophical aspects, as well as many others. Tolerance issues in general and in certain areas of medicine in particular occupy an important place in the formation of a doctor as a professional. In the publication, a thorough analysis of the materials was carried out, which makes it possible to speak about the discursivity of polo-gender topics. The results of the study made it possible not only to assess the ratio of the concepts of norm and pathology of sexual behavior among medical students, but also to identify the level of interest in this problem.

Key words: International statistical classification of health-related diseases and problems, tolerance, gender identity, transgender, stigma.

История сексуальности человека разумного была отражена в самых древних литературных источниках практически со времен появления человечества. Здесь мифы и сочинения философов Древнего Рима, Древней Греции, Древнего Египта, Месопотамии, Ирана и многих других. На протяжении нескольких тысячелетий чаша весов в вопросах «нормальности» пола и восприятия личностью «самости» склонялась в разные стороны. Исключением не была и законодательная база: от смертной казни до либеральной «незамечаемости». Историки считают падение Бастилии ключевой точкой либерализации и принятия однополости как «нормы», что в дальнейшем будет использовано апологетами гомосексуализма. Следом за французскими революционерами эта тематика была подхвачена другими

европейскими странами и их маргинальными сообществами [14, 15].

Русская история описывает лояльность народа к половой идентификации, которая закончилась с моментом правления Петра Великого [2]. Однако масштабных репрессий в те времена описано не было. В истории России антигомосексуальные кампании носили крайне редкий характер. Последняя известная кампания была отмечена во времена так называемых сталинских репрессий. Именно тогда контакты между лицами одного пола стали преследоваться по закону. Распад Союза Советских Социалистических Республик повлек за собой не только создание новой страны – Российской Федерации, но и изменение политического курса. А поскольку молодая страна готовилась

к вступлению в Совет Европы, следовало пересмотреть законодательную базу. В связи с чем уголовное преследование по антигомосексуальному законодательству было прекращено в 1993 г. [8].

Первым значимым шагом гуманистической парадигмы психиатрической тематики в рамках юридических представлений об аспектах гендерной идентичности стал документ, название которого звучит как «Джодьякартские принципы». Сформулирован он был в 2006 г. группой международных экспертов по правам человека в Индонезии [7]. С этого момента началась масштабная кампания по защите и реализации равных прав транссексуалов: и доклады Совета ООН в 2009 и 2010 гг., и резолюция Совета ООН в 2011, и выступления в ООН в 2013 [1]. А в конце 2017 г. был дополнен и опубликован расширенный документ Джодьякартских принципов [7].

Психиатрия с момента своего создания задавалась вопросами нормы и патологии. Вопросы пола (гендера и иных синонимов данного слова) всегда являлись краеугольным камнем. Пожалуй, нет ни одного врача, равнодушного к данной проблеме.

Взрослое поколение врачей, работавшее с опорой на адаптированную версию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, девятого пересмотра (МКБ-9) (как и их предшественники), придерживались мнения о том, что гомосексуальность – заболевание, относящееся к группе психосексуальных расстройств. Был даже определен код для всемирного понимания данной проблемы – 302.0. Спустя годы в вышедшей МКБ-10 произошла так называемая «подмена понятий». Термин, знакомый врачам как «гомосексуальность», перестали применять. Возникло новое понятие «психический дискомфорт» вследствие гомосексуальности, «благодаря» которому возникало пожелание изменить свою ориентацию. Данная формулировка позже трансформировалась в более короткое для понимания словосочетание – «эгодистоническая половая идентификация» [17].

Совсем скоро МКБ-10 должна будет смениться МКБ-11, в которой описан абсолютно новый и не встречающийся в предыдущих версиях раздел «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». В подготавливаемой для работы классификации также отсутствует понятие гомосексуальности и вновь представлены новые термины «несоответствие пола» и «состояния, связанные с сексуальным здоровьем» [12].

С учетом разительных перемен в нормативно-правовом, медицинском, культуральном и иных аспектах стало появляться все больше статей, описывающих понимание терминов «пол», «гендер», «транссексуальность», «гендерная идентичность» и т. д. [3, 6, 11, 13].

Очень часто в современных научных статьях вышеописанные термины соседствуют с понятием

«толерантность», который применим практически к любой сфере человеческой жизни [4, 5].

Словарь авторов У. Р. Кушаева и И. Г. Дорошиной утверждает следующее: «Толерантность – центральное понятие философии толерантности, отражающее открытые, искренние, бескорыстные, безвозмездные, беспристрастные отношения среди людей, социальных групп, народов, наций, государств и других субъектов социальных взаимоотношений, основанные на внимании, уважении, дружбе, снисходительности, сочувствии, солидарности, взаимном интересе, равноправии, справедливости, терпимости и других высоких нравственных качествах» [9].

Среди большого количества определений, по нашему мнению, «Толерантность подразумевает принятие иного как своего, снятие границы между свое-чужое, допустимость не только существования иного, но и активное соучастие в жизни иного и, достаточно часто, отказ от своего в пользу иного» – вот, пожалуй, максимально красочное определение [10].

В своем исследовании мы решили выявить уровень толерантности студентов Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) к вопросу гендерной идентичности.

В добровольном анонимном анкетировании в промежуточном цикле обучения с октября по ноябрь, проведенном на базе РостГМУ, приняли участие 110 студентов (87 девушек и 23 юноши) 1–6-го курсов разных факультетов. Средний возраст выборки составил 19,5 лет. Всем респондентам был представлен авторский опросник с вопросами разного типа направленности. Критерии включения: обучение в РостГМУ. Статистическая обработка проводилась путем первичного и вторичного анализа, использовалась программа MS Excel 2010.

Одним из первых вопросов в анкете для респондентов был вопрос о желании (мысли) «смены пола». 91 студент высказался отрицательно (что составило 82,7 %). 11 респондентов ответили, что такие мысли их периодически посещали в раннем детском возрасте, однако к периоду пубертата исчезли. Четверых до сих пор посещают такие мысли, но исключительно с целью любопытства («а что будет, если ...?»). Двое респондентов затруднились дать ответ. Еще столько же опрошенных (1,8 % от общей выборки) подтвердили мысленное желание «изменить пол» («собираю деньги на операцию»; «морально готовлюсь к консультации врача»).

Вопрос, смогли бы респонденты поменять свое отношение к близким/родным/друзьям, которые «сменили пол», не вызвал особых трудностей. Ответы были лаконичны: отрицательно ответили 84 студента, положительно – 9, не смогли дать полярный ответ («не знаю») – 17.

Связать свою жизнь с трансгендером смогли бы лишь 6 респондентов. Категорически отрицали

возможность данного союза 79 студентов. 25 опрошенных вновь затруднились ответить на этот вопрос.

Вопрос о стигматизации и ущемлении людей с нарушенной гендерной идентичностью позволил выяснить, что 19 респондентов считают, что данная категория людей страдает в социуме. Не считают ущемленными в чем-либо – 11 респондентов. Каждый седьмой студент затруднился ответить на данный вопрос.

Все студенты отрицательно ответили вопрос о том, имеется ли сходство между понятиями «гомосексуальность» и «гендерная дисфория». Кроме того, всем им были заданы вопросы, касающиеся отношения к лицам, собирающимся сменить пол. Психическую неполноценность людей, собирающихся сменить пол, отметили 48 студентов.

Радикальный вопрос, существует ли этиология у данного феномена, всеми респондентами был отмечен положительно. В описательной части мы получили почти десяток вариантов-предположений. Практически не уступали друг другу варианты «гормональные нарушения» и «врожденная особенность» (27 и 24 респондента соответственно). 19 респондентов не смогли предположить природу данного события. Оставшиеся варианты ответов: «неправильное развитие мозга» (9 студентов), «проблемы воспитания в семье» (9 студентов), «психологическое и/или сексуальное насилие в детстве» (7 респондентов), «новая модная тенденция» (4 студента); «неблагоприятное влияние социума» (3 опрошенных). Совокупность различных причин также предположили 3 респондента. Возможность психического отклонения предположили 2 респондентов. Единичные причины были отмечены в характере развития, в самовнушении, в психологической травме.

В результате проведенного исследования были получены крайне неоднозначные данные, позволяющие говорить о непонимании в полном объеме данного вопроса студентами РостГМУ. Вопрос толерантности данной тематики также показал полярные результаты, что позволяет говорить о необходимости проведения разъяснительной работы на темы, возникающие в жизни молодых медиков.

Отдельное внимание хотелось бы уделить действительно «модной тенденции» каминг-аутов. Данное явление в последние 5 лет стало носить чрезвычайно массовый характер. Зачастую к нему прибегают достаточно известные и медийные персоны, что дает современной молодежи ложное ощущение возможности добиться успеха подобным образом и быть похожими на своих кумиров. К сожалению, многим из нас знакома работа этолога Дж. Кэлхуна, во время которой грызуны были помещены в условия «идеальной» среды [16]. Результат, полученный и перепроверенный в ходе неоднократных экспериментов, наглядно показывает перспективы современного человечества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алисиевич, Е.С. Актуальные вопросы защиты транссексуалов от дискриминации: международно-правовой аспект [Электронный ресурс] / Е.С. Алисиевич, Е.М. Никитина // Вестник РУДН. Серия: Юридические науки. – 2014. – № 2. – С. 332–342. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-zaschity-transseksualov-ot-diskriminatsii-mezhdunarodno-pravovoy-aspekt> (дата обращения: 25.02.2020).
2. Антонова Н.В. Репрезентация гендерной маргинальности в культуре как философско-антропологическая проблема / Н.В. Антонова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. – 2012. – № 18. – С. 170–174.
3. Байгускарова Д.М. Понятие гендерной идентичности как психологического феномена [Электронный ресурс] / Д.М. Байгускарова // Молодой ученый. – 2019. – № 3. – С. 330–331. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/241/55816/> (дата обращения: 25.02.2020).
4. Вигель Н.Л. Глобализация и культура [Электронный ресурс] / Н.Л. Вигель // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 2. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2016/02/64313> (дата обращения: 06.02.2020).
5. Вигель Н.Л. Толерантность как компромисс и путь к согласию [Электронный ресурс] / Н.Л. Вигель // Гуманитарные научные исследования. – 2017. – № 3. – Режим доступа: <http://human.snauka.ru/2017/03/21977> (дата обращения: 11.04.2019).
6. Даймонд М. Пол и гендер это не одно и то же; перевод с английского Алены Кудриной [Электронный ресурс] / М. Даймонд // Развитие личности. – 2013. – № 1. – С. 174–188. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pol-i-gender-eto-ne-odno-i-to-zhe-perevod-s-angliyskogo-aleny-kudrinoj> (дата обращения: 25.02.2020).
7. Джокьякартские принципы (принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности) [Электронный ресурс]. – Индонезия, 6–9 ноября 2006 г. – Режим доступа: <http://yogyakartaprinciples.org/> (дата обращения 12.10.2020)
8. Зайцева Е.А. История развития ответственности за «мужеложество» / Е.А. Зайцева // Актуальные вопросы борьбы с преступлениями. – 2015. – № 4. – С. 49–50.
9. Кушаев У.Р. Толерантность: энциклопедический словарь / У.Р. Кушаев, И.Г. Доронин. – Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера», 2014. – 484 с.
10. Мезенцев Е.А. Проблема границ толерантности [Электронный ресурс] / Е.А. Мезенцев // Международный научно-исследовательский журнал. Культурология. – 2015. – № 8 (39). – С. 10–12. – Режим доступа: <https://research-journal.org/culture/problema-granic-tolerantnosti/> (дата обращения 10.02.2020)
11. Мелков С.В. Представления о гендере и гендерной идентичности в современном психоанализе [Электронный ресурс] / С.В. Мелков, А.В. Кудрина // Развитие личности. – 2016. – № 3. – С. 165–186. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-o-gendere-i-gendernoy-identichnosti-v-sovremennom-psihoanalize> (дата обращения: 25.02.2020).
12. МКБ-11. [Электронный ресурс] // Список классов МКБ-11. – Режим доступа: <http://icd11.ru/sexualnoe-zdorove-mkb11/> (дата обращения: 16.01.2020).
13. Номеровская А.Д. Понятие нормативности в современных теориях гендерной идентичности [Электронный ресурс] / А.Д. Номеровская // Парадигма. – 2017. – № 26. – С. 49–66. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-normativnosti-v-sovremennyh-teoriyah-gendernoy-identichnosti> (дата обращения: 25.02.2020).

14. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет / М. Фуко. – М.: Касталь, 1996. – 448 с.

15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб.: Университетская книга, 1997. – 576 с.

16. Хок Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. – М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 416 с.

17. Ягубов М.И. Проблемы классификации половых расстройств (расстройств половой идентификации, сексуальных предпочтений и половых дисфункций) / М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 45–48.

REFERENCES

1. Alisievich E.S. Aktual'nye voprosy zashchity transseksualov ot diskriminatsii: mezhdunarodno-pravovoy aspekt [Elektronnyj resurs] / E.S. Alisievich, E.M. Nikitina // Vestnik RUDN. Seriya: Yuridicheskie nauki. 2014. № 2. S. 332–342. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-zashchity-transseksualov-ot-diskriminatsii-mezhdunarodno-pravovoy-aspekt> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

2. Antonova N.V. Reprezentatsiya gendernoj marginal'nosti v kul'ture kak filosofsko-antropologicheskaya problema / N.V. Antonova // Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Social'no-gumanitarnye nauki. 2012. № 18. S. 170–174.

3. Bajguskarova D. M. Ponyatie gendernoj identichnosti kak psihologicheskogo fenomena [Elektronnyj resurs] / D.M. Bajguskarova // Molodoj uchenyj. 2019. № 3. S. 330–331. URL: <https://moluch.ru/archive/241/55816/> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

4. Vigel' N.L. Globalizatsiya i kul'tura [Elektronnyj resurs] / N.L. Vigel' // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovatsii. 2016. № 2. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/02/64313> (data obrashcheniya: 06.02.2020).

5. Vigel' N.L. Tolerantnost' kak kompromiss i put' k soglasiyu [Elektronnyj resurs] / N.L. Vigel' // Gumanitarnye nauchnye issledovaniya. 2017. № 3. URL: <http://human.snauka.ru/2017/03/21977> (data obrashcheniya: 11.04.2019).

6. Dajmond M. Pol i gender eto ne odno i to zhe; perevod s anglijskogo Aleny Kudrinoy [Elektronnyj resurs] / M. Dajmond // Razvitie lichnosti. 2013. № 1. S. 174–188. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pol-i-gender-eto-ne-odno-i-to-zhe-perevod-s-anglijskogo-aleny-kudrinoy> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

7. Dzhok'yakartskie principy (principy primeneniya mezhdunarodno-pravovyh norm o pravah cheloveka v otnoshenii seksual'noj orientatsii i gendernoj identichnosti) [Elektronnyj resurs]. Indoneziya, 6–9 noyabrya 2006 g. URL: <http://yogyakartaprinciples.org/> (data obrashcheniya: 12.10.2020).

8. Zajceva E.A. Istoriya razvitiya otvetstvennosti za «muzhelozhestvo» / E.A. Zajceva // Aktual'nye voprosy bor'by s prestupleniyami. 2015. № 4. S. 49–50.

9. Kushaev U.R. Tolerantnost': enciklopedicheskij slovar' / U.R. Kushaev, I.G. Doronina. Penza: Nauchno-izdatel'skij centr «Sociosfera», 2014. 484 s.

10. Mezencev E.A. Problema granic tolerantnosti [Elektronnyj resurs] / E.A. Mezencev // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. Kul'turologiya. 2015. № 8 (39). S. 10–12. URL: <https://research-journal.org/culture/problema-granic-tolerantnosti/> (data obrashcheniya: 10.02.2020).

11. Melkov S.V. Predstavleniya o gendere i gendernoj identichnosti v sovremennom psihoanalize [Elektronnyj resurs] / S.V. Melkov, A.V. Kudrina // Razvitie lichnosti. 2016. № 3. S. 165–186. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-o-gendere-i-gendernoy-identichnosti-v-sovremennom-psihoanalize> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

12. MKB-11 [Elektronnyj resurs]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-o-gendere-i-gendernoy-identichnosti-v-sovremennom-psihoanalize> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

13. Nomerovskaya A.D. Ponyatie normativnosti v sovremennyh teoriyah gendernoj identichnosti [Elektronnyj resurs] / A.D. Nomerovskaya // Paradigma. 2017. № 26. S. 49–66. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-normativnosti-v-sovremennyh-teoriyah-gendernoy-identichnosti> (data obrashcheniya: 25.02.2020).

14. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет / М. Фуко. М.: Касталь, 1996. 448 с.

15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко СПб.: Университетская книга, 1997. 576 с.

16. Хок Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 416 с.

17. Ягубов М.И. Проблемы классификации половых расстройств (расстройств половой идентификации, сексуальных предпочтений и половых дисфункций) / М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 45–48.

СЕКУЛЯРИЗАЦИЯ ГРЕХОПАДЕНИЯ ПО МОТИВАМ «БОЖЕСТВЕННОЙ КОМЕДИИ» ДАНТЕ (ФОКУСИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ)

А. Ю. Ягодина

кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры философии Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, annayagodina@rambler.ru

И. А. Серова

доктор философских наук, профессор кафедры философии Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, berrymoor@perm.ru

А. В. Петров

доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, biosoc@yandex.ru

В статье представлены результаты интервью в студенческой группе по проблеме грехопадения по мотивам обсуждения на семинарском занятии «Божественной комедии» Алигьери Данте. Авторы рассматривают человека как образ и подобие Бога, который творит себя, выбирая между пользой и вредом. Зафиксированы изменения в представлениях о структуре Инферно: количество кругов ада в сознании интервьюируемых молодых людей сократилось: все опрошенные не видят греха в неверии, три четверти респондентов – в обжорстве, половина – в сладострастии. Актуальна интерпретация ереси и обмана как способов продвижения своих проектов, выявлен эффект абсолютного неприятия насилия, презрительного отношения к предательству. Авторы считают, что секуляризация коснулась лишь первых пяти кругов Ада, а на дне все по-прежнему.

Ключевые слова: биоэтика, секуляризация, грех, свобода, Инферно.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-31-34

SECULARIZATION OF THE FALL INTO SIN BASED ON DANTE'S DIVINE COMEDY (FOCUSED INTERVIEW OF MEDICAL STUDENTS)

A. U. Yagodina

PhD, MD, Senior Lecturer of Philosophy Department of E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm, annayagodina@rambler.ru

I. A. Serova

Doctor of Philosophy, Professor of Philosophy Department of E.A. Vagner Perm State Medical University, Perm, berrymoor@perm.ru

A. V. Petrov

Doctor of Philosophy, Professor of Philosophy, Bioethics and Law Department with a course in Sociology of Medicine, Volgograd State Medical University, biosoc@yandex.ru

The article presents the results of an interview in a student's group on the problem of the fall into sin based on the discussion at the seminar of Dante's «divine Comedy». The authors consider human as an image and likeness of God, who creates himself, choosing between good and harm. There were changes in the perception of the structure of Inferno: the number of circles of hell in the minds of young people interviewed decreased: all respondents do not see sin in unbelief, three-quarters of respondents – in gluttony, half – in lust. The interpretation of heresy and fraud as ways to promote their projects is relevant. The effect of absolute rejection of violence, contemptuous attitude to treachery is revealed. The authors believe that secularization has touched only the first five circles of Hell, but at the bottom everything is still the same.

Key words: bioethics, secularization, sin, freedom, Inferno.

Биоэтика пуповиной связана с религиозным отношением к жизни, стремлением ее сохранить и преумножить, вместе с тем, модернизация социума заставляет искать новые решения обретения человеком свободы для строительства комфортного мироздания.

Певцом свободы в русской философии является Н. Бердяев. Он создает поразительный по красоте образ Свободы как Бездны, которая способна творить из ничего. Человек – дитя Бога и Свободы,

он творит себя, выбирая между добром и злом. Все в человеке должно пройти через испытание свободой, через отвержение соблазнов свободы. В этом смысл грехопадения и обретения самостояния.

С одной стороны, есть в мире порядок, с другой – человек способен и желает отклоняться от него.

По мнению немецкого философа В. Брюнинга [1], отражение этого противоречия пронизывает всю историю философии (рис.).



Рис. В. Брюнинг [1] о противоречии в истории философии

Вверху круга – гегелевский идеализм: человек полностью подчинен объективным законам. Следующий шаг в движении вниз – неотомизм: все дела на земле предопределены Богом, однако есть учение о грехе. Грех – это маленький кусочек свободы, отступление от божественного предопределения.

Бог дает человеку возможность выбрать: либо следовать Всевышнему, либо оступиться и за это получить наказание. Дальнейшее разрушение миропорядка происходит в персонализме: порядок распадается на множество отдельных порядков. В монадологии Лейбница уже нет Космоса как такового, каждый человек – Вселенная со своими устоями. Душа человека – замкнутая Вселенная, где человек у себя дома, она бесконечно приближается к Вселенскому миропорядку.

Далее, микрокосм начинает раскрываться. Человек в экзистенциализме представляется В. Брюнингу моллюском: в раковине моллюск-индивид чувствует себя хорошо, но стоит раковину приоткрыть, моллюск начинает умирать. Экзистенциализм разваливает внутренний порядок духовного уединения.

У Кьеркегора человек открывает свой мир для встречи с Богом. Следующие дырки в панцире пробивает Ясперс, в его философии человек выходит навстречу другому человеку.

Г. Марсель открывает человека природе. Шоры духовно замкнутого миропорядка падают в общении с другими живыми существами. Панцирь полностью разрушается, и в духовном мире личности не остается ничего устойчивого: нет никакого порядка, есть только хаотический поток жизни.

Внизу круга – философия жизни Ницше, с его отказом от всякой морали, традиций, устоев – абсолютная свобода. Общество начинает жить по законам «войны всех против всех», когда «человек человеку – волк», все претендуют на все. И возникает тоска по порядку, свобода претит.

В теоретической мысли идет обратное движение от абсолютной свободы к абсолютному порядку. У того же Марселя в учении об обещании человек, чтобы жить с другими людьми, дает обязательства. Этим он вносит в хаос своей жизни устойчивость.

У Сартра порядок восстанавливается в «проекте», плане души. У него обещания умирают вместе с человеком, но они существуют в течение жизни и определяют смысл подлинного существования.

Следующие шаги по восстановлению статуса порядка осуществляют позитивизм, прагматизм и марксизм. У порядка появляется intersubjective значимость: порядок как результат договора между людьми. В позитивизме группа людей определяет круг аксиом, которые задают порядок мышления. В прагматизме задается круг уверенностей (неизменных правил, приносящих людям пользу), которые позволяют добиваться успеха. В марксизме сообщество людей тождественно классу, в котором приняты свои обещания, свои ценности, определяющие классовый порядок действия. Возвращение к абсолютному порядку происходит в философии трансцендентализма.

Общечеловеческие ценности, математические структуры, правовые нормы отрываются от человека и начинают жить собственной жизнью, устанавливая порядок, в котором опять нет места

свободе выбора, что в настоящее время находит свое выражение в процессах глобализации, бюрократизации и цифровизации.

Итоговым оценочным средством изучения раздела «История философии» на втором курсе лечебного факультета является эссе на тему «Мое философское кредо», в котором студентам предлагается идентифицировать свое философское мировоззрение.

В группе из 29 студентов, в которой впоследствии предполагалось интервьюирование по проблемам грехопадения, треть утверждает: «Я – стоик, потому что меня не беспокоят вещи, на которые я не могу повлиять, я выбираю путь духовного развития, я должен иметь душевный покой, внутреннюю свободу, способность сохранять человеческое достоинство, несмотря на превратности судьбы, жить по совести и при этом сохранять чувство юмора». К стоикам примыкают четверо картезианцев, для которых важно понимать суть событий, изучать реальные факты, делать логические выводы, искать доказательства, давать оценку происходящему. У рационалистов есть понимание того, что разум может созидать и разрушать. Эпикурейцев – пять: «Жизнь создана для счастья, источник которого надо искать в себе, в своих ощущениях, надо радоваться тому, что имеешь, рецепт хорошей жизни – дружба».

Интересна количественная эквивалентность идентификаций «стоиков» и «идеалистов». В чести Беркли, Мах, Юм, Фихте. «Идеалисты» рассматривают мир вещей воплощением мира идей, идеализируют все существующее в нем, акцентируют внимание на ценности бескорыстия. Материализм плотского характера органичен двум молодым людям. Один из них – «фрейдист», по причине женоненавистничества, второй материалист фейербаховского толка, поскольку идеи Бога, свободы воли и бессмертия для него сверхчувственны и потому бессмысленны. Очевидно, что философия отпускает грехи, раскрепощая тело и экзальтируя интеллектуальными страстями дух.

Анализ студенческой эссеистики доказывает готовность учащихся согласиться с преподавателем в том, что на пике абсолютного порядка ни человеческая мысль, ни человеческая деятельность не могут удержаться долго, абсолютная свобода и абсолютный порядок равнопривлекательны и равнонедостижимы для человека цели [2], поэтому вновь востребованными становятся поиски новых горизонтов свободы, что неизбежно актуализирует вопрос о смыслах грехопадения и содержании грехов.

Симуляционным материалом для интервью [3] в студенческой группе второго курса медицинского вуза послужило изучение в курсе философии «Божественной комедии» Алигьери Данте [4]. Мы задались вопросом: все ли девять кругов ада

существуют в сознании современной молодежи? Оказалось, нет. Молодые люди поголовно не видят греха в неверии, три четверти респондентов – в обжорстве, половина – в сладострастии. Свобода совести, гедонизм, раскрепощение чувств позволяют на краю пропасти избежать падения в Ад.

Что такое «грех» в умах будущих медиков? Это отчаявшийся человек, «он грешит перед Богом... он желает быть собой». Видимо, прав В. Брюнинг, грех – это глоток свободы, особенности в молодости. Большинство считает, что грех – это то, за что рано или поздно придется отвечать; нарушение действием, словом и мыслью религиозных заповедей, моральное зло, вред себе, сознательное непринятие бытующих норм.

К интересным реминисценциям можно отнести: «Невеликое чудо увидеть ангелов, великое чудо – увидеть собственные грехи» (Антоний Великий), «Все грехи – это попытки заполнить пустоту» (Симона Вейль), «Грехи других судить Вы так усердно рветесь, начните со своих и до чужих не доберетесь» (Уильям Шекспир), «Существование множества законов доказывает существование множества грехов» (Д. Мильтон), «Всем людям свойственно грешить, различие состоит в степени угрызания совести после этого» (В. Альфьери), «Стыдись грешить, но не стыдись каяться» (И. Златоуст), «Грех есть уклонение от цели, назначенной человеку по природе» (Феофилакт Болгарский), «То, что у других мы называем грехом, у себя мы считаем экспериментом» (Уиллис Д. Эмерсон), «Грех не в темноте, а в нежелании света» (Марина Цветаева), «Грешки: наши мелкие подлости» (Адриан Декурсель).

Обнуление грехов делает пропасть падения менее глубокой, тем не менее, восемь из девяти кругов ада сохраняют в той или иной степени свое значение для молодых людей в следующем порядке: обжорство, гнев (лень), скупость (расточительство), сладострастие, ересь, обман, предательство, насилие.

Противоречиво отношение к прелюбодеянию и ереси: некоторые рассматривают их как грехи тяжкие, другие вообще не осуждают. Не секрет, что «влюбленность начинается с того, что человек обманывает себя, а заканчивается тем, что он обманывает другого» (Оскар Уайльд). Прелюбодеяние в умах многих оправдывает любовь, низкая самооценка, поспешное замужество. В одном из интервью указывается, что ересь происходит от «hairesis» в значении выбор, на который имеет право каждый человек. Ересь открывает свой путь в жизни.

Насилие и обман не обнуляется ни в одном интервью. Обман оправдывает желание скрыть информацию во благо, не раскрывать сокрытое, однако он подрывает доверие, как правило, не имеет конца. Лишь один из респондентов не видит греха

в предательстве, рассматривая его как способ выживания (иногда, нож в спину – единственный способ сохранить жизнь).

Студенты легко простят обжорство как страх перед бедностью, гнев как следствие чувства боли, обиды, страха, несоответствия желаний и возможностей, лень как недостаток силы воли, ересь как свободу выбора, расточительство как любовь к удовольствиям; сложнее со скупостью, обманом, сладострастием. Видимо поэтому доброжелательный смех вызвал старый анекдот:

- Доктор, мне надо похудеть.
- Наконец-то вы озаботились своим здоровьем?
- Нет, у меня возник конфликт грехов.
- Как это?
- Я из-за чревоугодия не могу прелюбодействовать.

К самым тяжким грехам, которые невозможно простить, забыть, респонденты поголовно отнесли насилие и предательство: «Когда тебя предали – это все равно, что руки сломали. Простить можно, но вот обнять уже не получается». Насилие в современном мире неприемлемо ни в каком виде, ибо это всегда глумление сильного человека над слабым. К причинам насилия отнесены стресс, алкоголь, наркотики, к причинам предательства – человеческие слабости, потребность в самоутверждении [5], эгоизм, отсутствие смысла жизни, инстинкт самосохранения.

Выводы:

1. Секуляризация грехопадения – явление, меняющее внутреннее пространство личности. Божественный порядок, обеспечивающий порядочность, (способность любить по порядку: сначала Бога, потом отца и мать, затем жену и детей и т. д.) проходит через испытание свободой. Грехи молодости неизбежны, однако они меняют форму и обретают актуальное содержание в быстро меняющемся мире.

2. Молодые люди, размышляя о современных реалиях грехопадения, понимают границы дозволенного Человеку: свобода распоряжения своим телом, своим словом, своими средствами не пугает современного человека, вместе с тем, красные флажки очевидны для всех: «свобода махать руками заканчивается там, где начинается нос ближнего» (И. Кант). Нетерпимость к любым

видам насилия и предательства свидетельствует о приверженности религиозным заповедям, незыблемости для будущих врачей золотого правила нравственности – не используй другого в качестве средства удовлетворения своих низменных желаний. «Пусть все зависит от репутации» [6. с. 387].

3. Интервьюирование завершается обсуждением влияния греховного поведения на здоровье-сбережение через знакомство с эксплицирующей эту проблему литературой с учетом того обстоятельства, что сначала было Слово [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюнинг В. Философская антропология // Западная философия (итоги тысячелетия). – Екатеринбург, 1997. – С. 60–83.
2. Серова И.А. Вкус меры: Очерки философии здоровья. – М.: Изд. дом «Стратегия», 2007. – 160 с.
3. Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине // Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2015. – № 4. – Р. 686–702.
4. Данте Алигьери. Божественная комедия. В 3 книгах. – М.: Художественная литература, 1974. – 900 с.
5. Вестовер, Тара. Ученица: предать, чтобы обрести себя / Тара Вестовер; [пер. с англ. Т.О. Новиковой]. – М.: Эксмо, 2020. – 480 с.
6. Ридли, Мэтт. Происхождение альтруизма и добродетели. – М.: Издательство «Э», 2016. – 416 с.
7. 50 смертных грехов в русском языке. – М.: Эксмо, 2019. – 80 с.

REFERENCES

1. Bryuning V. Filosofskaya antropologiya // Zapadnaya filosofiya (itogi ty'syacheletiya). Ekaterinburg, 1997. S. 60–83.
2. Serova I.A. Vkus mery': Oчерki filosofii zdorov'ya. M.: Izd. dom «Strategiya», 2007. 160 s.
3. Sedova N.N., Navroczkij B.A., Volchanskij M.E. i dr. Teoriya i praktika primeneniya kachestvenny'x metodov sociologii v medicine // Medicinskij Vestnik Severnogo Kavkaza. 2015. № 4. S. 686–702.
4. Dante Alig'eri. Bozhestvennaya komediya. V 3 knigah. M.: Xudozhestvennaya literatura, 1974. 900 s.
5. Vestover, Tara. Uchenicza: predat', chtoby obresti sebya / Tara Vestover; [per. s angl. T.O. Novikovo] / M.: E'ksmo, 2020. 480 s.
6. Ridli, Me'tt. Proisxozhdenie al'truizma i do-brodeteli. M.: Izdatel'stvo «E'», 2016. 416 s.
7. 50 smertny'x grexov v russkom yazy'ke. M.: E'ksmo, 2019. – 80 s.

РЕАЛИЗАЦИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В ОЦЕНКЕ СТАТУСА ПАЦИЕНТА И ЕГО РОЛИ В ПИСЬМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНТЕРАКЦИИ

В. В. Жура

*доктор филологических наук, доцент, заведующая кафедрой иностранных языков с курсом латинского языка,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, vvzhura@gmail.com*

Е. Г. Семенова

*старший преподаватель кафедры иностранных языков с курсом латинского языка,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, yaitskova@mail.ru*

В статье рассматривается, каким образом основные биоэтические принципы получают отражение при оценке статуса пациента и его роли в терапевтическом взаимодействии в письменных медицинских документах. Нами установлено, что при характеристике таких аспектов сущности пациента, как биомедицинский, социальный, поведенческий, последовательно реализуются следующие принципы: соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, блага пациента. В работе описаны факты нарушения принципа уважения прав и достоинства человека, выражающиеся в речевой стигматизации пациента.

В письменных медицинских документах с позиций биоэтической перспективы негативно или позитивно оцениваются характер и степень участия пациента в медицинской интеракции, исходя из блага пациента и его комплаентности.

Ключевые слова: биоэтические принципы, письменная медицинская интеракция, комплаентность, речевая стигматизация пациента.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-35-39

IMPLEMENTATION OF BIOETHIC PRINCIPLES IN THE EVALUATION OF THE PATIENT'S STATUS AND ROLE IN WRITTEN MEDICAL INTERACTION

V. V. Zhura

*Doctor of Philology, Associate Professor, Head of the Department of Foreign Languages with a Latin Language Course,
Volgograd State Medical University, vvzhura@gmail.com*

E. G. Semenova

*Senior Lecturer in the Department of Foreign Languages with a Latin Language Course,
Volgograd State Medical University, yaitskova@mail.ru*

The article explored the fact that various bioethical principles underlie the evaluation of the patient's status and role in therapeutic interactions in written medical documents. We have found that characterization of biomedical, social and behavioural aspects of the patient's existence relies on such bioethical principles as obligation, truthfulness, respect for human rights and dignity, the patient's good. A few facts of the violation of the principle of respect for human rights and dignity consisting in verbal stigmatization have been provided.

Bioethical perspective is also taken to evaluate the mode and extent of the patient's involvement in a medical interaction, which are either negatively or positively assessed based on the patient's compliance and good.

Key words: bioethical principles, written medical interaction, compliance, verbal stigmatization of the patient.

Значительный прогресс в области медицины, достигнутый в XX–XXI веках, позволил говорить о возникновении новых тенденций как в рамках сектора здравоохранения, так и в масштабах всего общества. Изменившиеся материальные контексты и условия взаимодействия врача и пациента приводят к появлению новых моделей, применяющихся в ходе их интеракции. Различия в паттернах медицинского взаимодействия обусловлены, прежде всего, целью, реализуемой в процессе интеракции, а также статусом и ролью каждого из участников общения. Яркой демонстрацией этому могут послужить патерналистская и коллегиальная модели которых цель взаимодействия (выявление медицинской проблемы и оказание помощи пациенту) достигается разными способами,

значительно отличается вклад каждого из его участников.

Одним из важных способов взаимодействия врача и пациента является письменная коммуникация, представляющая собой особый вид отсроченной медицинской интеракции. Различные виды медицинских документов, используемые для регистрации информации процедур диагностического, терапевтического, профилактического, санитарно-гигиенического характера, составляемые врачом, становятся впоследствии предметом восприятия и интерпретации не только медицинских специалистов, но и пациента. Круг таких документов достаточно обширен и включает материалы медицинской карты, выписки из медицинских карт, медицинские заключения и справки, протоколы

различных исследований и вмешательств и др. Являясь формой отсроченной коммуникации, подобные документы могут пролить свет на то, какие биоэтические ориентиры определяют особенности оценивания врачом статуса пациента и его роли в процессе терапевтического взаимодействия и даже зафиксировать эпизоды отступления от норм этического поведения со стороны первого.

Целью данного исследования стало выявление особенностей оценивания статуса пациента и его роли в медицинской интеракции с позиций биоэтических принципов на материале различных медицинских документов (описаний клинических случаев, медицинских выписок и заключений) на английском и русском языках, размещенных в свободном доступе в сети Интернет, а также полученных авторами на основе принципа информированного согласия. Мы полагаем, что подобный ракурс изучения позволит нам установить, насколько глубоко произошла интериоризация ценностей современной биоэтики в сознании современных врачей и какие из ее принципов и моделей взаимодействия реализуются в отсроченной медицинской коммуникации.

Под статусом пациента в данном исследовании понимаются различные аспекты феноменологической сущности пациента, существенные для достижения цели и задач медицинской интеракции. Роль пациента заключается в степени и характере его вовлеченности в терапевтический процесс, конечной точкой чего можно считать его комплаентность.

Гипотезой исследования стало то, что под влиянием биоэтических концепций в отсроченной письменной медицинской коммуникации происходит переоценка статуса пациента в направлении от восприятия его как чисто биомедицинской сущности к включению в него социальных, психоэмоциональных и даже нравственных аспектов бытия человека. Изменяются также представления о его роли в терапевтическом процессе, согласно которым активное вовлечение пациента в медицинскую интеракцию позволяет повысить его комплаентность. При этом существенным условием реализации указанных тенденций является соблюдение основных биоэтических принципов, таких как принцип уважения прав и достоинства человека, принцип уважения автономии пациента, принцип справедливости и др.

Важным аспектом содержания медицинских документов является установление и фиксация клинической картины заболевания, осуществляемые на основе устного представления пациента. Такой подход в медицине обусловлен биоэтическими принципами долга и правдивости при получении и трансляции важных данных в отношении здоровья

человека. Таким образом, ведущим компонентом статуса пациента в письменной медицинской коммуникации становятся его биомедицинские параметры, описываемые посредством указания на релевантные клинические признаки, приведения лабораторных и инструментальных данных, градуирующих состояние функциональных систем его организма:

«Her amylase level was 5000u/l. An ultrasound, MRCP and endoscopic ultrasound (EUS) failed to demonstrate any gallstones. Viral titres were also normal» [1].

Интересным является тот факт, что при презентации соматических параметров происходит деперсонализация текста различными лексическими и грамматическими средствами. Таким образом, описываемый субъект, то есть пациент, становится вторичным по отношению к актуализируемому соматическим и клиническим параметрам (проходила обследование амбулаторно, госпитализирована в ..., почки не пальпируются, No gastritis, ulceration or blood was noted. Cardia was normal. Pylorus and duodenum normal) [2].

Подобный формат презентации пациента акцентирует серийность, шаблонность процедур, в процессе выполнения которых человек воспринимается как биологическая субстанция.

Таким образом, основным статусным аспектом представления феноменологической сущности пациента, получающим отражение в отсроченной медицинской коммуникации, становится биомедицинское измерение, в фокусе которого оказываются патофизиологические изменения, происходящие в различных системах организма.

Растущее в современной биоэтике осознание ответственности пациента в принятии решений и важности его активной вовлеченности в процесс лечения и популяризация ее идей среди современных врачей приводит к тому, что в ходе отсроченной письменной медицинской коммуникации отражение получают также параметры социального бытования больного человека, актуальные для оценки и коррекции его патофизиологического состояния [6]. Сбор и регистрация подобной информации наряду с клиническими основаниями обусловлена необходимостью следования биоэтическим принципам соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, требующих в том числе представления пациенту полной и достоверной информации.

В медицинских документах представлена информация, которая может препятствовать или способствовать коррекции патофизиологического состояния пациента. В некоторых случаях она может сопровождаться имплицитной (положительной или отрицательной) аксиологической оценкой, выражаемой с позиций имеющейся патологии.

«However, her husband has been out of work for more than a year, and their only source of income is her Social Security check. Therefore, she has been unable to purchase the fluticasone or salmeterol» [7].

Приведенный выше пример тесно связан с таким биоэтическим принципом, как принцип справедливости, постулирующим необходимость обеспечения равных прав на получение медицинских услуг всем членам общества. В соответствии с данным принципом описанные обстоятельства (отсутствие работы, недостаток средств для нормальной жизнедеятельности) являются важным препятствием для получения квалифицированной медицинской помощи и отрицательно влияют на развитие заболевания, что позволяет сделать вывод об их имплицитном негативном аксиологическом потенциале.

Таким образом, в подобных контекстах пациент воспринимается нами как сущность социальная, а не только биомедицинская, выделяются те аспекты его социального бытования, которые имеют существенное значение для коррекции его заболевания. Кроме того, подобный статусный параметр часто соотносится с социокультурными ценностями и подвергается оценке. Кроме того, характеристика данного параметра бытия человека проливает свет на то, какова роль самого пациента в процессе лечения, которая в приведенном примере имеет негативное звучание.

Следующий аспект оценивания статуса пациента включает нравственное измерение бытия пациента и тесно связан с реализацией биоэтического принципа «твори добро». В данном случае в документе происходит презентация различных поведенческих аспектов жизнедеятельности пациента, непосредственно связанных с процессами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации после заболевания. В ряде случаев такая информация также сопровождается имплицитной или эксплицитной оценкой, нацеленной на то, чтобы направить пациента на путь выздоровления, даже путем порицания.

Примером этому может послужить приведенный ниже отрывок, в котором дается имплицитная отрицательная оценка поведения пациента, в частности его комплаентности: «She does not know her cholesterol level» [5]. Отрицательная оценочность данного фрагмента связана с тем, что при сборе анамнеза пациент затрудняется ответить на вопрос врача об уровне холестерина, то есть не уделяет должного внимания своему здоровью. Факт отсутствия комплаентности подвергается фиксации в документе и требует дальнейших усилий по ее устранению.

Поведенческий аспект может сопровождаться положительной оценкой, в случаях, когда

действия пациента оцениваются как приемлемые с точки зрения медицины, в силу того, что они способствуют укреплению здоровья и указывают на его комплаентность: «The patient is up to date on her immunizations» [7]. Следовательно, данный статусный параметр также играет важную роль в характеристике роли пациента в терапевтическом процессе.

В текстах письменных медицинских документов также могут быть отражены психоэмоциональные аспекты поведения человека, которые также зачастую ассоциированы с положительной или отрицательной оценкой и определяют степень и характер его участия в процессе лечения.

Важным свидетельством применения биоэтической перспективы при оценке роли и статуса пациента в письменный медицинский дискурс является проникновение элементов модели совместного принятия решения в его содержание. Это наблюдается в тех случаях, когда в документе получают объективацию мнения и оценки пациента, свидетельствующие о том, что врач в ходе сбора диагностической информации учитывает позицию пациента: «Originally, she thought she was getting a cold». Данный факт является проявлением распространенности в клинической практике «коллегальной модели» взаимодействия врача с пациентом, что получает отражение и в отсроченной письменной медицинской коммуникации.

О попытках коммуникативного взаимодействия свидетельствует также использование в описаниях клинических случаев приема «чужой речи», который подчеркивает объективность и непредвзятость врача и применяется для совместного конструирования картины заболевания и выбора лечения:

«She states that she counts her carbohydrate servings at each meal and is “watching what she eats”» [7].

Привлечение «чужой речи» врачом может быть ассоциировано с имплицитной отрицательной оценкой, как нижеследующем примере, в котором использование прямой речи пациента становится свидетельством отсутствия комплаентности с его стороны, выражающегося в несоблюдении схемы приема препарата:

«She says she occasionally “takes a little more” insulin when she notes high blood glucose readings, but she has not been instructed on the use of an insulin adjustment algorithm» [7].

Важным моментом при анализе аксиологической оценки, объективируемой в текстах медицинских документов, является отграничение оценочных смыслов, связанных с реализацией основных биоэтических принципов при характеристике социальных, поведенческих и психоэмоциональных

параметров пациента и оценочных смыслов, связанных с нарушением принципов уважения и достоинства человека и принципа уважения автономии пациента. В последнем случае мы имеем дело с проникновением субъективных смыслов в текст медицинских документов при характеристике пациента.

В современных публикациях, посвященных особенностям представления пациента в медицинских документах, отмечены факты нарушения указанных выше принципов и возникновения проблемы стигматизации пациента [3, 4].

Выявляемые эпизоды вербальной стигматизации являются свидетельством предвзятого отношения к пациенту, могут негативно повлиять на адекватность принятия клинического решения и установление терапевтических отношений между врачом и пациентом.

В исследовании А. П. Годду и др. проведен сопоставительный анализ примеров речевой стигматизации и нейтральных вариантов описания симптоматики и поведения пациента, зафиксированных в медицинских заключениях. Отмечено, что первая проявляется в проникновении компонентов с субъективной отрицательной оценкой действий пациента, что является прямым нарушением принципа уважения прав и достоинства человека:

(1) «*He spent yesterday afternoon with friends*» (нейтральный стиль) «*Yesterday afternoon, he was hanging out with friends*» (стигматизация).

(2) «*He has about 8–10 pain crises per year, for which he typically requires opioid pain medication in the ED*» (нейтральный стиль). «*He is narcotic dependent and in our ED frequently*» (стигматизация).

(3) «*Mr. R is sleeping but easily arousable and seems distressed*» (нейтральный стиль). «*Mr. R is sleeping but easily arousable and has been cussing at nurse*» (стигматизация).

(4) «*Over the past few days, he has taken 2 tabs every 4–6 hours*» (нейтральный стиль). «*Over the past few days, he says that he has taken 2 tabs every 4–6 hours*» (стигматизация) [3].

В стигматизирующих высказываниях используется целый ряд вербальных сигналов, таких как избыточная детализация, оценочные слова, глаголы речевой констатации, которые свидетельствуют о субъективном отношении и недоверии к пациенту.

Проведенное исследование позволило установить то, как биоэтические принципы направляют врача при оценивании статуса пациента и его роли в терапевтическом процессе. В ходе отсроченной письменной медицинской интеракции последовательно реализуются следующие принципы: соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, блага пациента, которые

призваны обеспечить наиболее полное достижение цели данного вида социальной интеракции.

На основании указанных принципов в отсроченной письменной медицинской коммуникации происходит оценивание таких аспектов феноменологической сущности пациента, как его биомедицинское начало, социальные, поведенческие, в том числе психоэмоциональные параметры его жизнедеятельности.

В ряде случаев данные позволяют говорить и о нарушениях принципа уважения прав и достоинства человека, связанных с фактами речевой стигматизации пациента.

Биоэтическая перспектива при изложении медицинской информации прослеживается также в оценке роли пациента в ходе терапевтического взаимодействия.

В текст включается указание на факты, проливающие свет на характер и степень участия пациента в медицинской интеракции, которые в соотнесенности с основными биоэтическими принципами негативно или позитивно оцениваются с позиций комплаентности и блага пациента.

Дальнейший анализ того, каким образом ценности и принципы биоэтики определяют и направляют коммуникативную деятельность врача, является важным условием гармонизации отношений между ним и пациентом в медицине, а также наиболее полной реализации целей деятельности в этой сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Acute epigastric pain – case study by Dr Louise Newson on the 3 May 2017. URL: <https://www.gponline.com/acute-epigastric-pain-case-study/gi-tract/article/1431336>.
2. Clinical Case Studies: Immunopaedia. URL: <https://www.immunopaedia.org.za/clinical-cases>.
3. Goddu A. P., O'Connor K. J., Lanzkron S., Saheed M. O., Saha S., Peek M. E., Haywood C., Beach M. C. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record // *Journal of General Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 33. – Issue 5. – P. 685–691.
4. Hill T. E. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. – 2010. – Vol. 5. – P. 5–11.
5. Sample Written History and Physical Examination. URL: www.med.unc.edu/medclerk/files/2018/10/UMNwriteup.pdf.
6. Van Ryn M., Burgess D., Malat J., Griffin J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease // *American Journal of Public Health*. – 2006. – Vol. 96 (2). – P. 351–357.
7. Yarbrough P. Case Study: A Patient With Type 2 Diabetes Working With an Advanced Practice Pharmacist to Address Interacting Comorbidities // *Diabetes Spectrum*. – 2003. – Vol. 16 (1). – P. 41–48.

REFERENCES

1. Acute epigastric pain – case study by Dr Louise Newson on the 3 May 2017. URL: <https://www.gponline.com/acute-epigastric-pain-case-study/gi-tract/article/1431336>.
2. Clinical Case Studies: Immunopaedia. URL: <https://www.immunopaedia.org.za/clinical-cases>.
3. Goddu A. P., O'Connor K. J., Lanzkron S., Saheed M. O., Saha S., Peek M. E., Haywood C., Beach M. C. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record // Journal of General Internal Medicine. 2018. Vol. 33. Issue 5. P. 685–691.
4. Hill T. E. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2010. Vol. 5. P. 5–11.
5. Sample Written History and Physical Examination. URL: www.med.unc.edu/medclerk/files/2018/10/UMNwriteup.pdf.
6. Van Ryn M., Burgess D., Malat J., Griffin J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease // American Journal of Public Health. 2006. Vol. 96 (2). P. 351–357.
7. Yarborough P. Case Study: A Patient With Type 2 Diabetes Working With an Advanced Practice Pharmacist to Address Interacting Comorbidities // Diabetes Spectrum. 2003. Vol. 16 (1). P. 41–48.

УДК 614.253:61:81.27

КУЛЬТУРА РЕЧИ ВРАЧА КАК ОСНОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ

Т. К. Фомина

доктор социологических наук, доцент, заведующая кафедрой русского языка и социально-культурной адаптации, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, tkfomina@yandex.ru

Ю. Г. Фатеева

кандидат филологических наук, доцент кафедры русского языка и социально-культурной адаптации, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, fatjg@mail.ru

О. В. Костенко

кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, biosoc@yandex.ru

Статья посвящена вопросам коммуникативной компетенции врача как составляющей профессиональной этики. Знание норм современного русского литературного языка, соблюдение данных норм в устной и письменной речи медицинского работника способствуют установлению контакта между врачом и пациентом. Для выявления уровня владения нормами русского языка, подготовленности к речевой профессиональной деятельности было проведено исследование, в ходе которого были выявлены наиболее типичные ошибки: орфоэпические, морфологические, лексические, стилистические. Соблюдение норм языка и этики общения способствует достижению основной цели медицинской деятельности – выздоровлению больного.

Ключевые слова: коммуникативная компетенция, нормы современного русского литературного языка, этические нормы, профессиональное общение, лингвоактивная профессия.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-39-42

DOCTOR'S SPEECH CULTURE AS THE MAIN COMPONENT OF PROFESSIONAL ETHICS

T. K. Fomina

Doctor of Sociology, Associate Professor, Head of the Department of the Russian Language and Socio-Cultural Adaptation, Volgograd State Medical University, tkfomina@yandex.ru

Yu. G. Fateeva

Candidate of Philological Sciences, Associate Professor of the Department of the Russian Language and Socio-Cultural Adaptation, Volgograd State Medical University, fatjg@mail.ru

O. V. Kostenko

PhD, associate Professor in the Department of Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Psychology and Sociology for Medicine, Volgograd State Medical University, biosoc@yandex.ru

The article is devoted to the communicative competence of a doctor as a component of professional ethics. Knowledge of norms of the modern Russian literary language, compliance with these standards in the oral and written speech of a medical worker helps to establish contact between doctor and a patient. To identify the level of knowledge of Russian language norms, readiness for professional speech a scientific research was made, during which the most typical mistakes were revealed:

orthoepic, morphological, lexical, stylistic. Following the norms of the language and ethics of communication contributes to the achievement of the main aim of a medical activity – recovering of a patient.

Key words: communicative competence, norms of the modern Russian literary language, ethical standards, professional communication, linguistic profession.

Наряду с профессиональной компетенцией врача принято говорить о коммуникативной компетенции представителей этой профессии, так как ряд научных исследований подтверждает мысль о том, что «существует непосредственная связь между повышением комплаентности пациента (готовности пациента выполнять медицинские предписания врача) и эффективностью общения между ними» [2, с. 3]. Полагаем, это подтверждает происхождение самого слова: «врач» на древнерусском «врати», что означает «говорить». Профессия врача изначально была и до сих пор остается лингвоактивной, так как язык является одним из основных средств эффективности и результативности в лечении, в достижении положительных результатов.

Необходимость включения языковой компетенции в профессиональный стандарт врача основана на знании речевого этикета для установления контакта с пациентом, что в дальнейшем сказывается на успешности лечения. Кроме того, успешному лечению способствует этическое поведение врача, так как врачебная деятельность предполагает вмешательство в личную жизнь пациентов. В этом случае важно все, ведь «наблюдая за поведением, манерами, мимикой и пантомимикой, внешностью, осанкой, одеждой – всем тем, что позволяет личности так или иначе проявить себя, мы складываем представление о ней, формируем в своем сознании ее образ и делаем вывод, что представляет собой данная личность» [3, с. 328]. Не менее значимым является и качество речи медицинского работника, которое заключается в том, чтобы использовать не только точные слова для выражения мыслей, но и наиболее уместные, коммуникативно оправданные в данной ситуации.

Основной коммуникативной ошибкой медицинского работника является сконцентрированность на медицинской стороне лечения пациента: постановка диагноза, исходя лишь из результатов лабораторных исследований, назначение лечения по установленной схеме и т.д. При этом общение с пациентом сводится к минимуму. В результате, врач лечит симптомы, в лучшем случае – заболевание, а не самого пациента. Такой подход часто характеризуется отсутствием контакта между врачом и больным, что не может не сказаться на качестве и результативности избранного лечения, на удовлетворенности пациента предоставленными услугами.

Для достижения основной цели диалога врача и пациента: установления контакта, выявления симптомов, постановки диагноза и определения тактики лечения – «доктор должен объяснять все просто, на пальцах, используя общеупотребительные, человеческие слова, а не медицинский, птичий для пациента язык» [5, с. 22]. Однако отсутствие навыка общения с пациентом, низкий уровень или

отсутствие речевой культуры могут стать факторами, которые будут препятствовать воздействию на пациента и делать тщетными попытки создать обстановку взаимопонимания и уважения, доверия к врачу.

Требование «простоты» изложения, использование общеупотребительной лексики в диалоге с пациентом заключает в себе другую опасность – переход на примитивную речь. В профессиональной деятельности медицинскому работнику «важно не впасть в... сленг... Доктор должен говорить грамотно, владеть русским литературным языком. Это предотвратит не только панибратство, но и несерьезное отношение к доктору и его словам» [5, с. 22].

Отметим, ошибки в повседневной речи не воспринимаются как большой недостаток, однако, если человек допускает такие оплошности в профессиональной среде – это может негативно сказаться не только на его репутации, но и на качестве его профессиональной деятельности, так как речь «бедная, изобилующая лексическими, орфоэпическими, морфологическими, стилистическими и орфографическими ошибками, всегда, явно или скрытно, будет оказывать влияние на положительное или отрицательное мнение о компетентности врача, вплоть до отказа от его медицинских услуг» [3, с. 329].

С целью определения уровня владения нормами русского литературного языка нами был проведен анализ речи и ошибок в устном дискурсе врачей. В результате, выявлены ошибки, которые вызывают непонимание, удивление пациентов неумением врача общаться с больными или их родственниками, так как, по мнению больных, речь врача является признаком квалификации.

В ходе исследования все ошибки были скооперированы в соответствии с языковыми нормами: орфоэпические (нормы ударения), лексические (нормы употребления слова в собственном ему значении), морфологические (нормы образования форм слова в соответствии с частеречевой принадлежностью), синтаксические (нормы согласования слов в высказывании), стилистические (нормы употребления слов определенного стиля в соответствии с «требованиями» речевой ситуации).

Так, наиболее типичной ошибкой устного высказывания медицинского работника является неумение правильно поставить ударение (орфоэпическая норма): например, часто можно услышать *флюорогРАфия* вместо нормативного *флюорогРАФИЯ*, *пломбИровать* (неправильно) – *пломбировАть* (правильно), *облЕгчить* (неправильно) – *облЕгчИть* (правильно), *закупОрить* (неправильно) – *закупОрИть* (правильно), *закупОрка* (неправильно) – *закупОрка* (правильно), *заУсеница* (неправильно) – *заусЕница* (правильно), *опухОль* (неправильно) – *опухОль* (правильно). Примечательно, что орфоэпические ошибки медицинские работники допускают

не только в медицинских терминах, но и в общеупотребительной лексике. Так, к сожалению, довольно часто можно услышать из уст профессионала *звОнит* вместо канонического *звонИт*, *туфлЯ* (неправильно) – *туфля* (правильно), *АлкогОль* (неправильно) – *алкогОль* (правильно), *феномЕн* (неправильно) – *феноМен* (правильно), *Эксперт* (неправильно) – *экспЕрт* (правильно), *дОговор* (неправильно) – *договОр* (правильно).

Безграмотной, а значит и малопонятной делают речь врача морфологические ошибки, которые по результатам проведенного исследования «стоят» на втором месте после орфоэпических. Наиболее частотным среди такого рода ошибок является произнесение неправильной формы слова, например в глаголах: *бежи*, *бежите* (неправильно) – *бегИ*, *бегИте* (правильно); *ляж*, *ляжете* (неправильно) – *ляг*, *лягте* (правильно), *ехай* (неправильно) – *поезжай* (правильно).

Следующей по количеству является группа морфологических ошибок в речи врача. Бесспорно, морфология как раздел о языке, изучающий значимые единицы языка, словоформы, имеет ряд правил, знание которых делает речь человека грамотной, понятной. Так, например, в родном языке определение рода некоторых существительных, а значит и согласование в форме прилагательного, вызывает затруднение. Одной из трудностей является определение рода существительных. Так, к словам мужского рода относятся *аэрозоль*, *банкнот*, *ботинок*, *рельс*, *пролежень*, *картофель*, *помидор*, *метастаз*, *тюль*, *шампунь*. К словам женского рода относятся *манжета*, *туфля*, *саями*, *тапочка*, *тапка*, *мозоль*, *заусеница*, *плацкарта*, *прорубь*. *Бра*, *цупальце*, *повидло*, *мочало* – это слова среднего рода.

Незнание родовой принадлежности некоторых слов, которые в языке чаще функционируют во множественном числе, также вызывает сложности в случае необходимости употребления единственного числа. Трудность, в частности, вызывает определение форы ед. числа в следующих словах: *туфли* (*туфля*), *простыни* (*простыня*).

Вариативность окончания множественного числа существительных приводит к появлению ошибок в речи. Например, грамотность речи придают правильно употребляемые существительные, имеющие только окончание -а, -я: *глаза*, *дома*, *катера*, *доктора*, *директора*, *профессора*, *адреса*, *черепа*; или только -ы, -и: *авторы*, *актеры*, *офицеры*, *договоры*, *акушеры*, *инженеры*, *инструкторы*, *шоферы*, *ректоры*, *проректоры*, *инженеры*, *бухгалтеры*, *торты*, *выговоры*, *рапорты*, *табели*, *инспекторы*, *инструкторы*, *кремы*. Нередко варианты окончаний обусловлены лексическим значением каждой формы. Например, существительные, у которых формы с окончаниями -а, -я, -ы, -и различаются по значению (*образы* – *образа*, *тоны* (*звук*) – *тона* (*оттенки*), *корпусы* (*туловища*) – *корпуса* (*здания*), *пропуски* (*отсутствии*) – *пропуска* (*документы*)).

Склонение по падежам существительных также вызывает трудности, например: *много полотенец*

(неправильно) – *много полотенец* (правильно), *пять каплей* (неправильно) – *пять капель* (правильно).

Часто появляются ошибки при употреблении числительных *оба*, *обе*. Так, существительные мужского рода в именительном падеже *оба пациента*, *оба стола*, *оба стула*, *оба шприца* в косвенных падежах имеют форму *обоим пациентам*, *обоим пациентов*, *обоими пациентам*, *об обоих пациентах*. С существительными женского рода в именительном падеже сочетается только слово *обе пациентки*. В косвенных падежах имеет формы *обеих пациенток*, *обеим пациенткам*, *обеими пациентками*, *об обеих пациентках*.

Заслуживает внимание изменение по лицам глагола *выздороветь*. *Я выздоровею*, *ты выздоровеешь*, *он(она) выздоровеет*, *мы выздоровеем*, *вы выздоровеете*, *они выздоровеют*.

В качестве промежуточных выводов можно сказать, что наиболее разнообразными и потому труднопреодолимыми являются ошибки, вызванные незнанием медицинскими работниками морфологических норм русского литературного языка.

Употребление предлога *благодаря* часто вызывает сложности употребления: надо помнить, что он употребляется для указания причины, поэтому требует после себя дательного падежа (кому? чему?). Например, *благодаря новому исследованию*, *благодаря слаженной работе врачей*, *благодаря назначенному препарату*. При этом причина должна приводить к благоприятному результату: например, абсурдным представляется высказывание *благодаря несоблюдению рекомендаций врача основное заболевание осложнилось нагноительным процессом*. Предлоги *вопреки*, *согласно*, *навстречу* по современным нормам также употребляются только с дательным падежом.

К сожалению, как показало проведенное исследование, не менее многочисленными являются лексические ошибки, среди которых стоит выделить неправильное употребление паронимов, например: *запАсный* (*выход*) – *запаснОй* (*игрок*), *языкОвый* (*паштет*) – *языковОй* (*барьер*), *характЕрный* (*признак*) – *харАктерный* (*актер*). Часто путаница происходит в употреблении следующих слов: *сытый* или *сытный*, *невежа* или *невежда*. Ошибкой в речи может быть использование в одном предложении слов, противоречащих друг другу по смыслу: «Он обратно заступил на ночное дежурство». Врач, как любой грамотный специалист, в речи должен избегать лексических ошибок, которые проявляются в некорректном употреблении слов в несвойственных для них значениях.

Однако наибольшую группу составляют ошибки, вызванные нарушением стилистических норм. Частой является неоправданная замена понятных русских слов заимствованными, слишком наукообразными и не всегда понятными. Например, *Я не смог вовремя начать прием больных*, *но у меня есть алиби*. К стилистическим же ошибкам относится использование устаревших слов (архаизмов). Например, «*сего года*» вместо «*этого года*»,

использование синонимичных слов без необходимости, то есть странно слышать в речи коллег, не имеющих отношение, например, к судебному заседанию, слово «апеллировать» вместо «обращаться».

Вместе с тем, профессионализм врача не определяется лишь знанием норм литературного языка, соблюдение которых делает речь врача грамотной, понятной, способствует установлению контакта с пациентом. Умение общаться – это одно из значимых условий создания обстановки, способствующей позитивным результатам в практической деятельности врача. Однако профессионализм определяется также и общей культурой специалиста. Так, еще одна сторона проблемы – это поведение врача, формирующее позитивный образ в глазах пациентов. Анализируя поступки врача, можно прийти к выводу, что зачастую врач нарушает нормы профессиональной этики, совершает ошибки, связанные со стандартом поведения медицинского работника при общении с пациентом вне выполнения должностных обязанностей. Приведем несколько примеров подобного рода ошибок. Например, в соответствии с общей этикой считается нарушением правила проходить мимо пациентов, которые ожидают врача в коридоре, не сказав «Здравствуйте!». При опросе больного, который жалуется на боль, головокружение и т. д., избегать слова «хорошо». Это ритуальная реплика в значении констатации факта восприятия информации в прямом значении имеет смысл одобрения. В таком случае высказывание врача представляется бестактным, даже антигуманным: медицинский работник одобряет наличие у пациента симптомов, значительно ухудшающих качество его жизни. Нельзя достичь благоприятного психологического климата, когда на приеме врач, проводя опрос, смотрит в карту, а не на больного.

Бесспорно, знание и соблюдение норм способствует предотвращению конфликтов, даже если недопонимание спровоцировано пациентом. Например, если пациент останавливает врача и начинает говорить о проблемах, связанных со здоровьем, его стоит деликатно остановить и сказать, что это нужно обсуждать на приеме.

Нарушением этической нормы можно рассматривать действие врача, когда последний во время обхода присаживается на постель больного. Грубым, недопустимым нарушением считается фраза «А что Вы хотите в Вашем возрасте?» в диалоге с возрастным пациентом.

Таким образом, приведенные выше примеры профессионально-речевого и этического поведения врача говорят о том, что сформированная коммуникативная компетенция, речевой этикет в общении с пациентом, уважение вне зависимости от возраста повышают вероятность взаимопонимания и взаимопонимания между врачом и пациентом [6]. Наше исследование подтвердило, что при нарушении литературных норм искажается смысл сказанного врачом, что в дальнейшем, как мы уже отмечали,

может стать причиной недопонимания, отрицательного результата в лечении [7]. Данная проблема требует дальнейшей разработки, которая бы объединила в себе не только речевой, но и поведенческий аспекты в работе врача [8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремова Н.В. Медицинский дискурс – один из видов институционального дискурса / Н.В. Ефремова // Актуальные проблемы научного знания: Материалы IV международной научной конференции. – М., 2011. – С. 51–58.
2. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: Монография / В.В. Жура. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ: ООО «ДарКо», 2008. – 376 с.
3. Кокеннова, З.К. Культура профессиональной речи врача / З.К. Кокеннова, Г.Ж. Турысбекова, Г.С. Аркабаева // Вестник КазНМУ. – 2014. – № 4. – С. 328–330.
4. Мусозранова М.Б. Генезис речевой компетентности врача [Электронный ресурс] / М.Б. Мусозранова, В.И. Разумов, К.И. Нестерова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26247> (дата обращения: 01.02.2020).
5. Соколов А.Л. Чему не учат докторов: врачебные хитрости / А.Л. Соколов. – Ростов-н/Д., 2016. – 184 с.
6. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience. 2015. – Т. 17, № 4. – С. 714–720.
7. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law / 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. – 2017. – С. 99.
8. Shkarin V.V. National peculiarities of teaching bioethics in the medical university // Биоэтика. – 2019. – № 2 (24). – С. 25–30.

REFERENCES

1. Efremova N.V. Medicinskij diskurs – odin iz vidov institucional'nogo diskursa / N.V. Efremova // Aktual'nye problemy nauchnogo znaniya: Materialy IV mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii. 2011. S. 51–58.
2. Zhura V.V. Diskursivnaya kompetenciya vracha v ustnom medicinskom obshchenii: Monografiya / V.V. Zhura. Volgograd: Izd-vo VolgGMU: ООО «DarKo», 2008. 376 s.
3. Kokenova, Z.K. Kul'tura professional'noj rechi vracha / Z.K. Kokenova, G.ZH. Turysbekova, G.S. Arkabaeva // Vestnik KazNMU. 2014. № 4. S. 328–330.
4. Musozranova, M.B. Genезis rechevoj kompetentnosti vracha [Elektronnyj resurs] / M.B. Musozranova, V.I. Razumov, K.I. Nesterova // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2017. № 2. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26247> (data obrashcheniya: 01.02.2020).
5. Sokolov A.L. Chemu ne uchat doktorov: vrachebnye hitrosti / A.L. Sokolov. Rostov-n/D., 2016. 184 s.
6. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience. 2015. T. 17, № 4. S. 714–720.
7. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law / 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. S. 99.
8. Shkarin V.V. National peculiarities of teaching bioethics in the medical university // Bioetika. 2019. № 2 (24). S. 25–30.

УДК 616.31:338.48:001.5

**ЭТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ТУРИЗМА
КАК ПРЕДМЕТ НАУЧНОГО ИНТЕРЕСА****Г. Ю. Щекин**

*профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, доктор социологических наук, Россия, Alfa-001@yandex.ru*

Г. Ю. Осыко

*аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, osyko.anna@mail.ru*

В. А. Бахтин

*аспирант Донского государственного технического университета,
Россия, г. Ростов-на-Дону, larmin1@mail.ru*

Л. Л. Кожевников

*кандидат юридических наук, доцент, директор Центра ДПО Сочинского государственного
университета юстиции, г. Сочи, biosoc@yandex.ru*

Актуальность понятия стоматологического туризма в России в сочетании с нехваткой теоретического материала по данной проблеме определили тему данной статьи. В работе представлен аналитический обзор зарубежной литературы в области стоматологического туризма различных авторов, рассмотрены разнообразные подходы к определению понятия стоматологического туризма. В отечественной литературе научных разработок, посвященных собственно стоматологическому туризму и не носящих рекламный характер, нет. В то же время на роль в организации въездного стоматологического туризма в России претендуют различные социальные субъекты: клиники, индивидуальные предприниматели (как правило врачи-стоматологи), туроператоры. Интерес к организации услуг стоматологического туризма стали проявлять и местные власти регионов, где он уже достаточно развит. Авторы полагают, что должны существовать определенные алгоритмы и ценностные конфигурации в организации стоматологического туризма. Принципиально важной поэтому представляется исследовательская работа в поиске баланса коммерческой и этической составляющей стоматологического туризма.

Ключевые слова: здоровье, пациент, лечащий врач, медицинская помощь, стоматологическая помощь, стоматологический туризм, медицинский туризм.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-43-48

**ETHICS OF DENTAL TOURISM AS A SUBJECT
OF SCIENTIFIC INTEREST****G. Yu. Shchekin**

*Doctor of Sociology, Professor of the Philosophy, Bioethics and Law Department, with the course of sociology of medicine
the Volgograd State Medical University, Russia, Alfa-001@yandex.ru*

A. N. Osyko

*Post-graduate student of the Philosophy, Bioethics and Law Department with the course of sociology of medicine
Volgograd State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, osyko.anna@mail.ru*

V. A. Bakhtin

Post-graduate student of the Don State Technical University, Russia, Rostov-on-Don, larmin1@mail.ru

L. L. Kozhevnikov

*PhD in Law, Associate Professor, Director of the Center for Higher Professional Education of the Sochi State University,
Sochi, biosoc@yandex.ru*

The theme of the paper is defined by the relevance and insufficient scientific elaboration of the concept of dental tourism in Russia on the basis of deep, comprehensive and conceptually oriented research. The article presents the analytical review of foreign literature in the field of dental tourism. The authors consider various approaches to the definition of the concept

of dental tourism. Scientific developments which are devoted to the dental tourism have not been conducted in our country yet. Mainly, the scientific developments in the sphere of dental tourism are conducted for advertising purposes. The authors points to the possibility and necessity of this study within the framework of sociology of medicine which has the methodological and operational basis for achieving the planned result.

Key words: health, patient, attending doctor, medical help, dental tourism, medical tourism.

Современная медицина играет важную роль в индустрии международного туризма. Рассматривая механизмы повышения качества медицинской помощи, можно обнаружить перечень возможностей, одной из которых является стоматологический туризм. Термином «стоматологический туризм» чаще всего называют вид медицинского туризма, когда лечение, операция, протезирование, имплантация и другие стоматологические услуги совмещаются с отдыхом.

К тому же в контексте хозяйственной деятельности такое медицинское обслуживание должно осуществляться постоянно, а основными потребителями медицинских услуг являются именно иностранные граждане.

Здесь сразу встает этическая проблема соотношения объема стоматологической помощи приезжим и местным пациентам. Но если она весьма актуальна для других направлений медицинского туризма, где возможность клиник ограничена, то в области стоматологии, по крайней мере, в России, достаточное число стоматологических клиник, как частных, так и государственных, поэтому исследователи данную коллизию не рассматривают.

Задача стоматологического туризма – дать шанс пациенту из любой страны получить качественное современное лечение в любой точке мира, при этом стоматологические путешествия совершаются в те регионы и клиники, где цены на лечение и протезирование зубов являются существенно более низкими, а качество услуг, как минимум, такое же высокое как в стране проживания пациента или превосходит его. Именно ценовая привлекательность, по мнению западных исследователей Пола Г. Роджерса и Лоис К. Козна, позволяет считать стоматологический туризм самым крупным сегментом туристического сектора медицинского рынка.

Среди зарубежных исследователей, обратившихся к вопросу изучения стоматологического туризма, можно выделить К. Камата, А. Остерле, Л. Тернера, Дж. Делгадо, П. Балаза, Е. Ковакса, Е. Кондреа, Дж. Золтана, Р. Магги, Д. Кармагнолу, М. Габора, А. Чанду, К. Дама, М. Джаапара, Е. Юришич, Э. Смига, Р. А. Барроумана, М. Першича, С. Янковича, Дж. Коннелла.

Как отмечает Комал Камат в статье «Бизнес и удовольствие зубов: стоматологический туризм», стоматологический туризм – это группа медицинской стоматологической помощи пациентам вне их местных систем здравоохранения в сочетании с отдыхом. В его статье указывается, что стоматологический туризм обычно называют «отпуск

для зубов», «стоматологический отпуск» или «стоматологические каникулы» [1]. Его мнение разделяют Кулди Дхама, Басаварадж Патти, Ашиш Сингла и другие авторы, которые в статье «Глобальное туристическое руководство по уходу за полостью рта – систематический обзор», рассматривают данное направление как важнейшую отрасль индустрии туризма, подкатегорию медицинского туризма, где главной целью человека является поиск стоматологического лечения вне его страны в сочетании с отдыхом [2]. Авторами также отмечается, что стоматологический туризм – это транснациональное медицинское путешествие, недавно привлечшее внимание пациентов, чтобы получить экономически эффективное обслуживание более высокого качества по сравнению с тем, что предусмотрено в их стране.

Другой исследователь – Л. Тернер – в своем научном труде «Трансграничная стоматологическая помощь: стоматологический туризм и мобильность пациентов» заметил, что стоматологический туризм способствует сокращению времени ожидания для пациентов, которые ищут косметические стоматологические процедуры, по сравнению с ожиданием в рамках Национальной службы здравоохранения для косметического лечения. Эти пациенты выбирают поездку за границу для быстрой фиксации улыбки [3].

Таким образом, в стоматологическом туризме появляется эстетическое начало. Одновременно встает вопрос о том, не ущемляют ли интересы здоровых людей, просто стремящихся к красоте, интересы тех, кто нуждается в лечении, кто страдает и стремится избавиться от боли и дискомфорта? Этот вопрос в научной литературе по проблемам стоматологического туризма освещения не получил.

А. Остерле, Дж. Делгадо, П. Балаз в статье «Путешествия за зубами: особенности и перспективы стоматологического туризма в Венгрии» рассматривают стоматологический туризм как возможность выезда за границу, если целевая страна предлагает экономически эффективные альтернативы. Соображения эффективности затрат будут включать цену и качество самой услуги, а также затраты и качество с более широкой точки зрения транзакции. Последнее касается информационных затрат, затрат, связанных с языковыми барьерами, более широкого качества обслуживания или приема в целевой стране [4].

Особое место в цикле научных работ по проблемам стоматологического туризма занимает статья В. А. Крукс, Л. Тернер, Дж. Снайдера и др. «Этические и правовые последствия рисков

медицинского туризма для пациентов: качественное исследование взглядов представителей здравоохранения и безопасности Канады». Здесь этика стоматологического туризма является основным предметом рассмотрения. Авторы считают, что стоматологический туризм включает в себя намеренные поездки пациентов для получения частной медицинской помощи в другой стране. По их мнению, отток пациентов из родной страны возрастает, поскольку они ищут более доступную или неограниченную помощь в других странах [5]. Здесь уже можно говорить о правах стоматологических пациентов на качественную медицинскую помощь и о том, что недостаточное соблюдение этих прав стимулирует выездной стоматологический туризм. Таким образом, цена услуги предстает в виде этической позиции национальной системы здравоохранения, а соотношение «цена – качество» трактуется как моральная цель-ценность стоматологического туризма.

По мнению Л. Тернера, все большее число пациентов пересекают национальные границы и получают стоматологическую помощь в недорогих клиниках. В своей статье «Стоматологический туризм: проблемы, связанные с трансграничными поездками для стоматологической помощи» он отмечает, что стоматологический туризм обусловлен многочисленными факторами, включающими в себя высокую стоимость местного ухода, задержки в получении доступа к местным стоматологам, компетентный уход во многих международных клиниках, недорогие воздушные перевозки и способность Интернета связывать «клиентов» с «продавцами» стоматологических услуг [6]. Автор утверждает, что все большее число пациентов путешествуют, чтобы получить доступную, своевременную стоматологическую помощь. Именно в этом обнаруживается этическая сторона стоматологического туризма.

Некоторые авторы в своих научных трудах приводят определения стоматологического туризма некоторыми неправительственными организациями. Например, в статье М. Яапар, Г. Муса, С. Могавели и Р. Сауб «Стоматологический туризм: изучение туристических профилей, мотивация и удовольствие» анализируется подход к рассматриваемому виду туризма Американской стоматологической ассоциации, которая понимает под ним поездки в другой округ с целью получения стоматологической помощи. Авторами также отмечается, что стоматологическая помощь является только одной из множества медицинских услуг, где туризм становится все более значимым [7].

Авторы научной статьи «Зубной имплантологический туризм» Р.А. Барроумен, Д. Грубор, А. Чанду рассматривают стоматологический туризм как обращение за соответствующей помощью в другой стране, отмечая при этом, что доступ к недорогой стоматологической помощи может быть

серьезной проблемой для определенного круга лиц. При этом авторы выделяют следующие преимущества стоматологического туризма: повышение доступности, быстрое лечение, его удобство, сочетание лечения с некоторыми видами досуга, а также отказ от публичных списков ожидания [8].

Е. Юришич, Т. Радович поддерживают авторов, относящих стоматологический туризм к подразделению медицинского туризма, отмечая противоречивость сложившейся ситуации, когда туристы из развитых стран едут в менее развитые страны для значительно более низкого по стоимости лечения. В своей статье «Стоматологический туризм – возможность для хорватского туризма» они отмечают, что стоматологический туризм достиг своей популярности благодаря тому, что стоматологическая помощь является одним из наименее инвазивных методов лечения и время выздоровления значительно сокращено, что позволяет международному пациенту иметь много свободного времени и сил для отдыха. Кроме того, технологические открытия теперь распространяются гораздо быстрее, поэтому специалисты в менее развитых странах могут обеспечить такое же качество услуг, как в развитых странах, но в значительно более низком ценовом диапазоне [9].

Большой интерес вызывает статья М. Першича и С. Янковича «Оценка возможностей и предпосылок развития оздоровительного туризма в Хорватии», в которой авторы всех стоматологических туристов подразделяют на три группы, в зависимости от того, где пациенты, как туристы, обращаются за медицинской помощью:

- исходящие пациенты, путешествующие в другие страны для получения стоматологического лечения;
- входящие пациенты, это приезжие лица из других государств в принимающую страну для получения медицинской помощи;
- пациенты с внутриутробным доступом, то есть путешествующие внутри страны для лечения.

Такой прагматический подход удобен для медицинской статистики, но предполагает более глубокую характеристику мотивации всех трех групп пациентов. Например, остается неясным, являются ли мотивом внутреннего стоматологического туризма соображения а) экономии средств на путешествие; б) вера в качество отечественной стоматологической помощи или негативное отношение к пребыванию в иноэтнической среде? Последнее особенно важно, поскольку направления стоматологического туризма могут во многом определяться этническими мотивами.

В статье «Медицинский туризм: море, солнце, песок и хирургия» ее автор Дж. Коннел относит стоматологический туризм к основному виду медицинского туризма, в рамках которого турист, с целью минимизации своих расходов

на медицинское обслуживание, решает выехать за границу.

В работе «Что такое туризм в стоматологическом туризме?» ее авторы Д. Золтан и Р. Магги отмечают, что если разница в цене между услугами «на дому» и «за границей» на определенном уровне качества достаточно важна, чтобы побудить пациента путешествовать за границу для вмешательства, стоматологический пациент становится потенциальным зубным туристом. Однако если пункт назначения не имеет туристической ценности как таковой для пациента, кроме как место нахождения более удобного предложения для стоматологического обслуживания, мы не можем считать это стоматологическим туризмом. При этом авторы отмечают, что в стоматологическом туризме медицинские услуги являются доминирующими, в то время как расходы на саму поездку незначительными [10]. Следовательно, общекультурная мотивация признается указанными авторами в качестве маркера туристической/нетуристической поездки. Вряд ли можно с этим согласиться, поскольку общекультурная мотивация присутствует во всех наших действиях, а туристический смысл поездки актуализирован в самом факте выезда на лечение.

Феномен стоматологического туризма в современной России является темой ряда статей, число которых невелико. Это связано с тем, что научных разработок, посвященных собственно стоматологическому туризму, практически нет. Сегодня можно наблюдать рост числа интернет-сайтов, посвященных рассматриваемой нами теме, но носящих строго рекламный характер и служащих для того, чтобы повышать доходность стоматологических клиник. Этот материал для нашей статьи использован быть не мог. Рекламный характер мешает воспринять всю информацию, содержащуюся в свободных источниках интернета, как правдивую и проверенную, от нее и нельзя требовать научной достоверности.

Научный взгляд на стоматологический туризм прослеживается в трудах Н. Н. Седовой, Г. Ю. Щекина, В. В. Думцева, Ю. В. Думцевой. В монографии «Медицинский туризм: история, теория, практика» ее авторы Н. Н. Седова и Г. Ю. Щекин рассматривают стоматологический туризм как наиболее распространенный вид медицинского туризма [11]. Представляет интерес научная статья Г. Ю. Щекина «Стоматологический туризм в современном здравоохранении: международная практика и отечественные возможности», в которой автор, рассматривая указанное направление современного здравоохранения, трактует его как составляющую медицинского туризма, представляющей собой поездки нуждающихся в комплексном лечении зубов людей в города или страны, предоставляющие стоматологические

услуги на более выгодных, чем в родном городе, условиях [12].

Как видим, отечественными авторами разделяется точка зрения их зарубежных коллег. Недостатком такого подхода в настоящее время можно считать отсутствие этической оценки самого факта предоставления более дешевых услуг. Здесь существует риск снижения цены за счет снижения качества обслуживания, а это уже не только этическая, но и правовая проблема.

В какой-то степени она была обсуждена на пяти Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности», где стоматологический туризм обсуждался особенно активно. В некоторых докладах справедливо отмечалось, что современная стоматология является одной из самых востребованных отраслей медицинского туризма, включая в себя не только медицинские учреждения, высококвалифицированных специалистов и передовое оборудование, но и дополнительные отрасли бизнеса (например, страхование, юридическую поддержку, банковскую деятельность, коммуникацию, транспорт) [13].

В другом докладе авторы трактовали рассматриваемое направление как вид медицинского туризма, представляющего собой поездки пациентов в другие города и страны, где им оказывают стоматологические услуги по приемлемым ценам. При этом ими отмечалось, что перспективы и востребованность стоматологического туризма в дальнейшем заметно возрастут [14].

В связи с этим был поставлен вопрос об этических рисках медицинского туризма. Поставлен, но не решен.

Таким образом, анализируя литературные источники, посвященные изучению стоматологического туризма, можно сделать следующий вывод. При наличии обширного научного материала, отразившего в себе рассматриваемое медицинское направление в зарубежных публикациях, у отечественных исследователей интерес к данным проблемам не просматривается. Большинство из них просто соглашаются со своими зарубежными коллегами. Большое количество публикаций в интернет-источниках носят сугубо маркетинговый характер, имеют цель развитие стоматологического туризма как сферы бизнеса, а не медицинской помощи. В настоящий момент можно наблюдать интерес медицинских социологов к проблеме стоматологического туризма, но указанная сфера исследования редко выделяется в отдельную тему изысканий, а социальный заказ на них пока не сформирован. Тенденция анализа этико-правовых рисков стоматологического туризма не просматривается, что не удивительно, так как подобные работы снижали бы рекламный эффект и, соответственно, прибыли в сфере стоматологического туризма.

Все сказанное позволяет сделать некоторые **выводы.**

1. Обращение за стоматологической помощью в другой стране или в другом регионе своей страны предоставляет больше возможностей воспользоваться туристическими услугами, чем в других отраслях медицинского туризма, связанных с госпитализацией пациента. Следовательно, этика сервиса является специальным предметом для обсуждения в этой отрасли медицинского туризма.

2. Этические конфликты из-за предпочтений в оказании медицинской помощи приезжим, по сравнению с местными жителями, в стоматологическом туризме практически отсутствуют и в литературе не обсуждаются. Это объясняется достаточным количеством специалистов и клиник для оказания требуемой помощи.

3. Основной этической проблемой в стоматологическом туризме является проблема соотношения цены и качества услуг, причем сюда входят как медицинские услуги, так и компоненты туристического сервиса. Баланс цены и качества обсуждается в литературе, в том числе и в категориях этики.

4. Возможные этические коллизии в сфере стоматологического туризма можно предупредить только при наличии исчерпывающей информации обо всех субъектах этого процесса и его динамике. Но для этого необходимы исследования в области психологии, социологии, менеджмента, а также разработка эффективных информационных систем и программ, специально ориентированных на анализ этико-правовых отношений в данной сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Думцева Ю.В. Развитие стоматологического туризма в России / Ю.В. Думцева, В.В. Думцев / Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: научные материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. В.И. Петрова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. – 172 с.

2. Седова Н.Н. Медицинский туризм: история, теория, практика: монография / Н.Н. Седова, Г.Ю. Щекин; науч. ред. В.В. Деларю. – М.: Юрист, 2014. – 276 с.

3. Щекин Г.Ю. Стоматологический туризм в современном здравоохранении: международная практика и отечественные возможности / Г.Ю. Щекин // Размышления о человеке: сборник научных статей / под ред. Н.Н. Седовой. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2018. – 188 с.

4. Щекин Г.Ю. Международный опыт стоматологического туризма / Г.Ю. Щекин, М.В. Реймер // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: научные материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. В.И. Петрова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. – 138 с.

5. The business and pleasure of teeth: Dental tourism / Komal Kamath, Shivayogi Hugar, Vaibhav Kumar [et al.] // International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews. – 2015. – Article ID: 010715.

6. Global Tourist Guide to Oral Care – A Systematic Review / Kuldeep Dhama, Basavaraj Patthi, Ashish Singla [et al.] // Journal of Clinical and Diagnostic Reviews. – 2016. – № 10 (9). ZE01.

7. Turner L. Cross-border dental care: 'dental tourism' and patient mobility / L. Turner // British Dental Journal. – 2008. – Vol. 204. – P. 553–554.

8. Österle A. Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary / A. Österle, P. Balázs, J. Delgado // British Dental Journal. – 2009. – Vol. 206, № 8. – P. 425–428.

9. Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives / V.A. Crooks, L. Turner, I.G. Cohen [et al.] // Br. Med. J. Open. – 2013. – № 3. – P. 1–8.

10. Turner L. Dental tourism: Issues surrounding cross-border travel for dental care / L. Turner // J. Canad. Dent. Assoc. – 2009. – № 75. – P. 117–119.

11. Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction / Mustaffa Jaapar, Ghazali Musa, Sedigheh Moghavvemi, Roslan Saub // Tourism Management. – 2017. – Vol. 61. – P. 538–552.

12. Barrowman R.A. Dental implant tourism / R.A. Barrowman, D. Grubor, A. Chandu // Australian Dental Journal. – 2010. – № 55 (4). – P. 441–445.

13. Eva Jurišić. Dental tourism – an opportunity for croatian tourism / Eva Jurišić, Tihana Cegur Radović // Междисциплинарная научная конференция XIII в Опати, Хорватия, май 2017.

14. Judit Zoltan and Rico Maggi. What is Tourism in Dental Tourism? / Judit Zoltan and Rico Maggi // Faculty of Economics, University of Lugano, Switzerland. – 2010.

REFERENCES

1. Dumceva Yu.V. Razvitie stomatologicheskogo turizma v Rossii / Yu.V. Dumceva, V.V. Dumcev / Sovremennyj turizm v lechebnoj i zdravooxranitel'noj deyatel'nosti: nauchny'e materialy III Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodny'm uchastiem / pod red. V.I. Petrova. Volgograd: Izd-vo VolGМУ, 2017. 172 s.

2. Sedova N.N. Medicinskij turizm: istoriya, teoriya, praktika: monografiya / N.N. Sedova, G.Yu. Shhekin; nauch. red. V.V. Delaryu. M.: Yurist, 2014. 276 s.

3. Shhekin G.Yu. Stomatologicheskij turizm v sovremennom zdravooxranenii: mezhdunarodnaya praktika i otechestvenny'e vozmozhnosti / G.Yu. Shhekin // Razmyshleniya o cheloveke: sbornik nauchny'x statej / pod red. N.N. Sedovoj. Volgograd: Izd-vo VolGМУ, 2018. 188 s.

4. Shhekin G.Yu. Mezhdunarodnyj opyt stomatologicheskogo turizma / G.Yu. Shhekin, M.V. Rejmer // Sovremennyj turizm v lechebnoj i zdravooxranitel'noj deyatel'nosti: nauchny'e materialy III Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodny'm uchastiem / pod red. V.I. Petrova. Volgograd: Izd-vo VolGМУ, 2017. 138 s.

5. The business and pleasure of teeth: Dental tourism / Komal Kamath, Shivayogi Hugar, Vaibhav Kumar [et al.] // International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews. 2015. Article ID: 010715.

6. Global Tourist Guide to Oral Care – A Systematic Review / Kuldeep Dhama, Basavaraj Patthi, Ashish Singla [et al.] // Journal of Clinical and Diagnostic Reviews. 2016. № 10 (9). ZE01.

7. Turner L. Cross-border dental care: 'dental tourism' and patient mobility / L. Turner // *British Dental Journal*. 2008. Vol. 204. S. 553–554.
8. Österle A. Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary / A. Österle, P. Balázs, J. Delgado // *British Dental Journal*. 2009. Vol. 206, № 8. S. 425–428.
9. Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives / V.A. Crooks, L. Turner, I.G. Cohen [et al.] // *Br. Med. J. Open*. 2013. № 3. S. 1–8.
10. Turner L. Dental tourism: Issues surrounding cross-border travel for dental care / L. Turner // *J. Canad. Dent. Assoc.* 2009. № 75. S. 117–119.
11. Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction / Mustaffa Jaapar, Ghazali Musa, Sedigheh Moghavvemi, Roslan Saub // *Tourism Management*. 2017. Vol. 61. S. 538–552.
12. Barrowman P.A. Dental implant tourism / P.A. Barrowman, D. Grubor, A. Chandu // *Australian Dental Journal*. 2010. № 55 (4). S. 441–445.
13. Eva Jurišić. Dental tourism – an opportunity for croatian tourism / Eva Jurišić, Tihana Cegur Radović // *Mezhdisciplinarnaya nauchnaya konferenciya XIII v Opatii, Xorvatiya, maj 2017*.
14. Judit Zoltan and Rico Maggi. What is Tourism in Dental Tourism? / Judit Zoltan and Rico Maggi // *Faculty of Economics, University of Lugano, Switzerland*. 2010.

УДК 614.29

РИСК-ОРИЕНТИРОВочный ПОДХОД В ОБЕСПЕЧЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ

О. Ю. Афанасьева

кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Волгоград, afanaseva-olga75@mail.ru

С. В. Дронов

ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Волгоград, demsport@yandex.ru

А. С. Сербин

кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Волгоград, serbin72@yandex.ru

Система управления качеством медицинской помощи, с одной стороны, должна соответствовать стандартам менеджмента качества, а с другой, – носить достаточно гибкий адаптационный характер с учетом специфики медицинской организации и сложившейся структуры дефектов оказания медицинской помощи. Эффективное управление качеством строится на основе обратной связи, поэтому функция контроля качества медицинской помощи имеет столь большое значение. Изучение дефектов медицинской помощи создает возможность для постоянного совершенствования как системы управления качеством медицинской помощи, так и улучшения качества и объема медицинских услуг.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, стандартная операционная процедура, стоматология, первичная медицинская документация, внутренний контроль качества, риск-ориентировочный подход, дефекты медицинской помощи.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-48-53

RISK-BASED APPROACH TO PROVIDE INTERNAL QUALITY CONTROL AND SAFETY MEDICAL MANAGEMENT PROGRAMS IN DENTAL CARE PRACTICES

O. Yu. Afanasyeva

Candidate of Medical Science, associate Professor, Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, afanaseva-olga75@mail.ru

S. V. Dronov

assistant, Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, demsport@yandex.ru

A. S. Serbin

Candidate of Medical Science, associate Professor, Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Volgograd State Medical University, Volgograd, serbin72@yandex.ru

The effectiveness of a quality management program of medical care has to meet not just the quality management standards, but also has to be flexible, taking into account the features of a medical organization and the existing problems in the medical care support. The effectiveness of a quality management program is based on feedback, so the quality control of medical care is so important. The study of problems in medical care gives us the ability to improve both, the quality management program of medical care and the quality and scope of medical services constantly.

Key words: quality of medical care, standard surgery, dentistry, primary medical documentation, internal quality control, risk-based approach, problems in medical care.

Актуальность исследования

В настоящий момент всем медикам стало очевидно, что выход в 2019 году Приказа Минздрава РФ № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [8] многое изменит и дополнит в организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Безусловно, стоматологические учреждения не могут и не остаются вне этого процесса.

Хотелось бы надеяться, что в процесс включатся не только учреждения здравоохранения государственного сектора, но и частные стоматологические организации.

Считаем необходимым дать ряд определений и терминов, которые позволят разобраться в этой далекой не простой теме.

Итак, **внутренний контроль качества и безопасности медицинской** деятельности осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом **стандартов медицинской помощи** и на основе **клинических рекомендаций**, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности [7, 8].

Согласно ст. 90 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323н «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [9].

С 2019 года эти Требования утверждены Приказом Минздрава РФ от 07.06.2019 г. № 381н [8]. Еще раз особо указываем, что эти требования применимы ко всем формам организационной деятельности стоматологических учреждений. В перспективе недостаточный уровень грамотности со стороны руководителей частных стоматологий или их целенаправленное нежелание следовать букве закона может привести к жесткой реакции со стороны органов государственного контроля в сфере здравоохранения.

Порядок разработки стандартов медицинской помощи в Российской Федерации утвержден

соответствующим приказом профильного министерства от 08.02.2018 г. № 53н «Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи» [7].

Стандарты медицинской помощи, по общему правилу, разрабатываются на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Безусловно, все мы понимаем, что время не стоит на месте и стоматология, как и другие медицинские дисциплины, это динамическая единица. Все чаще в литературе появляются критические замечания по поводу отсутствия актуализации клинических рекомендаций и на несоответствия, прописанные в них.

По данным официальных источников действующими в настоящее время являются следующие стандарты в стоматологии, утвержденные приказом Минздрава РФ от 24.12.2012 г. № 1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» [5] и Приказ Минздрава РФ от 24.12.2012 г. № 1490н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали» [6].

Клинические рекомендации создаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, как например СтАР, по отдельным заболеваниям, моделям пациента с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой.

В случае отсутствия стандарта медицинской помощи или клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи оценка качества медицинской помощи по законченному случаю проводится согласно сложившейся клинической практике. Всегда в этом случае возникает вопрос: кем сложившейся практике? Насколько весомо мнение национальных руководств по специальностям? Мнение какой научной школы брать за руководство? И этот ряд вопросов достаточно велик.

Одной из главных задач организации внутреннего контроля качества является: совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления [8]. Все это ни на шаг

не отходит и от биоэтических принципов, сложившихся в медицине.

В доступной литературе, по нашему мнению, не существует единого определения понятия «*риск*», применяемого к внутреннему контролю качества. В связи с этим найти подход к управлению рисками в медицинских организациях достаточно проблематично. Приводим следующее определение «*риск* – это вероятность причинения вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц, государственному или муниципальному имуществу, окружающей среде, жизни или здоровью животных и растений с учетом тяжести этого вреда» [10], это определение указано в ГОСТе Р 51897-2011[1]. Риском в деятельности стоматологической организации возможно считать вероятность возникновения негативных последствий в результате осуществления медицинской деятельности.

По нашему мнению, медицинской организации для удовлетворения потребностей пациентов необходимо следовать разработанным стандартам «Системы менеджмента качества». Самая последняя версия ISO 9001 от 2015 года.

В стандарт ИСО 9001-2015 введено такое понятие, как *риск-ориентированное мышление*, которое позволяет организации определять факторы, способные привести к отклонению от запланированных результатов системы менеджмента качества, а также использовать предупреждающие средства управления для минимизации негативных последствий, то есть управлять рисками [2].

Что же такое управление рисками? Каковы основные управленческие механизмы? С бонусами все понятно, самое главное это минимизировать негативные последствия! Действовать на опережение!

Управление рисками – это процесс принятия и выполнения управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь [2].

Автор Завражский А. В. (2017) предложил в своей работе все имеющиеся риски медицинских организаций условно разделять на пять основных групп, отражающих основные источники возникновения неопределенности:

- **общехозяйственные риски**, включающие различные аспекты функционирования организации (хозяйственная деятельность);
- **профессиональные риски**, рассматривающие непосредственно вопросы оказания медицинских услуг (профессиональная деятельность);
- **рыночные риски**, связанные с влиянием финансового рынка, а также деятельности конкурентов и контрагентов;
- **социальные риски**, отражающие воздействие социума на медицинскую деятельность;

- **правовые риски**, основанные на законодательном регулировании отрасли и судебных спорах [3].

Собственные исследования

Для выявления рисков при оказании хирургической стоматологической помощи в одной из государственных стоматологических поликлиник города Волгограда мы проводили клинико-экспертную оценку качества медицинской помощи с применением «Карты экспертной оценки законченного случая заболевания по медицинской карте амбулаторного больного». В среднем за один квартал экспертной оценке подвергалось не менее 90 случаев оказания стоматологической хирургической помощи. В среднем на одного врача-стоматолога-хирурга приходилось не менее 20 экспертных карт.

Роль первичной медицинской документации в проведении экспертизы качества медицинской помощи первостепенна. Экспертиза является главной составляющей системы контроля качества медицинской помощи. Она проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (ФЗ № 323-ФЗ) [9].

Как видно, экспертиза направлена на выявление нарушений уже оказанной медицинской помощи и может рассматриваться как важнейшая часть заключительного контроля. Несомненно, что очная экспертиза имеет больше значение в конкретный момент времени, когда ты можешь повлиять на развитие событий и на конечный результат, но выполнить это со стороны эксперта практически невозможно. Это категория личной ответственности врача. Ретроспективная оценка, безусловно, имеет профилактическое направление с целевой установкой работы на опережение событий.

В соответствии с частью 3 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Согласно с частью 1 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в порядке, установленном приказом Федерального

фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230.

Для проведения экспертизы используют первичную медицинскую документацию, содержащую информацию о выполнении лечебно-диагностических мероприятий. Другие источники данных, включая журналы регистрации больных, справки, эпикризы, заключения носят вспомогательный характер [4].

Для обработки результатов экспертной оценки мы использовали аналитический и статистический методы исследования.

За 2019 год нами было проведено 360 экспертиз законченного случая заболевания по медицинским картам амбулаторного больного (по 90 экспертиз каждый квартал 2019 года).

Карта экспертной оценки законченного случая была утверждена соответствующим приказом главного врача стоматологического учреждения в Положении о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности.

Карта экспертной оценки законченного случая имела следующую группировку дефектов:

- Оценка анамнеза и диагностических процедур (в данной группе анализируется, насколько подробно врач собрал анамнез жизни больного, динамику развития заболевания, аллергологический анамнез, насколько он четко выбрал объем диагностического исследования и выполнил его, достаточно ли этого было для постановки верного диагноза).

- Оценка полноты обследования, консультаций специалистов (проводится анализ не только выполненных врачом основных и дополнительных методов обследования, но и самое главное, насколько был применен междисциплинарный подход к комплексному лечению стоматологического заболевания у данного конкретного пациента).

- Оценка диагноза (проводится оценка на соответствие предъявленных жалоб, данных объективного исследования выставленному диагнозу, его соответствие международной классификации болезней и другие параметры).

- Оформление амбулаторной карты (экспертом оценивается, насколько оформление медицинской карты стоматологического больного соответствует требованиям, имеются ли личные подписи пациента на согласии на обработку и хранение персональных данных, наличие добровольного информированного согласия или отказа на медицинское вмешательство, врачебная тайна, план лечения и т. д.).

- Оценка выбора лечебных мероприятий.

- Дефекты работы врача (одна из самых трудных разделов работы, так как она требует от эксперта не только высокого уровня профессиональных знаний, но и способность к аналитическому мышлению).

- Организационные нарушения.

Поквартальное распределение экспертиз с дефектами и без дефектов представлено на рисунке.

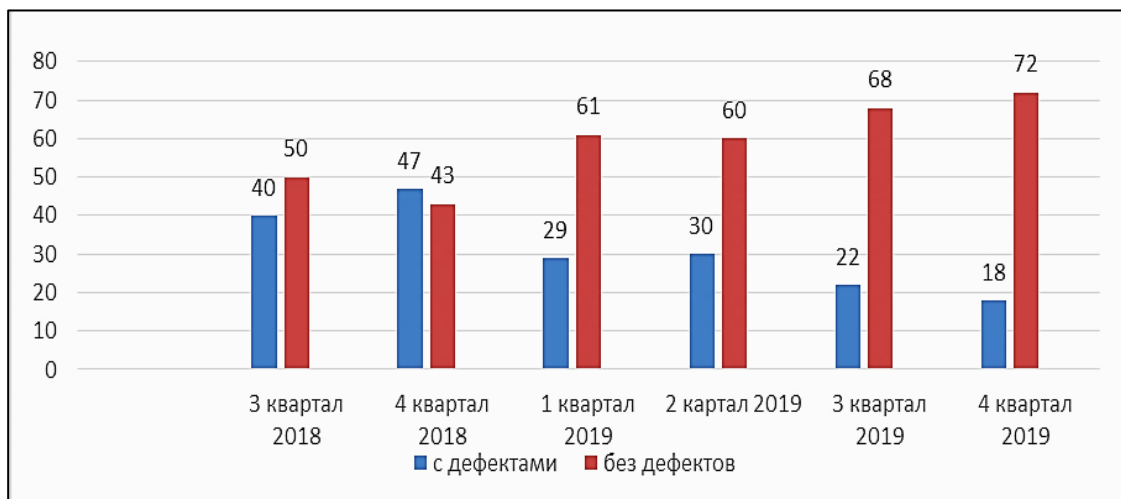


Рис. Поквартальное распределение экспертиз в 2010–2019 гг.

Стабилизация количества экспертиз, не содержащих дефектов качества оказания медицинской помощи, обусловлена применением риск-ориентировочного подхода в медицинском учреждении.

Распределение экспертной оценки законченного случая по нозологическим формам приведено в табл. 1.

Экспертной оценке подлежали все основные нозологические формы заболеваний в хирургической стоматологии в амбулаторных условиях.

Типичными дефектами при экспертной оценке были выявлены следующие и представлены в табл. 2.

Таблица 1

**Распределение экспертной оценки законченного случая
по нозологическим формам**

Нозологическая форма	Количество случаев экспертизы
Q38.6 Укороченная уздечка губы	28
K08.1 Вторичное отсутствие зубов (дентальная имплантация)	36
K10.2 Воспалительные заболевания челюстей	31
K01.0 Ретенированный зуб	43
K04.7 Переапикальный абсцесс без полости	47
K04.5 Хронический апикальный периодонтит	57
K04.6 Переапикальный абсцесс с полостью	29
K05.3 Хронический пародонтит	44
K04.8 Кисты челюстей	21
S02.6 Переломы челюстей	5
K11.6 Мукоцеле	7
L04.0 Острый лимфаденит лица и шеи	2
D10.3 Доброкачественные образования полости рта	8
K13.7 Лейкоплакии и другие изменения эпителия	2
Общее количество	360

Таблица 2

Распределение типичных дефектов при экспертной оценке

Дефекты	%
Отсутствие обоснования при направлении больного на диагностические методы исследования, отсутствие описания рентгенограмме	13
Неполное описание анамнеза заболевания	22
Неполное описание объективного статуса	18
Отсутствие консультаций специалистов и рекомендаций по необходимому объему в ЛПУ	9
Небрежное оформление медицинской документации	14
Не назначена контрольная явка, хотя необходима	4
План лечения оформлен не полностью	15
Информированное согласие оформлено не полностью	5

Выявленные дефекты и риски могут привести к следующим негативным последствиям:

1. Правовым: обращения граждан; внеплановые экспертизы страховыми компаниями, территориальным фондом ОМС и проверки контролирующих органов.

2. Финансовым: штрафы, возмещение ущерба и вреда; потеря деловой репутации.

3. Медико-социальным: удлинение сроков лечения; ухудшение здоровья пациента; отсутствие эффекта от лечения; развитие осложнений и побочных эффектов; удлинение сроков нетрудоспособности.

В соответствии со стандартом ИСО 9001-2015 медицинская организация должна в необходимом объеме разрабатывать, актуализировать и применять документированную информацию, регистрировать ее и сохранять [2].

Исходя из этого требования, в медицинском учреждении действуют управленческие решения:

- Продолжить работу в медицинской информационной системе «ИНФОКЛИНИКА», которая позволила уменьшить количество дефектов оформления первичной медицинской документации на бумажном носителе.

- Продолжить работу по разработке и внедрению стандартных операционных процедур (СОП), имеющих значение при оказании медицинской помощи.

- Оказывать хирургическую помощь в соответствии с Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по основным нозологическим формам.

- Продолжить экспертную оценку законченного случая заболевания по медицинским картам амбулаторного больного и со стороны заведующего структурными подразделениями.

Учитывая результаты, полученные в ходе работы, и следуя корректирующему плану по управлению рисками, мы имеем целевую установку снизить уровень рисков и вследствие чего избежать возникновение негативных последствий, во-первых, для пациентов, и, безусловно, для медицинской организации в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 51897-2011 / Руководство ИСО 73:2009. Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент риска. Термины и определения (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 16.11.2011 № 548-ст) из информационного банка «Отраслевые технические нормы».

2. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 № 1391-ст) (вместе с «Разъяснением новой структуры, терминологии и понятий», «Другими международными стандартами в области менеджмента качества и на системы менеджмента качества, разработанными ИСО/ТК 176»).

3. Завражский А.В. Особенности классификации рисков медицинских организаций // Теоретическая и прикладная экономика. – 2017. – № 3. – С. 90–105.

4. Оформление медицинской карты стоматологического больного «хирургический раздел»: метод. рек. / Е.В. Фомичев, В.В. Шкарин, О.Ю. Афанасьева, О.С. Михальченко. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. – 104, [4] с. : ил., табл.

5. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2013 № 27799).

6. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1490н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.03.2013 № 27825).

7. Приказ Минздрава России от 08.02.2018 № 53н (ред. от 28.06.2019) «Об утверждении порядка разработки

стандартов медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.06.2018 № 51270).

8. Приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.09.2019 № 55818).

9. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27.12.2019 г.).

10. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (ред. от 28.11.2018 г.).

REFERENCES

1. GOST R 51897-2011 / Rukovodstvo ISO 73:2009. Nacional'ny'j standart Rossijskoj Federacii. Menedzhment riska. Terminy' i opredeleniya (utv. i vveden v dejstvie Prikazom Rosstandarta ot 16.11.2011 № 548-st) iz informacionnogo banka «Otraslevy'e texnicheskie normy».

2. GOST R ISO 9001-2015. Nacional'ny'j standart Rossijskoj Federacii. Sistemy' menedzhmenta kachestva. Trebovaniya (utv. Prikazom Rosstandarta ot 28.09.2015 № 1391-st) (vmeste s «Raz'yasneniem novoj struktury', terminologii i ponyatij», «Drugimi mezhdunarodny'mi standartami v oblasti menedzhmenta kachestva i na sistemy' menedzhmenta kachestva, razrabotanny'mi ISO/TK 176»).

3. Zavrazhskij A.V. Osobennosti klassifikacii riskov medicinskih organizacij // Teoreticheskaya i prikladnaya e'konomika. 2017. № 3. S. 90–105.

4. Oformlenie medicinskoj karty' stomatologicheskogo bol'nogo «xirurgicheskij razdel»: metod. rek. / E.V. Fomichev, V.V. Shkarin, O.Yu. Afanas'eva, O.S. Mixal'chenko. – Volgograd: Izd-vo VolgGMU, 2017. 104, [4] s. : il., tabl.

5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 24.12.2012 № 1526n «Ob utverzhdenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi pri kariese dentina i cementsa» (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 20.03.2013 № 27799).

6. Prikaz Minzdrava Rossii ot 24.12.2012 № 1490n «Ob utverzhdenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi pri priostanovivshemsya kariese i kariese e'mali» (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 21.03.2013 № 27825).

7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 08.02.2018 № 53n (red. ot 28.06.2019) «Ob utverzhdenii poryadka razrabotki standartov medicinskoj pomoshhi» (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 04.06.2018 № 51270).

8. Prikaz Minzdrava Rossii ot 07.06.2019 № 381n «Ob utverzhdenii Trebovanij k organizacii i provedeniyu vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti medicinskoj deyatel'nosti» (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 04.09.2019 № 55818).

9. Federal'ny'j zakon ot 21.11.2011 g. № 323-FZ «Ob osnovax oxrany' zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» (red. ot 27.12.2019 g.).

10. Federal'ny'j zakon ot 27.12.2002 № 184-FZ «O texnicheskome regulirovanii» (red. ot 28.11.2018 g.).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОДХОДА В ЭТИКЕ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ (ЧАСТЬ II)

Н. А. Подзолкова

*кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин
Озёрского технологического института – филиала Национального исследовательского
ядерного университета МИФИ,
Озёрск, NAPodolkova@mephi.ru*

С. А. Романов

*кандидат биологических наук, директор Южно-Уральского института биофизики ФМБА России,
член Международной комиссии по радиологической защите (МКРЗ),
Озёрск, romanov@subi.su*

Основная задача данного исследования – продолжить открытый диалог между представителями атомной отрасли и заинтересованной общественностью по вопросам этики принятия решений в ядерной энергетике. Авторы рассматривают указанные проблемы с точки зрения интегральной философии и дифференциации уровней сознания. Исследование состоит из двух частей. Первая часть посвящена анализу этических платформ радиологической защиты населения и принципов биомедицинской этики с точки зрения уровневой философии [6]. В ней дается сводная таблица отображения этических коррелятов радиационной безопасности и принципов биоэтики. Вторая часть, публикуемая в настоящем выпуске, содержит системный анализ общественной приемлемости радиационных рисков в зависимости от этических платформ (парадигм) как лиц, ответственных за принятие решений, так и лиц, в отношении которых принимаются решения.

Ключевые слова: этическая платформа, биомедицинская этика, радиационные риски, уровни сознания, интегральная философия.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-54-57

APPLICATION OF THE INTEGRATED APPROACH TO THE ETHICS OF RADIOLOGICAL PROTECTION (PART II)

N. A. Podzolkova

*PhD, associate professor of Department of humanitarian disciplines of Ozyorsk Technological Institute –
branch of the National Research Nuclear University «MEPhI»,
Ozyorsk, NAPodzolkova@mephi.ru*

S. A. Romanov

*PhD, director of the South Ural Institute of Biophysics, FMBA of Russia,
member of International commission on radiological protection (ICRP),
Ozyorsk, romanov@subi.su*

The main objective of this study is to continue an open dialogue between representatives of the nuclear industry and the interested public concerned about the ethics of decision-making in nuclear energy. The authors consider these problems from the perspective of integral philosophy differentiating levels of consciousness. The study consists of two parts. The first one aimed to analyse ethical platforms of radiological protection and the principles of biomedical ethics using the level approach [6]. The summary table of ethical correlates of radiation safety and principles of bioethics is presented. The second part described in this paper contains a system analysis of the public acceptability of radiation risks depending on the ethical platforms (paradigms) of both decision makers and those for whom decisions are made.

Key words: ethical platform, biomedical ethics, radiation risks, levels of consciousness, integral philosophy.

По итогам первой части исследования наметилась возможность вести разговор об общественной приемлемости радиационных рисков на новом уровне, поскольку имеются критерии для определения, на каких ценностных установках базируются требования безопасности различных заинтересованных сторон.

Предположим, что некоторая часть общественности стоит на этической платформе № 1 (этика личного счастья), относящейся к группе

консеквенциализма. Решения, которые захочет лоббировать человек с такой платформой, будут, во-первых, эгоистичными, а во-вторых, противоречивыми.

С одной стороны, такие люди будут ратовать за линейную беспороговую (ЛБП) гипотезу, так как она предполагает льготы и компенсации при наличии любых, даже самых минимальных, доз облучения (гипотетический риск). Акцент в аргументации будет сделан на том, что *риск*,

хоть и с минимальной вероятностью, может реализоваться. С другой стороны, эта же группа населения на конкурентной основе будет пытаться устроиться на работу в условия повышенной опасности облучения, так как здесь имеются льготы, высокая заработная плата и хорошие пенсионные условия. На этот раз акцент в аргументации будет сделан на том, что *риск, с большой вероятностью, не реализуется*. Обращаясь к научному сообществу с такой платформы, люди как бы одновременно высказывают ученым свое *недоверие* по поводу недостаточно исследованного механизмов биологического воздействия малых доз облучения и *избыточное доверие* по поводу современных средств радиологической защиты для значительных доз облучения. (Нужно оговориться, что это касается людей, работающих на предприятиях атомной промышленности или в непосредственной близости к ним. У этой группы лиц толерантность к ядерным рискам изначально выше, чем у всех остальных. Это связано с тем, что самый пугающий фактор – неизвестность, а эта группа населения гораздо больше информирована о специфике производства.) Таким образом, при наличии потенциального риска, для людей, стоящих на платформе «личного счастья» всегда будут важнее реальные льготы, а не гипотетическое опасное событие.

Здесь же кроется общее правило, как удовлетворить противоречивые требования, предъявляемые этой (возможно, самой многочисленной) группой населения. Ведь ее мотив всегда понятен: забота о собственном благополучии (в том числе о своем потомстве как варианте продления себя) и максимальная личная выгода. Даже если население начнет требовать льготы за естественный радиационный фон (а это логичное последствие ЛБП-гипотезы), всегда можно предложить еще более выгодные льготы для тех, кто выступит в поддержку ядерных проектов. Другое дело, стоит ли «идти на поводу» у людей с такими этическими нормами, даже если их большинство? Будет ли правильным стремиться удовлетворить потребности людей, озабоченных только личным благополучием, если известно, они никогда не бывают удовлетворены? Поэтому, как бы ни старались ответственные за радиационную безопасность лица, «народ» останется недоволен.

Рассмотрим людей, стоящих на платформе № 2 – платформе утилитаризма или общественной пользы. Если мы представим себе ответственных лиц, придерживающихся данной этической позиции, то нас ждет то же разочарование, что и в предыдущем случае. Платформа допускает использовать людей в качестве средства для достижения каких-либо (пусть даже замечательных) целей, а значит, рано или поздно решения, принимаемые на этом уровне, войдут в прямое противоречие с личным благополучием отдельных людей,

которое так ценилось на платформе № 1. Противоречие между этими родственными этическими платформами, для которых результат важнее процесса, – это коренное противоречие между принимающими решения лицами и теми, кто терпит на себе последствия этих решений.

Противоречие можно разрешить «в пространстве или во времени». Поскольку речь идет об одновременно выдвигаемых противоречивых требованиях, то решение должно предполагать выход в новое «пространственное» измерение, то есть *из плоскости одной платформы нужно перейти на другую платформу, лежащую уровнем выше*. Очевидно, что противоречие между большинством, желающим личной выгоды, и меньшинством, имеющим полномочия реализовывать свои цели, может быть решено только сменой хотя бы одной из сторон своей этической платформы. Вот почему следует еще раз с большим вниманием отнестись к *принципу обоснования* в радиационной защите: нет ли возможности переосмыслить этот принцип с точки зрения более высокой этической позиции.

Такой спасительной платформой для всех заинтересованных сторон на данном этапе развития общества является платформа № 3 – платформа внешней деонтологии. С одной стороны, наличие жестко регламентированных правил защищает «малое Я» от бремени принятия решений, с другой стороны, сами правила могут быть обременительны для «малого Я», а значит, требуют известной доли стойкости, терпения и саморазвития. Во всяком случае, на этом уровне «малое Я» соглашается на самоограничение не ради какой-то выгоды, а ради законности как таковой, ради чувства удовлетворения, возникающего в процессе выполнения общественного долга.

Очевидно, что принятая в биоэтике условная градация на «малое Я» и «большое Я» мешает нам почувствовать, что на каждой рассматриваемой этической платформе имеется своё приращение (своя «дельта»), то есть нужно было бы говорить о Y_1 , $Y_{2(Y1+\Delta)}$, $Y_{3(Y2+\Delta)}$, $Y_{4(Y3+\Delta)}$ и $Y_{5(Y4+\Delta)}$. В нашей таблице мы условно обозначили уровень Я во внешней деонтологии как «малое Я, сознающее свою ограниченность». Возможно, это та корректная этическая позиция, которую занимают люди, не чувствующие в себе потребности в глобальной трансформации сознания, но допускающие ее возможность у других людей или у себя в будущем.

Итак, какие преимущества с точки зрения проблемы принятия решений по вопросам ядерной безопасности представляет этическая платформа № 3. На этом уровне успешно реализуется количественно выражимый *принцип нормирования*, имеющий крепкое обоснование в этическом *принципе справедливости*, который также предполагает конкретные, количественно выражимые критерии распределения. На этом уровне работает

этический принцип «не навреди», который может служить основанием для переосмысления и корректировки принципа обоснования. На этом уровне люди, принимающие решения, вооружены нормативными документами, а люди, претерпевающие последствия решений, этими же документами защищены. И поскольку каждая сторона апеллирует к одному и тому же, между ними не возникает противоречия. Если бы законодательно можно было предусмотреть все возможные ситуации, то эта этическая платформа могла бы стать панацеей для любых этических коллизий.

Но, к сожалению, даже медицина, которая столько лет успешно использовала платформу внешней деонтологии для своей профессиональной этики, вынуждена двигаться дальше, поскольку сегодня медицина представляет собой такую же реальную угрозу человечеству, как и ядерная энергетика. Вопросы, которые касаются риска уничтожения человечества, не могут быть решены в сфере внешней деонтологии, поскольку многие факторы риска не поддаются учету, а значит, не могут быть превращены во внешнее правило. Будучи чрезмерно идеализирована, эта платформа может стать опасной, поскольку абсолютизированное правило превращается в догму, а догматизм сковывает ум и мешает принимать адекватные решения.

Рассмотрим платформу № 4 – внутренняя деонтология. Здесь возникает так необходимая нам гибкость и подвижность этических решений, подкрепленная высоким уровнем ответственности. (В противном случае гибкость решений превращается в опасный конформизм, свойственный платформам № 1 и 2). Мы имеем здесь реализацию принципа оптимизации, подкрепленного этическим принципом «делай благо». Если предположить, что обе стороны (принимающие решение и претерпевающие их последствия) занимают эту этическую платформу, то выдвигаемые ими требования не только не будут противоречить друг другу, но начнут «работать друг на друга», усиливать положительное действие друг друга.

Давайте на минуту представим себе мир, о котором говорится в категорическом моральном императиве Иммануила Канта. Мир, в котором все без исключения решения принимаются и исполняются *по совести*. Каждый человек в таком мире использует свои знания и навыки для того, чтобы совершать наиболее желательные для всех поступки. С точки зрения «малого Я» такой мир – утопия, потому что не ясен мотив всеобщего альтруизма. А мотив лежит в другом измерении – измерении человеческой свободы. Это свобода действовать из глубины своего «большого Я», в котором обнаружилась *сила, превышающая внешние обстоятельства*: сила терпеть боль и ограничивать себя в комфорте (то есть быть менее зависимым от физических свойств материи), сила подчинять себе эмоции (то есть быть менее зависимым от психологического

давления социума), сила критически оценивать идеи (то есть быть менее зависимым от общепринятых стереотипов мышления).

В нашей несовершенной реальности, к счастью, уже сейчас встречаются люди, действующие на этой этической платформе, и их достаточно много. Они добровольно подвергают себя опасному облучению, если ситуация того требует [1, 3]. Они добровольно берут на себя ответственность за непопулярные или не предусмотренные инструкциями решения. Нельзя законодательно заставить всех брать с них пример, потому что у «малого Я» действительно нет «духовной энергии» реализовать эту новую степень свободы. Но мы можем говорить и думать о них не как об *исключениях из правила*, которые статистически можно не брать в расчет, а как о носителях *нового правила*, которое уже сегодня раскрывает через некоторых людей свои плодотворные последствия.

У этической платформы № 4 есть только один недостаток – сама по себе внутренняя свобода еще не гарантирует оптимальности поступка. Этика Канта – это этика намерения, ее не очень интересует результат, лишь бы действие было продиктовано внутренним законом. Поэтому от разумного намерения (первое значение предусмотрительности) нам нужно подняться до разумного понимания (второе значение предусмотрительности), которое зовется мудростью.

Эта мудрость возникает на платформе № 5 – в этике добродетели. Здесь реализуется содержание «самого молодого» этического принципа – *принципа уважения к автономии личности*. Это аванс: уважение к потенциально возможному «большому Я». Поскольку неизвестно, где, когда и при каких обстоятельствах оно возникает, мы должны чтить его потенцию в каждом из людей. Решения, принимаемые на этой платформе, отличаются особенной проницательностью, потому что помимо свободы «большого Я», здесь добавляется его новое качество – интуиция (предусмотрительность). Тавтологическая формулировка этики добродетели (добродетельность – это результат деятельности добродетельного человека) подсказывает невозможность последовательными усилиями приобрести искомую мудрость: требуется восстановить или открыть в себе новую структуру, у которой будут совершенно новые формы познания, например, *не* пространственно-временные и *не* причинно-следственные. Это трудно представить в рамках существующих познавательных форм.

Вполне закономерно, что в этике радиационной защиты еще нет принципа, который соответствовал бы данной платформе и подкреплялся бы принципом автономии личности, но, с другой стороны, сам факт общественной дискуссии по вопросам приемлемости атомной энергии – уже попытка действовать в рамках этой сложной и глубокой этики. Те ценности, которые на современном этапе позиционируются в этике радиационной защиты как *процедурные* – *подотчетность*

(*accountability*), *прозрачность* (*transparency*), *вовлеченность* (*inclusiveness*) [4] – являются попытками формирования нового *интерсубъективного эко-сознания*. Интерсубъективность предполагает, что если нам не хватает личной мудрости для решения глобальных проблем, то можно объединить усилия и достичь *коллективной мудрости*.

Коллективная мудрость («ноосфера» В. И. Вернадского и П. Тейяра де Шардена) – это не эклектичная сумма разных этических позиций и парадигм познания, а стройная *холархия*, то есть живая система вложенных уровней, каждый из которых есть одновременно и завершенное *целое*, и *часть* еще большей целостности. Так все этические платформы, о которых здесь говорилось, нужны, поскольку в каждой – своя правда и своя задача в общем деле развития сознания. Все они условия роста друг для друга, тогда как все глобальные угрозы человечеству можно рассматривать как развивающие задачи, решить которые можно только сообща. Для этого каждый на своем уровне должен приложить усилия для понимания другого. Глобализация – это не только процесс всеобщей унификации, глобализация – это *время общей работы*.

Заключение

Перед вами попытка по-новому взглянуть на этические основания радиологической защиты и внести некоторую системную ясность с помощью введения дополнительного критерия – *уровневости сознания*. Результаты, которые были получены, несколько отличаются от тех, что вошли в «Анналы МКРЗ» 2017 года.

Однако в выводах МКРЗ отмечается, что «четыре основных этических принципа пронизывают существующую систему радиологической защиты, но их связь с принципами обоснования, оптимизации и нормирования не является однозначной» [5, с. 26].

Таким образом, работа по уточнению этой связи является актуальной. Сам по себе анализ различных этических платформ еще не гарантирует практического улучшения ситуации, но теоретический разбор способствует более глубокому пониманию, а понимание – это уже первый шаг к установлению конструктивного диалога заинтересованных сторон. Этика – это лишь один – философский – аспект многофакторной системы радиологической защиты населения, в которой разные группы должны хотя бы выслушать друг друга.

Понятие *уровневости сознания* – очень сложное и чревато множеством «скользких склонов». Именно поэтому данное исследование предваряется следующей авторской публикацией [2], в которой как можно шире рассматриваются варианты односторонних и упрощенных интерпретаций *уровневости*. Необходимо, двигаясь дальше, не повторять старых ошибок.

В завершение хотелось бы сказать, что научному сообществу не следует пугаться «нестрогости» этических построений. Когда-то Иммануил Кант написал, что этика, религия и метафизика не возможны в качестве наук, поскольку у человека нет априорных форм познания, соответствующих содержанию этих дисциплин. Но Кант не рассматривал возможности *возникновения* или *проявления* априорных форм.

Именно об эволюции таких форм (или структур сознания) говорит интегральная философия, рассматривая понятие трансформации сознания.

А если априорные структуры возникнут, то возможна будет и новая *транснаука*, содержанием которой в строгом смысле могут стать и предметы знаменитых «кантовских антиномий».

ЛИТЕРАТУРА

1. Колотинский, Я.И. Плутоний в девичьих руках / Я.И. Колотинский, Л.П. Сохина, Г.В. Халтурин. – Екатеринбург: ЛИТУР, 2003. – 160 с.
2. Подзолкова Н.А. Уровневый подход интегральной философии (пропедевтика для нефилософов) / Н.А. Подзолкова // Вестник Тверского государственного университета. Серия Философия. 2019. – № 2 (48). – С. 48–56.
3. Полухин Г.А. Атомный первенец России. ПО «Маяк»: исторические очерки / Г.А. Полухин. – Ч. 1. – Озёрск: Изд-во ПО «Маяк», 1998. – Электронная библиотека «История РОСАТОМА».
4. Презентация Жак Лошар, Дон Кул, Крис Клемент, Сергей Романов, Наталия Подзолкова. Этические основы системы радиологической защиты // Доступна участникам международного общественного форум-диалога «AtomEco-2017», Москва, 21 ноября 2017.
5. Ethical Foundations of the System of Radiological Protection // Annals of the ICRP. ICRP PUBLICATION 1XX – ICRP ref 4825-7258-6046, 20 April 2017.
6. Podzolkova N.A., Denisova A.A. Application of the integrated approach to the ethics of radiological protection (Part I) // Bioethics. – 2019. – № 2 (24). – P. 53–58.

REFERENCES

1. Kolotinskij, YA.I. Plutonij v devich'ih rukah / YA.I. Kolotinskij, L.P. Sohina, G.V. Halturin. Ekaterinburg: LITUR, 2003. 160 s.
2. Podzolkova N.A. Urovnevyy podhod integral'noj filosofii (propedevtika dlya nefilosofov) / N.A. Podzolkova // Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Filosofiya. 2019. № 2 (48). S. 48–56.
3. Poluhin G.A. Atomnyj pervenec Rossii. PO «Mayak»: istoricheskie ocherki / G.A. Poluhin. CH. 1. Ozyorsk: Izd-vo PO «Mayak», 1998. Elektronnaya biblioteka «Istoriya ROSATOMA».
4. Prezentaciya ZHak Loshar, Don Kul, Kris Klement, Sergej Romanov, Nataliya Podzolkova Eticheskie osnovy sistemy radiologicheskoy zashchity // Dostupna uchastnikam mezhdunarodnogo obshchestvennogo forum-dialoga «AtomEco-2017», Moskva, 21 noyabrya 2017.
5. Ethical Foundations of the System of Radiological Protection // Annals of the ICRP. ICRP PUBLICATION 1XX – ICRP ref 4825-7258-6046, 20 April 2017.
6. Podzolkova N.A., Denisova A.A. Application of the integrated approach to the ethics of radiological protection (Part I) // Bioethics. 2019. № 2 (24). P. 53–58.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕПЛОВОГО СОСТОЯНИЯ РАБОТАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Н. И. Латышевская

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

М. Д. Ковалева

д. с. н., профессор кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, mdkovaleva@volgmed.ru

В. В. Мирочник

аспирант кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, biosoc@yandex.ru

А. В. Беляева

к. б. н., доцент кафедры общей гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, biosoc@yandex.ru

Изучение теплового состояния работающих сопряжено с некоторыми этическими трудностями. Используемый в исследовании метод поощрений и бонусов для испытуемых аргументирует актуальность дискуссии об этических принципах проведения гигиенических и физиологических исследований в условиях реального производства.

Ключевые слова: условия труда, тепловое состояние, операторы, этические проблемы.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-58-61

ETHICAL PROBLEMS OF THE RESEARCH OF THE THERMAL STATE OF WORKER IN CONDITIONS OF MANUFACTURING

N. I. Latyshevskaya

*Doctor of Medicine, Head of Hygiene department, Professor, Professor of Hygiene Department
Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Volgograd Medical Scientific Center, Volgograd, latyshnata@mail.ru*

M. D. Kovaleva

*Doctor of Sociology, Professor of Hygiene Department Volgograd State Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation, Volgograd Medical Scientific Center, Volgograd, mdkovaleva@volgmed.ru*

V. V. Mirochnik

*Post-graduate student of Hygiene Department, Volgograd State Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation, Volgograd, biosoc@yandex.ru*

A. V. Belyaeva

*Candidate of biological sciences, associate professor of Hygiene Department Volgograd State Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd Medical Scientific Center, Volgograd, biosoc@yandex.ru*

The research of the thermal state of workers is associated with some ethical difficulties. The research work uses the method of rewards and bonuses for respondents. This argues the relevance of the discussion about the ethical principles of conducting hygienic and physiological studies in conditions of manufacturing.

Key words: working conditions, thermal condition, operators, ethical issues.

максимум 42–44 °C (на открытой территории при наличии инсоляции – более 50 °C). Среднегодовое количество осадков на северо-западе – около 500 мм, на юго-востоке – менее 300 мм, уровень инсоляции в это время 188–204 кВт/м².

Осуществленная оценка условия труда операторов позволила аргументировать ведущий неблагоприятный производственный фактор – нагревающий микроклимат. Выполнение профессиональных функций операторами по добыче и подготовке нефти на открытой территории в таких климатических условиях (особенно в сочетании с физической нагрузкой) представляет риск нарушения функции сердечно-сосудистой системы, системы терморегуляции и, как следствие, снижение работоспособности, самочувствия и отдельных параметров здоровья.

Предупреждение прогнозируемых негативных сдвигов в состоянии здоровья операторов возможно через разработку и внедрение комплекса профилактических мероприятий, для чего, в свою очередь, необходимо изучение и оценка показателей теплового состояния в динамике рабочей смены.

Методы и материалы

Разработка и внедрение методов изучения теплового состояния человека базируется на определении температурных показателей «оболочки тела» (температуры кожи) и «ядра тела» (ректальная или подмышечная температуры), а также расчете ряда комплексных показателей: средневзвешенная температура кожи (СВТК), средняя температура тела (СТТ), изменение теплосодержания (ΔQ), теплоощущения.

Считается, что чем больше измеряемых областей на поверхности тела, тем точнее результаты определения средневзвешенной температуры кожи. По мнению J. D. Hardy, E. F. Du Bois (1938), наиболее полную информацию о температуре «оболочки» дают измерения в 18 точках.

В научно-практических исследованиях чаще всего измеряют температуру в 5 областях на поверхности тела; расчеты производят преимущественно по Н. К. Витте (1956) [3]. Наиболее адекватную информацию по тепловому состоянию ядра тела дает измерение ректальной температуры [2, 3, 7].

В данном исследовании был сформирован комплекс параметров наиболее информативных и адекватных в условиях труда операторов, занятых на предприятиях первичной нефтепереработки: температура кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень), ректальная температура.

Рассчитывались: средневзвешенная температура кожи (СВТК), средняя температура тела (СТТ), теплосодержание; оценивались теплоощущения

по семибалльной шкале, динамика и топография кожных температур.

Все измерения проводились четыре раза за смену: в начале смены (8.00–8.30), перед обеденным перерывом (12.30–13.00), в самый жаркий период суток (16.00–17.00) и в конце смены (19.30–20.00). Исключение – измерение ректальной температуры: измерение проводилось дважды: в начале и в конце смены.

Термометрия (изучение теплового состояния человека) входит в перечень видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие (Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н).

Все операторы, входившие в группы наблюдения, заполняли форму «Информированное добровольное согласие на измерение температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) бесконтактным инфракрасным термометром 4 раза за рабочую смену, ректальной температуры электронным термометром (в начале и в конце смены), медицинским работником», разработанную в соответствии с требованиями Этического комитета Волгоградского государственного медицинского университета (см. рис.).

Результаты

Выполнение данного исследования было сопряжено с целым рядом гигиенических и этических проблем. Как известно, в клинической медицине при всем разнообразии подходов к характеристике форм взаимоотношений в системе «врач-больной» обязательной компонентой является обоюдная заинтересованность и ответственность в получении результатов совместной «работы» (улучшение самочувствия, излечение больного и т. п.) [1, 5].

При проведении гигиенических исследований формируется система «исследователь (гигиенист) – исследуемый (здоровый человек)». В этой системе отсутствует заинтересованность исследуемого и, часто, возможность эффективного убеждения в необходимости проведения той или иной исследовательской процедуры в связи с недостаточным уровнем образованности и мотивированности испытуемых.

В нашем случае чтобы осуществить комплекс термометрических исследований, необходимо было оператору снять спецодежду и спецобувь, что занимает одноразово около 5–8 минут рабочего времени (костюм модели М 02-01 по своему предназначению должен обеспечивать защиту от нефтепродуктов, снабжен большим количеством клапанов, застежек-молний и т. п.; высокие ботинки модели М1-740 на шнуровке); за смену время измерений параметров теплового состояния одного оператора достигала 30–35 минут.

Информированное добровольное согласие на измерение температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) бесконтактным инфракрасным термометром 4 раза за рабочую смену, ректальной температуры электронным термометром (в начале и в конце смены), медицинским работником

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на измерение температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) бесконтактным инфракрасным термометром 4 раза за рабочую смену, ректальной температуры электронным термометром (в начале и в конце смены), медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы произведения замеров температуры, показаны используемые приборы и объяснены способы их дезинфекции, отсутствие вероятности риска для моего здоровья и самочувствия.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения замеров температуры кожи и ректальной температуры на любом этапе исследования, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я ознакомлен с содержанием информированного добровольного согласия. У меня нет вопросов к медицинскому работнику, касающихся проведения измерений температуры кожи и ректальной температуры.

Я согласен на проведение измерений температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) бесконтактным инфракрасным термометром 4 раза за рабочую смену, ректальной температуры электронным термометром (в начале и в конце смены), медицинским работником

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

Рис. Форма информированного добровольного согласия на измерение температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) бесконтактным инфракрасным термометром 4 раза за рабочую смену, ректальной температуры электронным термометром (в начале и в конце смены) медицинским работником

Для некоторых операторов мотивацией для отказа от участия в эксперименте были не только профессиональные моменты («не успею выполнить в нужное время корректировку техпроцесса», «некогда» и пр.), но и чувство неловкости и смущения.

В такой ситуации важным является установление особых, доверительных контактов с испытуемым и, иногда, выдача «бонусов», вызывающих их заинтересованность. В нашем случае это было

увеличение времени перерыва для отдыха по согласованию с работодателем.

Особые этические трудности вызвала необходимость измерения ректальной температуры (введение термодатчика в прямую кишку). Большинство испытуемых категорически отказывались от данной манипуляции; тем не менее нам удалось сформировать репрезентативную группу операторов (30 человек) при условии двукратного измерения в начале и в конце смены.

Для большинства согласившихся на участие в исследовании важным было проговаривание «легенды» исследования [6] – насколько важными будут результаты исследования для улучшения условий труда операторов в дальнейшем, обоснования льгот и компенсаций.

Альтернативным методом измерения температуры «ядра» тела является измерение подмышечной температуры, что и с гигиенических, и с этических позиций более легко выполнимо. Однако точность и информативность этого метода гораздо меньше, что не соответствовало целям нашего исследования.

Заключение

Таким образом, изучение теплового состояния работающих в условиях реального производства (исследователь работает по предположению со здоровым человеком) требует значительных усилий для его убеждения добровольно подвергнуться определенным испытаниям.

Убедить испытуемого в важности такой работы чрезвычайно сложно, что требует от исследователя больших эмоциональных и коммуникативных усилий.

Используемая в исследовании методика поощрений и бонусов для испытуемых аргументирует актуальность дискуссии об этических принципах проведения гигиенических и физиологических исследований в условиях реального производства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Н.Л. Модели взаимодействия врачей и пациентов в системе медицинского обслуживания // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – № 2 (15). – С. 272–274.
2. Афанасьева Р.Ф. Тепловое состояние работающих в нагревающем микроклимате в теплый и холодный периоды года // Вести газовой науки. – 2013. – № 2 (13). – С. 137–139.

3. Витте Н.К. Тепловой обмен человека и его гигиеническое значение. – Киев: Госмедиздат УССР, 1955. – 148 с.

4. Доклад «О состоянии окружающей среды Волгоградской области в 2018 году» / ред. кол. В.Е. Сазонов и др.; комитет природных ресурсов, лесного хозяйства и экологии Волгоградской области. – Ижевск: ООО «Принт», 2019. – 300 с.

5. Седова Н.Н. Биоэтика и право в медицинской культуре // Гуманитарное образование в медицинском вузе: сборник научных трудов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – С. 203–213.

6. Форум «Этические проблемы полевых исследований» // Антропологический форум. – 2006. – № 5. – С. 6–161.

7. Чвырев В.Г., Ажаев А.Н., Новожилов Г.Н. Тепловой стресс. – М.: Медицина, 2000. – 296 с.

REFERENCES

1. Antonova N.L. Modeli vzaimodejstviya vrachej i pacientov v sisteme medicinskogo obsluzhivaniya // Azimut nauchny'x issledovanij: pedagogika i psixologiya. 2016. № 2 (15). S. 272–274.
2. Afanas'eva R.F. Teplovoe sostoyanie rabotayushhix v nagrevayushhem mikroklimate v teply'j i xolodny'j periody' goda // Vesti gazovoj nauki. 2013. № 2 (13). S. 137–139.
3. Vitte N.K. Teplovoj obmen cheloveka i ego gigienicheskoe znachenie. Kiev: Gosmedizdat USSR, 1955. 148 s.
4. Doklad «O sostoyanii okruzhayushhej sredy» Volgogradskoj oblasti v 2018 godu / red. kol. V.E. Sazonov i dr.; komitet prirodny'x resursov, lesnogo khozyajstva i e'kologii Volgogradskoj oblasti. Izhevsk: ООО «Print», 2019. 300 s.
5. Sedova N.N. Bioe'tika i pravo v medicinskoj kul'ture // Gumanitarnoe obrazovanie v medicinskom vuze: sbornik nauchny'x trudov. Volgograd: Izd-vo VolGMU, 2005. S. 203–213.
6. Forum «E'ticheskie problemy' polevy'x issledovanij» // Antropologicheskij forum. 2006. № 5. S. 6–161.
7. Chvy'rev V.G., Azhaev A.N., Novozhilov G.N. Teplovoj stress. M.: Medicina, 2000. 296 s.

РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА ЖУРНАЛА PUBLICATION ETHICS OF THE JOURNAL

Редакционная политика журнала основывается на традиционных этических принципах российской научной периодики и строится с учетом этических норм работы редакторов и издателей, закрепленных в Кодексе поведения и руководящих принципах наилучшей практики для редактора журнала (Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors) и Кодексе поведения для издателя журнала (Code of Conduct for Journal Publishers), разработанных Комитетом по публикационной этике – Committee on Publication Ethics (COPE). В процессе издательской деятельности редколлегия журнала руководствуется международными правилами охраны авторского права, нормами действующего законодательства РФ, международными издательскими стандартами.

Publication policy of the journal is based on traditional ethical principles of the Russian scientific periodicals and is built in terms of ethical norms of editors and publishers work stated in Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors and Code of Conduct for Journal Publishers, developed by the Committee on Publication Ethics (COPE). In the course of publishing editorial board of the journal is led by international rules for copyright protection, statutory regulations of the Russian Federation as well as international standards of publishing.

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ

PAPER SUBMISSION GUIDELINES

Правила представления рукописей для публикации в журнале «БИОЭТИКА»

В журнал «Биоэтика» в виде статей принимаются научные работы, соответствующие профилю журнала. Основными рубриками научного издания являются:

- теоретические проблемы биоэтики;
- этические вопросы реализации Национального проекта «Здоровье»;
- биоэтика и медицинское право;
- социологические исследования в биоэтике;
- этические проблемы клинических исследований;
- международные документы в области биоэтики и медицинского права;
- биоэтика в мире;
- практикум по биомедицинской этике;
- из опыта работы этических комитетов;
- в помощь изучающим биомедицинскую этику.

Представляемые в редакцию журнала «БИОЭТИКА» (далее – Журнал) рукописи статей должны соответствовать следующим требованиям.

1. Текст в формате Microsoft Word (или RTF), 14-й шрифт, через полуторный интервал, сноски постраничные, нумерация сносок сквозная, бумага формата А4, текст с одной стороны. Резюме (250 слов), ключевые слова (5–10 слов) на русском и английском языках. Объем рукописи не более 30000 знаков.

2. Титульная часть статьи должна содержать УДК, название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), ученую степень, ученое звание, должность, наименование организации и подразделения на русском и английском языках. Далее следует краткая аннотация статьи (abstract) с ключевыми словами (key words) на русском и английском языках.

3. Название статьи дается полужирным шрифтом. После названия помещаются фамилия и инициалы автора полужирным курсивом. Далее указываются следующие данные автора:

- ученая степень, ученое звание,
- почетное звание,

- должность,
- место работы,
- контактный телефон, факс, e-mail, почтовый адрес для переписки.
- кем представлена статья (фамилия, инициалы и ученая степень рецензента и название организации, рекомендовавшей статью к печати).

4. В материалах информационного содержания (о конференциях, совещаниях, семинарах) фамилия, инициалы автора – полужирным курсивом и обычным шрифтом, данные автора (см. п. 2) также указываются в конце статьи.

5. Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008.

Списки литературы представляются в двух вариантах:

1) в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008 (русскоязычный вариант вместе с зарубежными источниками)

2) вариант на латинице, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются или нет в нем иностранные источники.

Необходимо, чтобы цитируемые источники соответствовали списку литературы. Ссылки на литературные источники в тексте статьи, в рисунках и таблицах обозначаются в квадратных скобках арабскими цифрами [1, 2, 3].

6. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

7. Рукописи рецензируются в редакции журнала. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на внесение в текст редакторских изменений, не искажающих смысл статьи.

8. Рукопись должна быть сдана в редакцию Журнала.

Адрес журнала: 400131, Волгоград,
площадь Павших борцов, 1, офис 4-11.

Тел.: 8(8442)385325, 385339

e-mail: biosoc2008@yandex.ru

The journal of Bioethics publishes scientific article materials which correspond to the journal profile.

The basic headings of the scientific journal are as follows:

- theoretical problems of bioethics;
- ethical issues of the implementation of the «Health» national project;
- bioethics and medical law;
- sociological research in bioethics;
- ethical problems of clinical research and trials;
- international documents in the field of bioethics and medical law;
- bioethics in the world;
- practical course of biomedical ethics;
- work experience of ethical committees;
- aid for those studying biomedical ethics.

The article materials submitted for publication in Journal of Bioethics must meet the following requirements:

1. Manuscripts should be in Microsoft Word or RTF format, and be typed with one-and-a-half line spacing on one side with font size 14, Times New Roman on an A4 paper. References should be cited in numeric order by order of mention in the text. Articles should include an abstract in Russian and English. Manuscripts should not exceed 30 000 characters.

2. The first page must contain a unique case identifier, the main title of a paper, the name(s) of authors(s), and the affiliated institution(s) and address(es) in Russian and English. This should be followed by an abstract of the article with keywords both in Russian and English.

3. Heading must be typed in semi-bold. Authors and affiliations should be followed after the title of paper. The author(s) name should be italic and semi-bold. The author's name, title / university degree, affiliation, work address, home address and e-mail address as well as the reviewer's

name, degree, and affiliation should be provided at the end of the article on a blank page.

4. The name(s) of author(s) in calls for conferences, workshops and seminars should be italic and semi-bold. Author(s) information should be provided at the end of the article.

5. References should be arranged in alphabetical order stipulated in 7.1. – 2003 Federal standard.

Sample reference format:

Ivanova, A.L. Basic mechanisms of medical student socialization / A.L. Ivanova, M.V. Boiko, A.S. Spivak // Social medicine. – 2004. – № 4. – P. 34-38.

Ertel L.A. Autonomy of a child as a paediatric and neonatal patient: dissertation abstract / L.A. Ertel. – Volgograd, 2006. – 49 pages.

References cited in the text must appear in a Reference List or Bibliography. References cited in the text, figures, tables must be enclosed in square brackets and are numbered using Arabic numerals [1, 2, 3]. The citing of sources in the article is not limited.

6. Authors must submit their articles electronically. The print version of the paper must also be submitted to the Editorial Board. In outside of Volgograd, authors may submit their manuscripts electronically via e-mail.

7. Post-graduate students do not have to pay for the submission of their articles to the Journal of Bioethics.

8. All manuscripts have to go through the peer review process. If the manuscript is not of sufficient quality, the author may be invited to revise the paper. The Editorial Board reserves the right to make editorial and literary corrections.

All manuscripts must be submitted to the editorial office to **the address:**

400131, Volgograd, Pavshikh Bortsov Sq., 1, Room 4-11.

Tel.: 8(8442)385325, 385339

e-mail: biosoc2008@yandex.ru

Научное издание

БИОЭТИКА (BIOETHICS)

Федеральный научно-практический журнал № 1 (25) 2020

Свидетельство ПИ № ФС 77-75405 от 01.04.2019 г.

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций.

Редактирование Н. Н. Золиной
Компьютерная верстка Е. Е. Тарakanовой

Директор Издательства ВолгГМУ Л. К. Кожевников

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Дата выхода в свет 08.05.2020 г. Формат 60х84/8.
Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 7,27. Тираж 1000 (1-150). Заказ № . Цена свободная.

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации

400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Издательство ВолгГМУ, редакция:
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ.
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45