

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)



**МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«БИОЭТИКА И ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА»**



Материалы конференции

14 декабря 2022 г.

Курск

УДК 378:61(063)

ББК 72+5я43

П26

Биоэтика и глобальные вызовы медицины XXI века: материалы Международной научной конференции (Курск, 14 декабря 2022 г.) / Курский государственный медицинский университет, Кафедра философии; сост. М.А. Силенок, отв. ред. Ж.Г. Симонова. – Курск: КГМУ, 2023. – 1 CD-ROM. – Текст: электронный.

Редакционная коллегия

проректор по научной работе и инновационному развитию, профессор
кафедры общей хирургии и топографической анатомии,
доктор медицинских наук, профессор **В.А. Липатов**

кандидат педагогических наук, доцент кафедры философии **Ж.Г. Симонова**
(ответственный редактор)

Рецензент:

доктор исторических наук., профессор кафедры документоведения и архивоведения института «Таврическая академия» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» **Н.Д. Борщик**

В сборнике опубликованы материалы Международной научной конференции с использованием дистанционных технологий «Биоэтика и глобальные вызовы медицины XXI века», проходившей в Курском государственном медицинском университете 14 декабря 2022 г.

ISBN 978-5-7487-2959-8

©ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Авдеева Я.И.</i>	6
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ДЕТЕЙ <i>Березуцкая И.С.</i>	9
ОБРАЗ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА В МЕДИЙНОМ ПРОСТРАНСТВЕ <i>Бородулин В.П., Бородулин Р.П.</i>	13
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОНСАЛТИНГ В БИОЭТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ <i>Панарина Н.В.</i>	16
СУИЦИД В ЭТИКО-ФИЛОСОФСКОМ ОСМЫСЛЕНИИ <i>Абрамова А.Е.</i>	20
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИНЦИПА УВАЖЕНИЯ ДОСТОИНСТВА ТЕЛА МЕРТВОГО ЧЕЛОВЕКА <i>Гаврикова А.И.</i>	24
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАСПОРТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ <i>Антипов Е.В., Сиднев А.А.</i>	29
РОЛЬ ЭТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ <i>Королёва Л.Ю., Королёв А.М., Поцелуева П.А.</i>	36
НА ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТ-МУСУЛЬМАНИН: ЧТО ДОЛЖЕН УЧИТЫВАТЬ ВРАЧ? <i>Мутелимов И.С.</i>	40
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ: ЭТИКА vs ПРАВО <i>Малеева М.В.</i>	45

БИОЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ И АКСИОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КИРОВА <i>Титов М.А., Турдиева Д.Д., Черемискина М.С.</i>	48
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ НАУК <i>Нартова М.А.</i>	53
ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Сопромадзе Н.Ш.</i>	63
УПРАВЛЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТЬЮ В КОНТЕКСТЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ФАРМАКОЛОГИЗАЦИИ: НЕЙРОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Желнин А.И.</i>	69
ТРЕНДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО БИОЭТИКЕ <i>Басалаева О.Г., Басалаев Ю.М.</i>	77
ПРОБЛЕМА ЛЕГАЛИЗАЦИИ ЭВТАНАЗИИ В РАЗРЕЗЕ ПРАВОВОГО ИММУНИТЕТА <i>Трубецкой П.А.</i>	82
ОБРАЗ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА - ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Панова А.С.</i>	88
ПРЕПОДАВАНИЕ БИОЭТИКИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА <i>Клеймёнова О.А., Трусова М.А.</i>	93
АССИСТИРОВАННЫЙ СУИЦИД: PROETCONTRA <i>Семенова П.Э.</i>	99
МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ" ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ <i>Угроватая М.С.</i>	103
БОДИМОДИФИКАЦИИ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОСТИ <i>Мясоутов А.Р., Фахрудинова Э.Р.</i>	108

ETHICS AND DECISION MAKING ABOUT LEAVING LIFE <i>Pandey R.P.</i>	119
THE DYNAMICS OF ABORTION IN NIGERIA; ANALYSIS AND REASONS FOR ABORTION IN NIGERIA <i>Abbass A.I.</i>	121
GLOBAL BIOETHICAL PROBLEMS OF THE 21ST CENTURY <i>Rajkumar D.S.R., Nurul Hanis Ameera B.N.H., Korekar K.P., Simonova Z.G., Koklina N.Yu.</i>	125
ETHICS OF USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE <i>Umar M.A.</i>	129
SOCIAL DISTANCE AND MASK IMPLEMENTATION IN THE SCENARIO OF THE COVID-19 PANDEMIC <i>Ritter Paes Da Costa Nicholas</i>	134
ABORTION IN A WORLD WITHOUT ITS LIMITATIONS <i>Cheryl Tie Ee Qian, Pierre Marco Tee Xin Xiang</i>	142
ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF USING ELECTRONIC HEALTH RECORDS IN MODERN HEALTHCARE SYSTEMS <i>Hewa Dewage Chamara Prabath Ariyaratne</i>	147
TERMINATION OF CARE OF ANENCEPHALIC BABIES THROUGH ABORTION IN MALAYSIA <i>Nur Hidayah I., Amanda V.M, Nur Aqilah.S</i>	153
EUGENIC ABORTION: MERCY OR MURDER? <i>BuhleLeratoMathews</i>	159

ПРОБЛЕМА САМОЛЕЧЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Авдеева Я.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.

Аннотация. В статье представлен анализ проблемы самолечения в современной России, рассмотрены основные причины популярности самолечения среди населения, приведены примеры и сформулированы негативные последствия отказа от квалифицированной медицинской помощи в пользу самолечения, а также намечены пути решения проблемы.

Ключевые слова: врач, пациент, самолечение, проблема, медицина, Россия.

Актуальность проблемы заключается в том, что нерациональное и неграмотное, а порой и вовсе нецелесообразное применение лекарственных средств ведёт к значительным трудностям в лечении, диагностике и профилактике как существующих, так и потенциально возможных патологических состояний. Негативный эффект заключается также в том, что самолечение ведёт к развитию антибиотикорезистентности, то есть устойчивости микроорганизмов к определённым антибактериальным средствам, что вынуждает представителей научного сообщества искать новые виды и группы антибиотиков, изымать из уже существующего товарооборота антибактериальные средства на значительный промежуток времени. Кроме того, нахождение пациентов в условиях стационара, в которых преобладает, как правило, более агрессивная микрофлора, утяжеляется, течение заболеваний становится злокачественным и значительно повышает риск присоединения внутрибольничной инфекции.

Причины представленной проблемы многочисленны. Социальными факторами, способствующим развитию приверженности населения к

самолечению, являются: ускоренный ритм жизни, который не позволяет пациентам ввиду загруженности своевременно обратиться к соответствующему специалисту и получить назначенное лечение. Отдалённость и недоступность некоторых населённых пунктов от лечебных учреждений, а порой отсутствие узких специалистов также препятствует получению высокоспециализированной помощи, что заставляет пациентов обращаться к помощи провизоров. У некоторых пациентов наблюдается синдром белого халата, характеризующийся дисфункцией вегетативной нервной системы, которая обуславливает психическое напряжение при виде врача или же при нахождении пациента в лечебном учреждении. Примером может служить развитие психогенной гипертонической болезни, которая при этом отсутствует в обыденных, стандартных условиях жизнедеятельности человека. Данное обстоятельство может сподвигнуть человека ограничить посещение лечебного учреждения. Также есть доля людей, которая в провизоре видит более грамотного, более авторитетного человека, способного дать совет по выбору аналога, значительно дешёвого препарата, что также является важным, а порой и определяющим обстоятельством для пациента, который не учитывается в каждом конкретном случае врачом. Помимо проблемы злоупотребления помощью провизора, существенно увеличивается число людей, которые пытаются искать информацию о своём состоянии через всемирную паутину, при помощи интернета. Именно для таких людей созданы сайты с программами, в которых при перечислении симптомов заболевания устанавливается диагноз.

Распространёнными стали платные консультации врачей, которые предлагают свои услуги в социальных сетях. Несмотря на то, что на данный момент усиленно развиваются и внедряются телекоммуникационные технологии, телемедицина, частные врачебные консультации и рекомендации не всегда оправданны и безопасны. Кроме того, интернет-страницы переполнены навязчивой рекламой, с помощью которой фармакологические компании продвигают свою торговую марку

лекарственных средств, различные биологически активные вещества, что также оказывает значительно влияние на частоту случаев, когда пациент прибегает к самолечению [2]. Самолечение может привести к множеству осложнений. Некоторые лекарственные средства способствуют развитию тахифилаксии, что означает привыкание, ведущее к последующему уменьшению фармакологического эффекта при повторном введении лекарственного препарата. Наиболее часто подобная ситуация наблюдается, когда провизор рекомендует покупателю-пациенту слишком высокую дозу действующего вещества препарата. Есть группа лекарственных средств, способных утяжелять течение заболевания, путём развития abortивной, стёртой, молниеносной форм клинических проявлений заболеваний, что значительно утяжеляет диагностику и лечение основного заболевания. Ещё одним осложнением, которое возникает при неграмотном применении лекарственных средств, являются аллергические реакции, причём реакции могут быть как немедленного типа, возникающие в течение нескольких минут после контакта с аллергеном, так и поздние реакции, или же замедленные реакции. Все перечисленные осложнения ведут к тому, что основное заболевание носит латентный характер, общие проявления которого будут выражены в меньшей степени.

Отметим Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где в п. 1 ст. 27 указано, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья[1]. Однако не существует документа, в котором бы излагалась ответственность человека, воспользовавшегося лекарственными средствами без назначения, при условии, что это привело к последующим осложнениям и трудностям при диагностике и лечении.

В заключении хотелось бы отметить, что анализируемая проблема действительно существует, и она довольно остро поставлена, так как затрагивает не только область здравоохранения, но и многие социальные сферы жизни человека. Поэтому её решение должно быть комплексным и

многоступенчатым, необходимо продолжать развивать и совершенствовать трёхуровневую систему медицинской помощи, реорганизовывать систему образования и практическую подготовку специалистов, особое внимание уделять среднему медицинскому персоналу, в частности фармацевтической специальности. Целесообразным видится введение контроля за рекламой лекарственных средств и усовершенствование порядка выдачи рецептурных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
URL:https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=lapyazcem949840180(дата обращения: 20.11.22).
2. Федеральный закон от 13.03.2006 N 38-ФЗ (ред. от 14.07.2022) «О рекламе» (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.10.2022)URL::https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/8fbc3d05dbc778e17bfc1b45fb7339df525c1985/?ysclid=lapswuyws273692310(дата обращения: 20.11.22).

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ДЕТЕЙ

Березуцкая И.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: д. мед. н. Маль Г.С.

Фармакотерапия представляет собой совокупность методов лечения с применением лекарственных средств (ЛС), а ее эффективность зависит от

точности и понимания поставленного диагноза, знания клинической фармакологии.

Для достижения максимальной действенности и безопасности лекарственных препаратов в настоящее время актуальны клинические исследования. Возможность их проведения у детей имеет этические и правовые ограничения. Клинические исследования лекарственных препаратов для дальнейшего применения у детей необходимо проводить в строгом соответствии с правилами надлежащей клинической практики и этическими принципами, заложенными в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Согласно этому документу социально уязвимые группы населения, включая детей, должны получать особую защиту, а само клиническое исследование с их участием может быть оправдано только тогда, когда медицинская исследовательская работа не возможна без участия лиц, не относящихся к уязвимой группе.

На сегодняшний день имеются существенные потребности в научных исследованиях и разработках педиатрических лекарственных средств. ЛС, предназначенные для детей, — это препараты, производимые с учетом возрастной категории, анатомо-физиологических особенностей, веса тела. Стоит отметить, что такие ЛС должны иметь не только удобную дозировку, но и «привлекательную» форму выпуска. Это объяснимо трудностями приема различных лекарственных форм у детей, не достигших трёх лет и имеющих хронические заболевания. Примером могут послужить дети грудного возраста, имеющие особенности распределения лекарств при различных путях введения [1]. В срок от 1 до 3 месяцев всасывание препаратов идет гораздо активнее из слизистых оболочек желудка, но медленнее из кишечника, что необходимо учитывать в ходе проведения научно-исследовательской работы. Биотрансформация в печени многих ЛС у детей 1-го месяца жизни и до трёх лет возрастает и становится гораздо выше, чем у взрослых. После трёх лет жизни ребенка можно наблюдать постепенное снижение скорости биотрансформации до уровня взрослого

человека. Фармакокинетика лекарств у детей подросткового возраста на данный момент недостаточно изучена, что, вероятнее всего, связано с резкой активацией нейроэндокринной системы в их возрасте.

Известно, что у детей проводится меньше клинических исследований, чем у взрослых, это связано с трудностями в организации проведения исследования. Кроме того, клиническим исследованиям по эффективности и безопасности ЛС должны в обязательном порядке предшествовать исследования на экспериментальных моделях [4]. Эти сложности в дальнейшем приводят к пробелам в информации об эффективности ЛС. Клиническое исследование должно быть правильно спланировано, с учетом минимизации дискомфорта и инвазивных процедур, а ожидаемая польза должна превышать потенциальный риск. Интенсивность боли и уровень стресса необходимо регулярно контролировать в ходе исследования, проводить оценку этих показателей при помощи специальных шкал. Это, в первую очередь, необходимо в отношении детей, которые не способны указать на то, что испытывают боль и стресс – новорожденные, дети первого года жизни.

Участие пациентов в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения должно быть добровольным. Существуют документы, на которые необходимо опираться в ходе получения информированного согласия на участие ребенка в исследовании. К ним относятся: Руководство по надлежащей клинической практике, Руководство по клиническим исследованиям ЛС в детской популяции и Европейское руководство по этическим принципам проведения клинических исследований ЛС в детской популяции. К особой категории детей относятся дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с их участием запрещается.

Основным условием проведения научно-исследовательской деятельности с участием детей является получение информированного

согласия на проведение клинического исследования ЛС в различных возрастных группах [2,3]. Это осуществляется с письменного согласия родителя/законного представителя. При отсутствии согласия ребенка этот факт вместе с обоснованием должен обязательно документироваться с подписью родителей или опекунов ребенка. Степень вовлечения детей в процесс обсуждения и принятия решения относительно исследовательской деятельности зависит от степени их зрелости. Возраст ребенка, когда он может дать согласие на свое участие в исследовании, должен определяться Этическим комитетом и соответствовать требованиям локального законодательства.

Таким образом, обязательное соблюдение этических принципов при проведении клинических исследований лекарственных средств в педиатрической практике открывает возможности получения необходимой информации для дальнейшего совершенствования фармакотерапии у детей. Эти данные используют для создания рекомендаций и руководств, которые помогают выбрать ЛС, вместе с тем соблюсти права уязвимой группы населения, т.е. детей. Отсутствие научно-исследовательской работы в этой области может подвергать больных детей еще к большему риску.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Педиатрия : учебник для медицинских вузов / под. ред. Н.П. Шабалова. — СПб.: СпецЛит, 2018.
2. Незнанов Н. Г., Никитин Е. Н., Мирошенков П. В. Биомедицинские исследования в педиатрии // Качественная клиническая практика. — 2019; 2: 34.
3. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
4. Kurz R., Gill D. Practical and ethical issues in pediatric clinical trials // Applied Clinical Trials. — 2021; Sep 1.

ОБРАЗ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА В МЕДИЙНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Бородулин В.П., Бородулин Р.П.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.

Аннотация. В статье раскрывается понятие и функции врача, а также СМИ, их влияние на формирование образа. Ключевые аспекты поведения современного врача в медийном пространстве. Выявлено понятие «хороший врач». Раскрыты главные характеристики, навыки и качества современного врача, которые влияют на его образ.

Ключевые слова: СМИ, современный врач, образ, медийное пространство.

Одной из популярных сфер, где формируются разные образы, в том числе социальные – СМИ. Главная и основная их функция – воздействие на сознание читателя через передачу информации. Образ современного врача изменяется на глобальном уровне. В течение большого количества времени у людей сформировалось мнение о враче. Как уже известно, у медицинского персонала большой объем работы, который люди не всегда видят и понимают. Для людей СМИ описывают два случая, которые связаны с врачебной деятельностью: удачи и провалы врачей. Таким образом, образ врача или медицинского работника складывается благодаря СМИ. И этот образ может быть как положительным, так отрицательным.

Любую информацию на сегодняшний день можно найти в Интернете, так как она находится в открытом доступе. Любое действие или явление может стать объектом стереотипа. Рассмотрим положительный образ врача. Оценка и образ врача очень зависит от языкового знания и правильного употребления. Благодаря языковому материалу образ врача склонен к положительному образу. Это позволило определить правильные аспекты врачебной деятельности, так как языковой материал показывает грамотность врача и его экспертизу в этой трудной сфере. Языковой материал включает:

синтаксический и лексический уровни языка. А СМИ только распространяют эту информацию. Профессиональный врач должен обладать хорошей и грамотной речью. У врача должна быть великолепная и долговременная память, чтобы в нужный момент он мог помочь пациенту [2]. Врач должен уметь и знать, как правильно использовать медицинские инструменты и проводить лечебные процедуры. Внимательность и умение принимать быстрые решения делает врача, кем он есть на самом деле. Также положительным аспектом является умение правильно порекомендовать лекарственное средство. Опытный врач умеет последовательно излагать свои мысли пациенту. Другими словами, средства массовой информации привлекают внимание читателей. Так реализуется положительный образ врача благодаря стилистическим и морфологическим средствам языка.

Медицинский работник – ответственный человек, который спасает жизни. Профессия врача – это публичное дело, поэтому нужно иметь хорошую репутацию. Для формирования правильной репутации или имиджа необходимо создать определённый образ. Из этого следует, что медицинский работник воспринимается как высоконравственный человек.

Во многих источниках можно встретиться с следующим словосочетанием: «хороший или плохой врач». Благодаря СМИ понятие «хороший врач» приобрело больше внимания, чем плохой врач. Главными качествами, которыми наделен медицинский врач – это честность и трудолюбие [3]. Такие качества, как милосердие и сострадание, показывают заботу и справедливость врача в своей сфере. Врач не причиняет вреда пациенту, у него все действия обдуманы. Формирование понятия «хороший врач» применяется вследствие научных достижений, так как врачи все время решают новые проблемы. Также они находят разнообразные методы через поиск информации. Через СМИ можно узнать общественную значимость медицинского работника. Данные качества и характеристики представляют собой совокупность врача.

Также нами был проведен опрос методом анкетирования среди 30 студентов разных курсов лечебного факультета, на базе Курского государственного медицинского университета. Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что 80 % студентов встречались с репортажами с врачами. Кроме того, 66% опрошенных считают, что врач должен отвечать на вопросы по своему рассмотрению, т. к. врач несет огромную ответственность за жизнь и состояние населения. Но также в опросе был вопрос о врачебной ошибке, и 66% ответили, что всем людям свойственно ошибаться, но лучше эти ошибки избегать. Самое главное - была выявлена характеристика врача: 45 % студентов ответили, что врач должен быть честным, 28 % – аккуратным и 10 % – правдивым. По результатам опроса можно сделать вывод о том, что образ врача в медийном пространстве играет огромную роль, потому что каждый человек доверяет врачу, уважает врача. Данные, полученные в ходе анкетирования, носят предварительный характер и нуждаются в дальнейшем изучении.

Таким образом, образ современного врача играет огромную роль в его деятельности. Профессиональный образ врача – образ, который соответствует всем нормам. Профессиональный имидж современного врача составляет часть коммуникативной деятельности, внешнего вида, его взаимодействия с пациентами. СМИ только формируют положительные или отрицательные впечатления у пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковалева, М. Д. Доверие врачам: позиция сми и позиция пациентов / М. Д. Ковалева, А. В. Кузнецов // Биоэтика.- Москва: Волгоградский государственный медицинский университет, 2009. - Н. 2. - С.45-49.
2. Чигринова, Е. А. О некоторых языковых средствах создания положительного образа врача (на материале русскоязычных СМИ) / Е. А. Чигринова // Современный дискурс-анализ. - 2020.- н. 2-2.- С. 113-117.

3. Сильвеструк, С. В. Формирование имиджа современного врача / С. В. Сильвеструк, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций: ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России.- 2016.- т.6.- н1.- 213с.

4. Чигринова, Е. А. Когнитивный сценарий репрезентации положительного образа врача в русскоязычных СМИ / Е. А. Чигринова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики, 2018.- С. 150-154.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОНСАЛТИНГ В БИОЭТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ

Панарина Н.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: к. филос. н. Пыжова О.В.

Актуальность. Генетика на современном этапе своего развития позволяет совершенно под другим углом рассматривать проблему выявления генетической патологии, а также определять вероятность ее возникновения в течении первых лет жизни человека. Так, возникла новая отрасль медицины – генетический консалтинг, главной целью которого является заблаговременное выявление генетической патологии или вероятности ее возникновения у человека. Однако такие возможности накладывают на врача огромную ответственность за качество поставленного диагноза и трагичность принятия человеком определенных решений. Генетический консалтинг в биоэтическом дискурсе следует рассматривать как процесс общения врача-генетика, пациента, его родственников и врачей прочих специальностей в целях решения вопроса о наличии той или иной генетической патологии, а также вероятности ее проявления и влияния на качество жизни.

Цель исследования: рассмотреть и проанализировать этические аспекты медико-генетического консультирования, проанализировать основные принципы оказания данного вида медицинской помощи.

Материалы и методы: в качестве методологической основы были использованы научные труды в области биоэтики на тему этических аспектов медико-генетического консультирования.

Результаты. При проведении медико-генетического консультирования врач-генетик сталкивается с некоторыми сложностями. Так, определенные установки и предрассудки пациентов относительно их дальнейшего решения волнующей проблемы препятствуют ведению конструктивного диалога. Зачастую, приходя на прием к генетику, пара уже знает будут ли они прерывать беременность или она закончится родами. Заведомый ответ на интересующий вопрос не позволяет пациентам принять во внимание и проанализировать все возможные риски развития той или иной патологии. Религиозные или прочие убеждения ограничивают сферу принятия решений до определенных рамок, в которых проведение генетического консалтинга является лишь формальной частью врачебных предписаний. Сознание многих людей заранее ориентировано на восприятие положительной, ожидаемой ими информации. Такой подход позволяет снизить уровень тревоги, которая возникает при отсутствии информации о дальнейшем развитии событий. В данном контексте люди смягчают и идеализируют факты, предоставленные врачом-генетиком. Для того, чтобы информация, воспринималась более тщательно и понятно, ее следует преподнести в письменной форме. Так как на момент консультирования пациенты зачастую взволнованны в ожидании вердикта, многие моменты прогноза и рекомендации могут восприниматься искаженно. Человеку будет удобнее переосмыслить информацию в домашних условиях, в кругу семьи [2].

Одним из важных этических моментов в профессиональной деятельности врача-генетика является преподнесение неприятной, не желаемой информации пациенту, реакция на которую может быть самой разнообразной. Так, информация о наличии у ребенка, находящегося в утробе, серьезной генетической патологии, вводит родителей в состояние шока и страха. Они могут винить себя, врача, прочих людей. Во многом

реакция человека зависит от темперамента. Таким образом, подход к каждому пациенту должен быть индивидуальным. Соответственно, каждый врач-генетик по роду своей деятельности должен обладать навыками психолога. Для того, чтобы смягчить восприятие не желаемых известий, пациента нужно подготовить морально, а также дозированно подавать информацию. Так, человек сможет постепенно эмоционально адаптироваться к не желаемым фактам. Для установления доверительных отношений между врачом и пациентом следует изначально демонстрировать заинтересованность проблемой пациента, проявлять участие. Так, преподнесение любой неприятной информации будет протекать в более легкой форме [2,3].

Выявление той или иной генетической патологии у пациента или его родственников является стрессом, также может влечь за собой чувство стыда и самообвинения. Соответственно, необходимо дать понять человеку, что все происходящее в кабинете не выйдет за его пределы и останется в рамках врачебной тайны. Однако понятие врачебной тайны в рамках генетического консультирования отличается от общепринятого представления. Информация о генетических патологиях и возможности их наследования должна быть донесена до родственников, которые могут иметь предрасположенность или латентную форму заболевания. В данном случае уместным является использование грамотно составленного информированного согласия, подразумевающего донесение некоторой информации о здоровье пациента до сторонних лиц.

Восприятие генетической информации требует определенной осведомленности пациента и базового уровня медицинских знаний, чем не располагают многие пациенты. Соответственно, в задачи врача входит обеспечение человека знанием общих понятий в актуальной для него сфере. Нельзя забывать о том, что генетический консалтинг предполагает зачастую не только вынесение конкретного диагноза, а еще и выявление вероятности развития патологии. Любая вероятность может рассматриваться лишь как

прогноз, соответственно, не может быть воспринята как истина, так как на развитие заболевания помимо генетической предрасположенности влияют факторы окружающей среды и образ жизни индивидуума.

Важным фактором взаимодействия врача-генетика и пациента является мотивы пациента при получении данной информации. Некоторые люди настроены наиболее быстро принять к сведению всю имеющуюся информацию о своем здоровье, независимо от ее содержания, так как важным для них является оценка ситуации, знание всех рисков и возможных последствий. Иные пациенты желают как можно быстрее узнать наличие предрасположенности к той или иной патологии, чтобы вовремя скорректировать образ жизни и всевозможными способами ограничить влияние факторов внешней среды [1].

Выводы. Генетический консалтинг актуален во многих отраслях медицины, поэтому его этическая составляющая требует постоянного совершенствования. Помимо своих основных профессиональных навыков, врачу-генетику следует постоянно руководствоваться соблюдением морально-нравственных принципов, относиться с пониманием к каждому отдельному пациенту с учетом особенностей и нюансов конкретно его случая. Решение, принятое пациентом после проведения генетического консультирования, зависит не только от диагноза или вероятности его появления, но и от того, как информация будет преподнесена человеку, а также им воспринята. Таким образом, это одна из немногих медицинских специальностей, где врач является не просто неотъемлемой частью процесса, но и в некоторой степени оказывает определенное влияние на исход проблемы. Самые важные качества, которыми должен руководствоваться врач-генетик при консультировании, это гуманность и умение видеть перед собой человека, а не его диагноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочегурова Е.М. Роль медико-генетического консультирования в профилактике и лечении нарушений репродукции / Е.М. Кочегурова // Тверской медицинский журнал. – 2021. – №2. – С.7-15.
2. Попова, О.В. Медико-генетическое консультирование в системе социальных факторов: проблемы и поиски решения / О.В. Попова // Политика и Общество. – 2021. – №2. – С. 29-39.
3. Уфимцева, С.С. О медико-генетическом консультировании / С.С. Уфимцева, М.В. Сомова // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2019. – Т.1. – №2. – С. 52-55.

СУИЦИД В ЭТИКО-ФИЛОСОФСКОМ ОСМЫСЛЕНИИ

Абрамова А.Е.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: к. филос. н. Пыжова О.В.

Значительный рост самоубийств остается одним из несовершенств современного общества, что непосредственно влияет на социальную неустойчивость. Суицид в современном мире является проблемой социально значимой и имеет психические механизмы, мотивирующие людей на смерть. В настоящее время в развитие философского смысла суицида внесла психология, прошедшая определенные этапы развития и выработавшая концепции и схемы [3]. Последние десятилетия многие считали, что самоубийство является заболеванием. И поэтому тогда психология суицида казалась проявлением психиатрии, что во многом упростило бы проблемы и недопонимания. Конечно же, бывают случаи самоубийств, связанные непосредственно с психическими расстройствами. Большое количество людей, совершивших суицид, имеют временные психические отклонения или эмоциональные состояния, являющийся мотивацией для самоубийства. Такое состояние формируется благодаря длительному воздействию

неблагоприятных факторов и свидетельствует об ответственности человека за совершаемые действия. Однако лишь малая часть людей, совершивших суицид, находятся в осознанном и вменяемом состоянии, что является проблемой современного общества [1].

Этика суицидального поведения весьма трудна и непонятна. Что заставляет человека совершить самоубийство? Например, профессор В. Гживо-Добровский выделил основные категории причин самоубийства: первая – психопатологическая (депрессии и алкоголизм); вторая категория – это психологическая (страх, нервозность, чувство стыда, неудача); третья – эротическая (разочарование и отказ в любви, измена); четвертая категория – физические заболевания (например, онкология); пятая – ухудшение материального положения (потеря работы); шестая причина – неудачи в учебе (плохие оценки, долги) [2]. Несомненно, не стоит забывать, что иногда, совершая акт самоубийства, индивид хочет произвести внешний эффект и рассчитывает на помощь со стороны, некая игра на публику, чтобы привлечь к себе внимание. Также стоит быть внимательнее к проблеме суицида людей старше 50 лет, когда человек уже реализовал все жизненные цели, а теперь находится в периоде истощения и опустошенности, когда жизнь теряет смысл [3].

Самоубийство является вечной проблемой человечества и проявлением исключительно асоциального поведения конкретного индивида – самоустранения из жизни. Рассматривая этическое осмысление самоубийства, необходимо отметить, может ли суицид быть рациональным выбором и какова нравственная допустимость, ведь суицид дело выбора каждого человека, поскольку все имеют право на свою жизнь, никто не должен быть принужден страдать, например, от неизлечимой болезни. Для этих людей лишение себя жизни действительно является спасением от нескончаемых мук и переживаний, боли и травмы. Все сами решают для себя, что для них важнее: жить или спастись от лишений и мук. Другая позиция говорит о том, что кому решать вопрос о прерывании жизни, если же

не самому индивиду, поскольку лишение жизни другого человека карается законом и является правонарушением [4]. Однако самоубийства одних людей приводят к массовым суицидам, является заразительным примером и носит асоциальный характер. В обществе самоубийство одних провоцирует волю к смерти других.

В понятие суицида большой вклад внесла философия, позволяющая утверждать ограниченность частных методов науки. Основная проблематика философско-суицидологического направления заключается в следующем: во-первых – человек разумное и свободное существо, смерть для каждого из нас неизбежна, тогда в смерти человек ограничен, и возникает некое противоречие, человек свободен и смертен одновременно; во-вторых – возникает вопрос об индивидуализации смерти, является ли самоубийство выбором свободного человека; и в-третьих – необходимо понять, совпадают ли в самоубийстве смерть и свобода [1].

Суть самоубийства не проста, она спрятана в глубине сознания каждого индивидуума, поэтому для раскрытия суицида необходимо анализировать внутренние его причины и условия. Говоря о суициде, возникает два вопроса: кто совершает и что совершается в самоубийстве. Ответы вроде бы просты: суицид совершает человек и суицид является процессом человеческого мира [2]. Специфика философского осмысления суицида весьма трудна, ведь неважно, что происходит с человеком в результате самоубийства, важно то, что спровоцировало человека пойти на этот шаг.

С развитием психологии стали выделять наиболее распространенные направления самоубийств. Особым критерием является наследственная предрасположенность, что генетические подтверждает суицидальные склонности, однако стоит отметить, что таким людям также необходимы триггерные факторы, травмирующие психику. Говоря о психодинамическом направлении, мы понимаем, что такое взаимодействие происходит между инстинктами самосохранения и саморазрушения. На первый план выходит агрессия, направленная на свою смерть. Далее рассматривается

мотивационно-феноменологический тип суицидального поведения, когда индивид преднамеренно расстается с жизнью определенным способом, в результате которого спасение жизни является невозможным. И здесь выделяют три основные группы причин: эгоистические самоубийства (внутриличностный конфликт); самоубийства, адресованные конкретным людям; и агенеративные, характеризующиеся социальной изоляцией [4]. Именно душевная боль определяет внутреннее отношение человека к самоубийству. Социально-психологическая категория рассматривает суицид как итог невротического конфликта, где индивид суицид становится способом мести и самоутверждения. Говоря о клинико-психологическом методе, основа суицида – это искажение когнитивных процессов. Склонность к самоубийству возникает в процессе самоубийства и характеризуется волевыми и моральными качествами определенного человека. Последняя интегральная концепция суицида основывается на взаимодействии стресса и уязвимости конкретного индивида, его способности к депрессивным состояниям и противостоянии им [1].

Таким образом, с одной стороны суицид подвластен конкретной сфере нравственного поведения человека, выходящее за рамки этики и ее возможностей, однако с другой стороны – суицидальные действия человека вполне сознательны и подчинены нравственной его оценке. Необходимо помнить, что человек сам принимает решение о самоубийстве, это некое его право, однако, совершая суицид, человек наносит вред по свободе своих близких и родных, которые действительно любят его [3]. Основная задача общества проявить заботу к людям, склонным к суицидальным проявлениям, необходимо исследовать психологические особенности индивида и социализировать его, а также помочь найти способы преодоления им стрессовых ситуаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крюков, В. В. Мнимые ценности суицида / В. В. Крюков // Национальная ассоциация ученых. – 2020. - №55-1(55). – С. 76-79.
2. Парий, Е. А. Синий кит – игра не на жизнь, а на смерть / Е. А. Парий, А. К. Фролова // Молодежный научно-технический вестник. – 2017. - №5. – С. 1-81.
3. Горяева, П. Ю. Суицид как экзистенциальный выбор / П. Ю. Горяева // Reflexio. – 2020. – Т. 13, №1. – С. 148-161.
4. Насрутдинов, Д. Р. О началах права на смерть в европейской культуре: проблемы философии / Д. Р. Насрутдинов // Уральский журнал правовых исследований. – 2021. - №1(14). – С. 30-35.

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИНЦИПА УВАЖЕНИЯ ДОСТОИНСТВА ТЕЛА МЕРТВОГО ЧЕЛОВЕКА

Гаврикова А.И.

Псковский государственный университет

Министерства науки и высшего образования РФ, Псков, Россия

На протяжении последних полутора веков общество непрерывно пытается найти равновесие между традиционными социо-гуманитарными доктринами и стремительным развитием новых технологий [1, 2]. Благоприятные достижения научно-технической революции и ее грандиозные перспективы противопоставляются критическим прогнозам и сомнительным с точки зрения биоэтики результатам, особенно в области биотехнологий. Большинство инновационных разработок так или иначе связаны с удовлетворением спроса на улучшение качества жизни, однако потребительское отношение к новым технологиям может привести к неоправданным рискам для всего человечества. С одной стороны, возможность если не обрести бессмертие, то получить шанс прожить очень долгую и здоровую жизнь в благополучных условиях, обеспеченных рациональным сельским хозяйством и экологически чистыми продуктами

питания, с другой – искусственная эволюция человека непредсказуема. Осознание того, что программы, связанные с нано- и био- открытиями, могут привести к трансформации *Homo sapiens* как вида, приводит к попыткам решить проблему на законодательном уровне, однако эта политика не является результативной на сто процентов. Экономически выгодные предложения всегда будут находить свою аудиторию и, при желании, приводить к фальсификации этики науки с целью получения прибыли. Спекуляции, связанные с научно-техническими инновациями как объектами материальных благ, именно в отношении современной биотехнологии, вызывают самое широкое обсуждение в связи с неоднозначными последствиями их использования.

Отношение к пациенту как к объекту обогащая противоречит ключевым направлениям биоэтики, но в полной ли мере мы можем отнести это утверждение к мертвому телу человека? Есть ли какие-либо права у тела, которое попало в область внимания криминалистов и судмедэкспертов, или препарировано в учебных целях на лабораторных занятиях студентами? Современное человечество демонстрирует инстинктивное неприятие к виду расчлененного тела сородичей, в отличие от жителей средневековья, которые легко четвертовали убийц и разбойников, но запрещали врачам вскрывать трупы для изучения. В Великобритании восемнадцатого века самым страшным наказанием для преступников было двойное осквернение тела – сначала казнь, а затем анатомический театр. Однако вскоре нативного материала в связи с развитием медицина стало катастрофически не хватать, врачам и студентам медицинских факультетов пришлось раскапывать могилы. Возник спрос, который тут же породил предложение со стороны криминальных слоев общества, которые одинаково легко поставляли и свежепогребенные и свежееубиенные тела. Только после принятия в 1832 г. Закона об анатомии, этот поток был приостановлен юридическим оформлением в пользу медицинских учреждений тел, которые никто не опознал и не востребовал в двухдневный период. Труп как объект для оценки

может представлять научную ценность, но в первую очередь он представляет свою важность как останки живого человека, его неповторимой личности [3-4]. Память об умершем, его индивидуальности, делает крайне важными вопросы, связанные с этическим отношением к телу. В этом плане отдельно можно рассмотреть акт дарения своих органов в медицинских целях по завещанию. Это решение человек принимает добровольно до своей смерти, иногда вопреки религиозным и нравственным установкам членов своей семьи, однако это его свободный выбор, к которому необходимо относиться с уважением.

Большинство членов общества не относятся негативно к использованию рекутов, добровольных или добровольно-принудительных, для медицинских исследований, включающих тестирование новых лекарственных препаратов или испытание последних технологий и практик [5]. Совсем другое дело, если стоит вопрос об использовании тела, а тем более неопознанного трупа, не для трансплантации или в каких-либо врачебных экспериментах, в качестве вещи, представляющей коммерческий интерес. Современное общество не удивишь клонированием, генной и биоинженерией, однако эти достижения научно-технического прогресса привычно видеть в рамках медицинских исследований. Например, такие актуальные биотехнологические методики как пластинация изначально предназначалась для использования в учебных или клинических целях, а не для создания арт-объектов [6]. Тем не менее изобретатель этого способа консервации анатомических препаратов Гунтер фон Хагенс счел возможным создавать с его помощью арт-объекты для авангардных передвижных выставок Body Worlds. В нашей стране был разработан аналог этой технологии - полимерное бальзамирование по оригинальным методикам силиконом отечественного производства, а также продолжается изобретательская работа по использованию силиконовых герметиков при изготовлении муляжей органов и визуализации сосудов. Немецкий анатом Хагенс став первооткрывателем пластинации и обладателем ряда патентов,

посвященным сохранению образцов животных и растительных тканей путем пропитки полимеризующимся пластиком и синтетическими смолами, предпочел работать с полученными образцами как с художественным материалом. В интервью периодическим изданиям Хагенс говорил, что как художника, целью его экспозиций было «демонстрация совершенства и уязвимости нашей природы», кроме того, являясь доктором, считал, что в анатомированном теле человека, выставленном на обзор широкой публике нет ничего необыкновенного. Выставки получили широкую огласку и бурное обсуждение, причем журналистов больше интересовал вопрос этичности, а не художественной ценности экспонатов. В результате расследования, проведенного прокуратурой города Гейдельберг, Германия, было выявлено, что трупы для выставки были проданы больницами на законных основаниях, как неопознанные и невостребованные родственниками [7]. Тысячи посетителей завещали собственные тела для посмертной демонстрации, а также сам автор шоу отдал распоряжение о бальзамировании своих останков после смерти для пополнения экспонатов Body Worlds. Несмотря на то, что выставку запретили к показу в некоторых европейских городах как оскорбительную для публики, нельзя не отметить общий интерес зрителей, безусловно вызванный представлением смерти как искусства.

Моральная сторона вопроса не касается эстетики вообще тела человека, она связана с возможным правом художника препарировать и выставлять на всеобщее обозрение мышцы и кости трупа, оформленные в виде скульптуры. Если с древних времен были известны способы бальзамирования и мумификации тел, надёжно укрытых от посторонних глаз в гробах и саркофагах, то современные технологии, благодаря использованию пластмасс, позволили придать этим телам движение, а их публичная демонстрация уже находится на грани морали. Возникает конфликт моральных ценностей: с одной стороны, Гунтер фон Хагенс выполнил свободное волеизъявление покойных, с другой - нарушил этические нормы живых и получил прибыль от демонстрации тел мёртвых людей. В данном

случае можно констатировать отсутствие каких-либо обучающих или медицинских целей и, следовательно, не соблюдение условий декларации формулы «тело не вещь» Национального консультативного комитета по этике и наукам о жизни и здоровье [8]. С точки зрения биоэтики ключевым моментом для рассмотрения вопросов, связанных с каким-либо коммерческим использованием живых или мертвых людей, является ценность человеческого тела и невозможность его эксплуатации без высокой ожидаемой пользы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Летов О. В. Актуальные проблемы биоэтики / О. В. Летов // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 3: Философия. Реферативный журнал. – 2020. – № 4. – С. 66-69.
2. Биоэтика и биоэтическое сознание: актуальные направления исследования / С. Ю. Жданова, А. В. Печеркина, Л. З. Зарипова, Л. О. Пузырева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9. – № 2(31). – С. 330-332.
3. Семенов В. Е. Достоинство тела мертвого человека как тема в биоэтике / В. Е. Семенов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2018. – Т. 29. – № 1. – С. 160-166.
4. Попова О. В. Человек как биологический артефакт: pro и contra // Новое в науках о человеке: к 85-летию со дня рождения академика И. Т. Фролова / отв. ред. Белкина Г. Л.; ред.-сост. М. И. Фролова. - М.: ЛЕНАНД. - 2015. -432 с.
5. Хубулава Г. Г. Этические аспекты «живого донорства» // Вестник СПбГУ. Сер. 17, Философия, конфликтология, культурология, религиоведение. - 2015. - Вып. 4. - С. 79-84.

6. Полякова О. В. Трансгуманистическое движение как социокультурный феномен / О. В. Полякова // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. – 2012. – № 17(97). – С. 189-198.

7. Bodydoctorclearedovercorpses - BBCNews, 10.03.2004. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/entertainment/arts/3497306.stm>, свободный. – (дата обращения: 18.11.2022).

8. Пешкова И. С. Биоэтика и нравственные принципы формирования социально-профессиональной ответственности современного поколения / И. С. Пешкова, О. Г. Чернорусова, Д. Р. Гончарова // Научный электронный журнал Меридиан. – 2019. – № 8(26). – С. 6-8.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАСПОРТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Антипов Е.В., Сиднев А.А.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Актуальность. Генетическая паспортизация человека представляет собой комплекс мероприятий, направленный на построение индивидуальных генетических карт, получение совокупности данных о наличии в геноме определенных полиморфизмов (снипсов) [1]. На сегодняшний день уже выявлено более 12 млн. однонуклеотидных полиморфизмов. В геноме человека находится не более 20 000 генов, следовательно на каждый ген может приходиться несколько снипсов, что поможет сделать заключение о генетическом статусе пациента без полного секвенирования его генома. Генотипирование позволяет определять медицинскую значимость мутаций и картировать наследственные заболевания по группам, что имеет важное значение для современной практической медицины, а также обеспечит возможность выявления генетических особенностей наследственной патологии отдельного человека. Составление генетического паспорта в

будущем послужит основой предиктивной медицины, однако внедрение этого метода сталкивается с некоторыми проблемами, в том числе биоэтического характера, в том числе вопросом о правовой защищенности пациента, который провел данное исследование; неправомерное использование и распространение информации о геноме пациента; угроза национальной безопасности из-за утечки данных; дискриминация людей по генетическому признаку работодателем или страховой компанией из-за того, что информация может попасть к третьим лицам [2].

Каждый индивидуальный геном имеет отличную от других геномов уникальную нуклеотидную последовательность ДНК. В случае частоты встречаемости варианта в популяции 1% или более, его называют полиморфизмом ДНК. В среднем 1 из 300 нуклеотидов полиморфен. На сегодняшний день выявлено три основных вида полиморфизма ДНК: а) различие в одном нуклеотиде (однонуклеотидный полиморфизм, снипс); б) короткие тандемные повторы (микросателлиты); в) тандемные повторы из 10–50 нуклеотидов (минисателлиты). У типичной цепи ДНК изменчивость в большей степени связана с наличием снипсов, то есть точек в геноме, в которых одна значительная доля популяции человека имеет один нуклеотид, в то время как другая весомая доля имеет другой нуклеотид. Два индивидуальных генома, которые выбраны в популяции наугад, отличаются примерно в $2,5 \cdot 10^6$ таких участков (то есть на 1 из 1300 пар нуклеотидов). Полиморфные картированные участки в геноме человека (то есть имеющие вероятность более 1 % того, что геномы двух индивидуумов будут отличаться на этом участке) являются полезными для проведения медико-генетического тестирования или генетического анализа, при котором ученые стараются связать определенные черты (фенотипы) с последовательностями ДНК для медицинских или научных целей. В настоящее время люди страдают от большого количества генетических заболеваний, поэтому такой анализ групп сцепления может быть использован для идентификации генов, ответственных за определенные наследственные состояния. Для проведения

данных исследований необходимо получить образцы ДНК большого количества семей, страдающих одним наследственным заболеванием. Эти образцы затем изучают на присутствие физических маркеров, таких как снипсы, которые могут быть тесно сцеплены с геном заболевания, то есть наследоваться всеми больными людьми, но не их здоровыми родственниками [3,4].

Цель исследования – определить цели и основные биоэтические проблемы генетической паспортизации населения.

Материалы и методы – анализ научных данных и нормативно-правовой документации в области обеспечения химической и биологической безопасности.

Результаты. Основными целями генетической паспортизации населения являются следующие: защита жителей Российской Федерации от химических и биологических угроз, обеспечение создания безопасного общества, разработка индивидуального персонифицированного подхода в медицине, развитие методов идентификации личности человека [2].

В соответствии с указом Президента от 11.03.2019 г. «Об основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности» до 2025 г. у жителей России должны появиться генетические паспорта. Генетическая паспортизация должна проводиться «с учетом правовых основ защиты данных о персональном геноме человека» с целью формирования генетического профиля населения. Параллельно должны развиваться условия для проведения генетической паспортизации населения, развиваться технологии скрининга генофондов человека, создаваться национальный банк сыворотки крови.

В указе не говорится о точном виде генетического паспорта и не конкретизируется, на каком носителе будет размещена информация о геноме человека. Генетический паспорт может быть двух видов: 1) судебно-медицинский, составленный по результатам генетической дактилоскопии и

позволяющий идентифицировать человека для проверки причастности к преступлениям, установления отцовства; 2) генетический паспорт, полученный в результате полного секвенирования генома с целью формирования генетического профиля пациента. В этом виде паспорта должна также содержаться расшифровка полученных данных. Такая популяционная и индивидуальная генодиагностика должна применяться для оценки рисков развития наследственной патологии, в первую очередь мультифакториальных заболеваний – «болезней цивилизации». Для отдельного человека генетический паспорт должен стать основой предиктивной персонализированной медицины, направленной на прогноз и профилактику генетических заболеваний, а в будущем – для индивидуализированного лечения, что является задачей фармакогенетики.

С точки зрения права генетический паспорт ближе всего соответствует медицинской карте, поскольку генетическая информация человека является частью медицинской информации. До сегодняшнего дня остается открытым вопрос о содержании и структуре генетического паспорта. Он должен содержать результаты тестирования скрытой генетической патологии. В документе должен быть представлен анализ наследственной предрасположенности к различным мультифакториальным заболеваниям. Паспорта могут быть составлены отдельно для различных категорий граждан: спортсменов, беременных женщин, людей экстремальных профессий, сотрудников правоохранительных органов, военных или для людей уже имеющих определенные наследственные заболевания. Создание единых баз генетических данных поможет: 1) оценить и проанализировать предрасположенность к различным генетическим заболеваниям, что необходимо для последующего принятия мер профилактики; 2) получить информацию о распространенности в человеческих популяциях мутаций; 3) определить приоритеты в сфере укрепления общественного здоровья граждан; 4) оптимизировать финансирование различных отраслей для

укрепления научной базы; 5) повысить качественную продолжительность жизни населения.

В настоящее время уже начали создаваться индивидуальные и семейные базы ДНК-данных, например «Генетическая карта репродуктивного здоровья», генетический паспорт беременной, в которых даны рекомендации беременным женщинам, имеющих генетические факторы риска рождения детей с врожденными пороками развития или генными и хромосомными аномалиями [5,6].

По своей форме генетический паспорт может представлять собой цифровой документ, имеющий пароль доступа обследованного человека к информации о своем геноме. Для хранения такой информации могут быть использованы флеш-карта, жесткий диск или биологический чип, где будут содержаться сведения о генетических мутациях и проценте предрасположенности к определенным мультифакториальным заболеваниям. В получении подобной информации будут заинтересованы страховые компании, работодатели, различные социальные институты. В этой связи возникает серьезная биоэтическая проблема хранения персональных данных. Необходимо создать защищенный режим доступа к биологическим образцам. Представляется обоснованным для размещения информации о геноме использовать личный кабинет пациента, который бы обладал повышенной степенью защищенности для исключения утечки данных и передачи третьим лицам. Потенциальная опасность развития технологии генетической паспортизации – это возникновение дискриминации и стигматизации населения по генетическому признаку. В связи с этим в разных государствах уже приняты запреты на использование генетической информации страховыми компаниями и при устройстве на работу.

Кроме обеспечения соблюдения принципа неразглашения сведений, полученных при секвенировании генома индивидуума, еще одним важным биоэтическим требованием является добровольное информированное согласие на сдачу донорского генетического материала. Добровольность

заключается в свободном, независимом и самостоятельном согласии человека на допущении в отношении его организма производить определенные манипуляции. При этом обследуемый человек должен разрешить использовать всю полученную в ходе исследований информацию о своем геноме для расширения научных знаний и развития науки. Под информированностью понимается осознанное согласие на основании полной, достоверной, необходимой, понятной и достаточной информации, которая была предоставлена врачами или исследователями и которая должна помочь испытуемому принять самостоятельное решение о передаче своего генетического материала на хранение в биобанк. Любое генетическое обследование должно осуществляться с согласия пациента или его родственников. В случае выявления носительства мутантных генов, ассоциированных с определенными заболеваниями, возникает проблема информирования родственников пациента: имеют ли право кровные родственники получить данные донора, если они не давали согласия на генетические исследования?

Еще одной важной биоэтической проблемой является оправданность диагностики неизлечимых тяжелых наследственных заболеваний, прежде всего нейро-дегенеративных, таких как хорея Гентингтона. Психологический груз знания о носительстве генов подобных заболеваний может негативно сказаться на качестве жизни человека и ускорить наступление первых симптомов. Кроме того отсутствуют квалифицированные психологи, которые бы смогли помочь таким людям на доклинической стадии болезни.

Существует большая группа мультифакториальных заболеваний, для которых не все генетические маркеры обнаружены к настоящему времени и которые не позволят на 100% предсказать развитие данного заболевания. Однако составление генетического паспорта в этом случае поможет осуществить раннюю профилактику, дать рекомендации по здоровому образу жизни с целью минимизирования риска развития заболеваний.

Следующей пока еще нерешенной проблемой является сложность в интерпретации полученных данных, поскольку для качественной диагностики наследственных заболеваний кроме генетических факторов необходимо учитывать многочисленные биохимические анализы, данные генеалогии обследуемого. Для такого многофакторного анализа требуется привлечение не только специалистов-генетиков, но и врачей других специальностей, а также применения технологий искусственного интеллекта [7-9].

Выводы:

1. Генетическая паспортизация населения – основа индивидуализированной предиктивной практической медицины будущего.
2. Внедрение генетической паспортизации населения должно осуществляться с применением всех основополагающих принципов и правил биоэтики: автономии личности, конфиденциальности, правдивости, информированного добровольного согласия

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генетическая паспортизация населения – новая технология диагностики в медицине. В.Е. Третьяков, Э.В. Генерозов, О.А. Громова, В.М. Говорун//Поликлиника. 2008. № 2-2. С. 10-12.
2. Серебрякова А.А., Холопова Е.Н. Генетическая паспортизация населения и возможности ее осуществления// Право и государство:теория и практика.2020. №3(183).
3. Пассарг Э. Наглядная генетика / Э. Пассарг; пер. с англ. под ред. д-ра биол. наук Д. В. Ребрикова. – Электрон.изд. – М. : Лаборатория знаний, 2020. — 511 с.
4. Альбертс Б. и др. Молекулярная биология клетки. – М.–Ижевск: НИЦ «Регулярная и хаотическая динамика», Институт компьютерных исследований, 2022. – 2000 с.

5. Баранов В.С., Баранова Е.В. Генетический паспорт – основа активного долголетия и максимальной продолжительности жизни. //Успехи геронтологии. 2009. Т.22. №1. С.84-91.

6. Баранов В.С., Айламазян Э.К. Определение наследственной предрасположенности к некоторым частым заболеваниям при беременности. Генетическая карта репродуктивного здоровья.Методические рекомендации. – СПб. 2009. – 67с.

7. Бородулин В.Б., Родионова М.П. Применение молекулярно-генетических методов в раскрытии преступлений//Научно-практический журнал Информационная безопасность регионов. 2010.№2(7).

8. Стамбольский Д.В. и др. Информированное согласие на получение и использование клеточного материала человека:нормативно-правовое и этическое регулирование//РКЖ.2018.№12.

9. Бочков Н.П. и др. Клиническая генетика: Учебник. – 4 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 г.

РОЛЬ ЭТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

Королёва Л.Ю., Королёв А.М., Поцелуева П.А.

*Медицинский институт «Орловский государственный университет им.
И.С. Тургенева», Орёл, Россия*

В современном ритме работы на плечи врача помимо профессиональных обязанностей зачастую ложатся различные дополнительные функции, что способствует постепенному выгоранию медицинского работника, крайним проявлением которого является деморализация. При этом тема моральной ситуации в здравоохранении всегда являлась крайне актуальной, поскольку от отношения врача к пациенту во многом зависит благоприятный исход лечения. При этом к врачу

предъявляются строгие требования о необходимости правильного обследования и лечения при условии верной постановки диагноза. К сожалению, врачебные ошибки неизбежны, согласно статистическим данным Минздрава из-за врачебных ошибок возникают различные осложнения, в том числе смерть, примерно у 70 000 пациентов ежегодно. На фоне этого возникают конфликтные ситуации между медицинскими работниками и пациентами или их родственниками. В свете последних новостей в законодательстве с момента выхода Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 г. №33 значительно упрощается для пациентов процедура подачи заявления о компенсации морального вреда, в том числе от медицинских организаций, что гипотетически в ряде случаев может обернуться «пациентским экстремизмом». В своей работе хотелось бы рассмотреть подробные аспекты работы врача в соответствии со сложившейся ситуацией с целью поиска путей оптимизации работы с потенциально скандальными пациентами и минимизации риска получить в свой адрес требование о компенсации морального вреда.

В Конституции Российской Федерации закреплено право каждого гражданина на защиту своих прав и свобод, одним из способов защиты гражданских прав является компенсация морального вреда. При этом под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), в том числе нарушающие его личные неимущественные права, прежде всего жизнь и здоровье. По закону причинение вреда должно быть возмещено в полном объеме. По факту возместить утраченное здоровье не представляется возможным, в таких случаях речь идет о материальной компенсации. Необходимо отметить, что в последние годы отмечается тенденция к росту обращений в суд с требованиями о компенсации морального вреда по причине конфликтных ситуаций между пациентами и врачами вследствие некачественного оказания медицинских услуг.

Постановлением Пленума Верховного Суда РФ «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» значительно упрощена система подачи иска. Так, согласно пункту 48 данного документа, гражданину достаточно только предоставить суду информацию о своих страданиях, подтверждением которым могут являться документы или свидетельские показания. В пункте 49 указанного Постановления определено, что требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены членами семьи гражданина, если в связи с утратой родственника, им были причинены нравственные или физические страдания, проявляющиеся, например, в «переживаниях, обусловленных наблюдением за его страданиями или осознанием того обстоятельства, что близкого человека можно было бы спасти оказанием надлежащей медицинской помощи». На ответчика, коим в данном случае является медицинская организация, возлагается обязанность доказать правильность своих действий, отсутствие вины в причинении вреда здоровью и морального вреда при оказании медицинской помощи. При этом медучреждению необходимо обосновать правильность всех назначений, сроков и порядка проведения обследования, правильность постановки диагноза, назначения медикаментозной терапии, а, главное, соответствие квалификации курировавшего данного пациента врача его функциональным обязанностям. Необходимо отметить, что на ответчика возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины, но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые, по заявлению истца, повлекли возникновение морального вреда.

От ошибок в процедуре обследования, постановки диагноза и назначения лекарственных препаратов современный врач надежно защищен знанием клинических рекомендаций и соблюдением их предписаний. Подтверждением квалификации врача является система Непрерывного медицинского образования Минздрава РФ со строгими требованиями к непрерывному процессу обучения медицинского персонала. При

возникновении потенциальной конфликтной ситуации на первый план выходят личностные качества врача и его умение найти подход к пациенту с целью недопущения последующих исков о компенсации морального вреда. В связи с этим, необходимо каждому врачу в сложившейся законодательной ситуации напомнить основные этические аспекты работы медицинского работника, которые помогут защитить себя от возможных жалоб пациентов.

Прежде всего, необходимо помнить, что в отдельности каждый врач для пациента – это лицо медицинской организации, который создает мнение в целом об учреждении. Поэтому следует избегать говорить с пациентами о недостатках или ошибках, которые имеются в данной организации. Необходимо относиться к пациенту дружелюбно, но при этом максимально уважительно, обращаясь исключительно на «вы». Не менее важно внимательно относиться к проблемам пациента, демонстрируя заинтересованность в его состоянии и настрое на благоприятный исход заболевания. Если у пациента ранее возникла конфликтная ситуация по вине другого сотрудника организации, не следует комментировать данную ситуацию и обвинять кого-то, в этом случае лучше попробовать найти альтернативное конструктивное решение. В случае агрессивного поведения со стороны пациента или произношения им оскорбительных слов в ваш адрес, не следует поддаваться на провокации и в ответ демонстрировать свои негативные эмоции. Необходимо осознавать, что зачастую такое поведение является реакцией на болезнь у пациента, которую он пытается выместить на врача. В таком случае оптимальным решением будет постараться нейтрализовать напряженную ситуацию с помощью доброго слова или уместного юмора, которые помогут пациенту в борьбе со стрессом. Если же врач понимает, что избежать конфликтной ситуации не получается, наилучшим способом является взять перерыв в общении, например, назначить повторный визит на другую дату, в надежде на то, что за указанное время эмоции обеих сторон утихнут.

Соблюдение этих этических правил поведения медицинского работника в совокупности со знанием и умением применить на практике клинические рекомендации в рамках своей специальности, позволит не допустить конфликтных ситуаций, что в конечном итоге поспособствует повышению качества оказываемой помощи в медицинской организации и уровню удовлетворенности ею пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <https://base.garant.ru/10164072/>
2. <http://www.constitution.ru/>
3. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_431485/

НА ПРИЁМЕ ПАЦИЕНТ-МУСУЛЬМАНИН: ЧТО ДОЛЖЕН УЧИТЫВАТЬ ВРАЧ?

Мутелимов И.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: к. пед. н. Раздорская О.В.

Аннотация. Многоконфессиональный контингент пациентов во многих странах, включая Россию, требует индивидуального подхода врачей в процессе терапевтической коммуникации. В статье рассмотрена проблема необходимости учёта медицинским работником культурных и религиозных особенностей пациентов (на примере представителей мусульманской религии). Проанализированы традиции и обычаи ислама, оказывающие влияние на поведение пациентов и их отношение к процессу лечения, профилактике заболеваний, соблюдению гигиенических норм.

Ключевые слова: пациент, врач, ислам, религия, биоэтика, коммуникация

Введение. Современный медицинский работник обязан использовать персональный подход к пациентам во время коммуникации с ними. Пациентами могут быть представители различных культур, социальных групп и религий. Поэтому врач должен обладать общекультурными и этнокультурными компетенциями, а также коммуникативной компетенцией для эффективной коммуникации с пациентами. Эти компетенции формируются у студентов-медиков комплексно, в процессе изучения различных гуманитарных дисциплин, в том числе, биоэтики [4].

Будучи современной наукой, биоэтика становится связанной с национальными и религиозными особенностями разных стран. В развитии глобальной биоэтики приобретает роль мусульманская биоэтика, основанная на научном, медицинском и философском наследии, которое оставили великие учёные Востока и Средней Азии [2]. Поскольку определённые аспекты биоэтики касаются терапевтического общения врача и пациентов, которые в современном мире могут быть представителями различных религий, анализ национально-этнических особенностей пациентов-мусульман приобретает особую актуальность.

Материалы и методы. Материалами исследования явились источники по вопросам профессиональной коммуникации врача, а также об особенностях исламской культуры. Методом исследования послужил теоретический анализ данных источников и личного опыта автора – представителя мусульманской религии.

Результаты и обсуждение. Врач, лечащий пациентов-мусульман, должен учитывать, что у них имеется определённый режим дня, они соблюдают посты, читают намаз. Постоянный режим вследствие чтения намаза, соблюдение различных постов положительно сказывается на общем состоянии организма. Это связано с тем, что системы органов на протяжении многих лет адаптируются под режим, начинают сбалансировано выделять те или иные гормоны, медиаторы, ферменты, необходимые в данный момент для оптимальной работы организма. Также стоит отметить, что

психологически человек становится более ответственным, волевым, сконцентрированным, повышается его самооценка и вера в свои возможности.

В источниках ислама указывается на то, что истинный мусульманин отличается своей прямоотой и открытостью; он не обманывает, несмотря ни на что, он не может действовать по своему усмотрению. Прямота обязательна для всех мусульман в силу велений Аллаха: «И придерживайся прямооты, как тебе велено...» [5]. Это правило может касаться как врачей-мусульман, которые обязаны прямо говорить пациентам обо всех возможных последствиях лечения, так и пациентов, которые не должны обманывать врачей, обязаны сообщить им все симптомы для правильной постановки диагноза.

Ислам может оказывать положительное влияние на формирование здорового образа жизни пациентов-мусульман. Ограничение в потреблении алкоголя и запрет наркотических средств, меньшее времяпровождение за компьютером, игровыми автоматами, азартными играми понижает количество и распространенность вредных привычек, приводящих к различным проблемам со здоровьем.

Из древних писаний идет наставление для молодых людей о том, что мужчина должен заниматься спортом и физическими тренировками, в особенности это касается верховой езды, различного рода борьбы, стрельбы, бега, плавания. Как следствие, это повышает общий уровень здоровья популяции, продлевает продолжительность и качество жизни всех слоев населения, в особенности молодых людей от 12 до 35 лет. Отсюда же вытекает то, что за счёт занятий спортом становится меньше времени на вредные привычки, разрушающие как организм пациента, так и его личность.

Гигиена тела также является важным моментом в жизни каждого мусульманина. В древние времена различного рода омовения, использование чистой одежды и постоянные принятия душа резко сокращали возможность возникновения опасных заболеваний, препятствовали распространению

инфекций, в общем, здоровье людей улучшалось за счёт профилактики. Конечно же, в современном мире эта черта порядочного мусульманина ничуть не утратила свою актуальность. Да и в общих моральных нормах чистый и порядочный человек - это всегда приятно для окружающих и высоко ценится. Интересно, что в духовной литературе есть рекомендация для супругов-мусульман всегда быть опрятными, красивыми и желанными друг для друга, как в первый день знакомства. Утверждается, что особенно тщательно должен следить за этим мужчина, соблюдая правила гигиены, тогда любовь продлится долгие годы [1].

Можно сделать вывод о том, что врач, который лечит пациентов-мусульман, должен ознакомиться с особенностями гигиены в исламе, и рассчитывать на комплаентность пациентов относительно советов, касающихся соблюдения норм гигиены.

Правила питания, состав пищи, количество её потребления, относительная сбалансированность рациона положительно сказываются на профилактике многих болезней и недугов. Большое количество потребляемых фруктов, овощей, зелени, ягод, орехов, сухофруктов пополняет запасы организма витаминами и минералами на постоянной основе. Продукты животного происхождения (баранина, говядина и т.д.) пополняют запасы белка; рис, хлеб, горох поддерживают постоянный уровень углеводов в организме. Однако следует отметить, что потребление относительно большого количества жиров, животных и растительных, характерных для национальных кухонь некоторых мусульманских народов Средней Азии, отрицательно влияет на здоровье. Этому аспекту питания пациента необходимо особое внимание со стороны врача.

Выводы. Теоретики в области биоэтики согласны в том, что пациент имеет право на самоопределение, в том числе и в религиозном вопросе. Врачу следует помнить о религиозных чувствах пациента, но не вмешиваться в его духовную жизнь, что требует особой аккуратности в общении и умения разработать индивидуальную коммуникативную стратегию. Современным

врачам рекомендуется не стесняться спрашивать пациентов об их традициях и культуре, знать наиболее типичные характеристики религий своих пациентов [3]. По нашему мнению, тема взаимоотношения религии и медицины обширна и неоднозначна, даже ознакомившись с нормами и правилами определённой религии, врач не всегда может достичь взаимопонимания с пациентом - представителем этой религии. Эмпирическое освоение медицинским работником этнокультурной компетенции возможно, однако требуется специальная междисциплинарная подготовка к профессиональной коммуникации врача с учётом религиозно-культурных аспектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Как одежда друг для друга // История моды. Религия и мода: роль одежды в мусульманской культуре. Еженедельное издание. – 2019. – Выпуск № 168. – С. 34.
2. Мухамедова З.М. Исследование ключевых проблем биоэтики в исламе: современность // Academic research in educational sciences. - 2022. - №1. – С. 114 – 119.
3. Орлова Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентностный подход [Текст] / Е. В. Орлова. – М.: ФОРУМ, 2012. – 288 с.
4. Раздорская О.В., Залов З.Ш. Культурно-религиозный фактор в образовательной среде медицинского вуза (на примере кафедры иностранных языков) // Современные проблемы филологии и методики преподавания языков: вопросы теории и практики: сборник материалов VI Международной научно-практической конференции, Елабуга, 21 октября 2022 г. / под ред. Е.М. Шастиной, А.М. Яхиной; Елабужский институт (филиал) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет». – Елабуга: Елабужский институт КФУ, 2022. – С. 203 – 206.

5. Табатадзе Г.С., Голицына О.Ю. Ислам, этика и биоэтика // Биоэтика. - 2019. - Т. 12. - №1. - С. 19 - 24.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ: ЭТИКА vs ПРАВО

Малеева М.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: к. филос. н., Пыжова О.В.

Каждый пациент, приходя за медицинской помощью к врачу, сообщает все необходимые сведения о состоянии своего организма, также афиширует персональные данные, не задумываясь о том, что эта информация может быть передана третьему лицу. Такое спокойствие и уверенность пациентов регламентируется понятием врачебная тайна.

Врачебная тайна представляет собой правило о неразглашении без согласия пациента информацию о состоянии здоровья, обратившегося за оказанием медицинской помощью в лечебное учреждение. Первостепенной задачей медицинского персонала является принцип «non nocere», что в переводе означает «не навреди». Он может проявляться в правильно оказанной и необходимой помощи, оказанной моральной поддержке и сохранении врачебной тайны. Между пациентом и медицинским персоналом изначально существует зависимость одного от другого [4]. Профессиональные навыки врача базируются на информационной базе, полученной ранее в теории или на опыте. Тем самым пациент является зависимым и условно подчиняется указаниям врача.

Пациент, приходя на прием, может чувствовать себя уязвимо и желает получить достойную помощь для решения возникших проблем со здоровьем.

Ключевой правовой аспект в отношениях «пациент-доктор» это соблюдение врачебной тайны. Это правило является негласным и должно

исполняться всем составом медицинского учреждения. Оно заключается в согласии не разглашать историю жизни, заболевания, лабораторные и инструментальные результаты, диагноз без согласия пациента, если конечно же, полученные результаты не являются опасными для жизни окружающих людей. Защита врачебной тайны регламентируется законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»[6].

В одной из статей Федерального закона четко сформулирована защита информации о психическом состоянии пациентов и наиболее уязвимую категорию в данной группе представляют пациенты с психическими заболеваниями. В зависимости от тяжести своего состояния такие пациенты могут быть изолированы от общества в силу неграмотности общества, так как для многих в современном мире словосочетание «психически больной» является чем-то опасным и роковым [6].

Факт обсуждения клинического случая с коллегами не является нарушением врачебной тайны, если случай рассматривается для корректировки поставленного диагноза или уточнения лечения. Нарушением врачебной тайны будет являться сообщение сведений, перечисленных в Федеральном законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. 9, хотя бы одному лицу. Данные действия могут быть как умышленные, так и неосторожные[2].

Говоря о неразглашении врачебной тайны, мы подразумеваем исполнение в лице всего медицинского персонала, а в эту категорию входит множество лиц: работники регистратуры, санитары, лечащие врачи, ординаторы и практикующиеся, должностные лица, которые получили информацию о состоянии здоровья пациента по подтвержденному запросу.

При несоблюдении врачебной тайны в Российской Федерации предусмотрены несколько видов наказания в виде юридической ответственности, дисциплинарной ответственности, гражданско-правовую ответственность [1].

Дисциплинарная ответственность заключается в применении в отношении лица, которое нарушило соблюдение врачебной тайны дисциплинарных взысканий. Это может быть штраф (в количестве соразмерному полученному ущербу), внеурочные неоплачиваемые часы, увольнение, лишение премии и процента зарплаты.

Юридическая ответственность может быть представлена применением санкций в отношении лица, нарушившего закон Российской Федерации.

Гражданско-правовая ответственность регламентирует, что врачебная тайна – личная информация пациента, которая без его согласия не имеет право быть разглашенной (не считая исключений). При разглашении врачебной тайны пациенту причинен моральный, а возможно и материальный ущерб.

Анализируя данную тему, мы пришли к выводу, что сохранение врачебной тайны является обязанностью медицинского персонала любого ранга, за несоблюдение которой лицу грозит наказание. Но мы также не должны забывать об исключениях, когда лечащий врач обязан предоставить информацию о состоянии пациента – при передаче карты в другое лечебное учреждение, при физической неспособности больного выразить свою волю, при угрозе для жизни общества (возникновение пандемии), по запросу соответствующих органов (судебные учреждения, прокуратура), при наличии травм, которые были нанесены насильственно, в процессе расследования и для контроля оказываемой медицинской помощи.

Все основы морали, этики и правовые аспекты должны доноситься до лечащих врачей от руководства с яркими примерами – тогда есть шанс на соблюдение всех правил.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барышникова, В. А. Врачебная тайна – исторический аспект / В. А. Барышникова // Студенческий вестник. – 2020. – № 44-4 (142). – С. 67–69.

2. Костоломова, Н. С. К вопросу о соотношении понятий «Врачебная тайна» и «Медицинская тайна» / Н. С. Костоломова // Студенческий форум. – 2020. – № 33 (126). – С. 46–49.

3. Павлов, А. В. О некоторых проблемах терминологии законодательства о врачебной тайне / А. В. Павлов // Медицинское право. – 2019. – № 1. – С. 17–23.

4. Пономарев, Н. С. Реформа здравоохранения в контексте защиты прав пациентов Уголовная ответственность за врачебные преступления (некоторые итоги исследования) / Н. С. Пономарев // Медицинское право. – 2018. – № 6. – С. 30–35.

5. Предеина, И. В. Врачебная тайна в отношении несовершеннолетних старшего возраста: новые аспекты правового регулирования / И. В. Предеина // Медицинское право. – 2020. – № 6. – С. 41–49.

6. Радов, В. В. Проблемы права в регламентации врачебной тайны / В. В. Радов, Н. В. Журилов // Медицинское право: теория и практика. – 2020. – Т. 6. – № 2 (12). – С. 142–149.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ И АКСИОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КИРОВА

Титов М.А., Турдиева Д.Д., Черемискина М.С.

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»,
Киров, Россия*

Научный руководитель: к. филос. н. Трапезников М.В.

Актуальность. Онкологические заболевания - это группа заболеваний, при которых происходит неконтролируемое размножение клеток в результате изменений в генетической информации самих клеток. У человека онкология - это сложный процесс, который оказывает влияние на несколько

сфер жизни отдельных людей, семей и общества в целом. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, рак является одной из ведущих причин смерти в мире, которая в 2020 г. унесла жизни почти 10 миллионов человек. Помимо статистических данных, рак причиняет неизмеримое страдание пациентам и их семьям не только с биологической точки зрения, но и с точки зрения их психосоциальной стабильности и благополучия. На сегодняшний день всё больше растёт интерес к разработке системного подхода в паллиативном лечении пациентов с данным недугом. Важной задачей в этой области является определение ценностей и этических норм, которыми руководствуются врачи по паллиативной медицинской помощи при принятии решений и обращении к технологическим средствам сохранения жизни. Несмотря на свою важность, достичь этих задач нелегко.

Цель исследования. Эмпирическая оценка реальных биоэтических дилемм, с которыми сталкиваются врачи по паллиативной медицинской помощи г. Киров при лечении пациентов в терминальной стадии рака, изучение ценностей и добродетелей медицинских работников в области паллиативной медицины в г. Киров.

Материалы и методы. Было проведено квазиэкспериментальное, наблюдательное, сравнительное, проспективное и смешанное (качественное и количественное) исследование с целью анализа взаимосвязи между паллиативных отношений врач – пациент и этических суждений относительно повседневных биоэтических дилемм, возникающих в паллиативной клинической практике. С июня 2022 года по сентябрь 2022 года паллиативные медицинские работники г. Киров были приглашены к участию в исследовательском проекте по аксиологии клинической практики в паллиативной медицине. Каждый участник отвечал на вопросы анкеты, посвященной этическим дилеммам, взглядам и представлениям о клинической практике. Для данного анализа мы отобрали удобную выборку из 10 врачей (средний возраст $35\pm 4,2$), специализирующихся в области

паллиативной медицины, опыт работы с онкологическими пациентами и паллиативный уход за ними которых составлял от двух и более лет.

Результаты. Демографические характеристики опрошенных врачей по паллиативной медицинской помощи показали, что они имеют: средний стаж работы 6,7 лет, варьирующийся от 2 до 28 лет. Среди них 8 женщин и 2 мужчины, средний возраст женщин - 32 года, мужчин - 38 лет. В результате 10 интервью с врачами по паллиативной медицинской помощи было получено 28 дилемм, которые были классифицированы в 6 категориях в соответствии с их причиной. В порядке убывания частоты, наиболее значимыми были: информация о диагнозе и прогнозе заболевания (80%), седация (70%), институциональные правила (50%), прием опиоидов на дому (40%), сообщение диагноза (30%), попытки самоубийства (10%). Говоря о дилеммах, врачи по паллиативной медицинской помощи часто ссылались на свой опыт лечения различных заболеваний, включая рак молочной железы, рак простаты, остеосаркому и другие. Примечательным результатом нашего исследования является частота и актуальность дилемм, связанных с диагнозом и прогнозом, что свидетельствует о значимости взаимоотношений между врачом по паллиативной медицинской помощи и пациентом как основы клинической практики в паллиативной медицине.

Данное исследование является первым в плане эмпирического изучения ценностей медицинских работников в области паллиативной медицины в г. Киров. Наше исследование выявляет ценности, имеющие непосредственное отношение к повседневной клинической практике врача по паллиативной медицинской помощи. Аксиологическое ядро, по мнению анкетированных, составляют такие ценности, как: сострадание (100%), доверие (90%), доброжелательность (70%), честность (70%).

Главная роль сострадания и доверия как преобладающей ценности в качественном анализе означает, что этическим ядром паллиативной медицины является верность истине, выраженная в двунаправленном доверии между пациентом и медицинским работником.

С того самого момента, когда пациент обращается за профессиональной помощью, он совершает акт доверия. Он доверяет способности врача помочь и исцелить. Врач по паллиативной медицинской помощи, в свою очередь, верит, что пациент говорит правду, это поможет поставить верный диагноз и разработать план лечения. Результаты нашего исследования показывают, что доверие в качестве сопутствующей ценности представляет собой заботу о жизни, которая питается такими ценностями, как терапевтическая полезность, способность оценивать ситуации и их последствия, а также, соответствие существующим нормам. Эти ценности обеспечивают структуру для многих практик, принимаемых при наличии неминуемого риска смерти.

Выводы. Данное исследование открывает новые горизонты в карьере, где царит профессиональное выгорание. Повторное открытие ценностей и добродетелей в паллиативной клинической практике обновит и пополнит мотивацию медицинских работников, выполняющих эти обязанности, дав им новую профессиональную и личностную перспективу роста.

С помощью этого исследования мы надеемся, что врачи по паллиативной медицинской помощи смогут:

1. Признать человека (как врача по паллиативной медицинской помощи, так и пациента) центром здравоохранения.

2. Помнить, что отношения между врачом по паллиативной медицинской помощи и пациентом подразумевают верность истине, выраженную в двунаправленном доверии.

2. Содействовать процветанию человека (как врача по паллиативной медицинской помощи, так и пациента), используя свою моральную силу (развивая концептуализацию своих ценностей).

3. На своем примере привлекать внимание других медицинских работников к тому, чтобы они вновь открыли для себя свою преданность служению.

4. Создать пространство для размышлений и критического анализа этических дилемм в клинической практике.

Стоит отметить, что в данном исследовании мы обнаружили и подтвердили добродетели в реальной паллиативной клинической практике. Это первый случай в городе Киров, когда данные достоинства выявлены и оценены в паллиативной медицине в рамках качественного анализа. Поэтому мы считаем, что он может послужить основой для разработки образовательных программ и семинаров, направленных на улучшение современной клинической практики. Необходимо указать врачам паллиативной медицинской помощи на ряд достоинств, которые они уже практикуют на регулярной основе, сформировать представление о преимуществах в сфере труда, где они находятся ежедневно, а также натолкнуть на дальнейшее развитие в области паллиативной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стельмах О. В., Галкин А. А. Паллиативная помощь в онкологии: краткий обзор. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):39—43.

2. Невзорова Д. В. Важнейшие аспекты оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):33—9.

2. Прыткин А. В., Шаронов А. Н. Об оказании паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):9—12.

3. Захарочкина Е. Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):16—23.

4. Власов Я. В., Синеок Е. В., Долнов Н. П. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):24— 32.

5. Таубкина С. И. Работа горячей линии Росздравнадзора по вопросам назначения, выписки и предоставления обезболивающих препаратов. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):13—5.

6. Крупнова И. В., Константинова О. А. Контроль за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания: современное состояние. Вестник Росздравнадзора. 2015;(4):5—9.

7. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава. Статистические материалы. Официальный сайт Минздрава РФ static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Нартова М.А.

«Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»,

Москва, Россия

Значительный прогресс в области биологических и медицинских наук в последние десятилетия позволил совершить качественный переход в вопросах лечения и профилактики заболеваний у человека. Современные врачи знают куда меньше неизлечимых диагнозов, чем их предшественники, а исследовательский потенциал международного медицинского и фармакологического сообщества позволяет делать все более смелые прогнозы относительно качества и ожидаемой продолжительности жизни будущих поколений. Трансплантация органов, экстракорпоральное оплодотворение, клинические исследования лекарственных препаратов и другие инновационные сферы биомедицинских наук становятся частью

рутинной практики, меняя не только саму медицину как область практических и теоретических знаний, но и оказывая влияние на тесно связанные с ней дисциплины, такие как социология, философия, право. В данной работе рассматривается одна из междисциплинарных проблем медико-биологических наук - становление и развитие доктрины информированного добровольного согласия (далее - ИДС) с учетом эτικο-правовых аспектов в контексте реализации принципа автономии пациента.

Становление основных эτικο-правовых принципов биомедицинских наук пришлось на вторую половину XX века как результат осмысления профессиональным сообществом антигуманной практики проведения медицинских вмешательств нацистскими врачами во время Второй мировой войны. Одним из важнейших постулатов стал принцип автономии пациента, который выражается в уважении личности человека и признании врачом принимаемых пациентом решений в контексте потенциального медицинского вмешательства или исследования. Так, последовавшая за Нюрнбергским процессом публикация одноименного кодекса в первой же статье называет добровольное согласие человека абсолютно необходимым для его участия в медицинском эксперименте [13]. Другими документами, выражающими позицию мирового научного сообщества в вопросах становления и реализации принципа автономии пациента стали: Хельсинкская Декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964 г.), Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (1997 г.), Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (далее - Конвенция о биомедицине, 1997 г.). Важным этапом также стала публикация Бельмонтского доклада Национальной комиссией по защите людей в 1979 году, раздел С п.1 которого, в частности, постулирует, что “уважение личности требует, чтобы участники исследования, в той степени, в которой они могут, выбирали – что с ними произойдет, и что с ними не должно происходить”[15]. Доклад раскрывает принцип автономии

личности, определяя ее как способность размышлять о личных целях и действовать в соответствии со своими взглядами. Основным правовым механизмом реализации принципа автономии стало получение ИДС от пациента как постулирование его согласия на медицинское вмешательство с учетом изложенной в нем информации.

Примечательно, что за 55 лет до публикации Бельмонтского доклада, еще в 1924 году, был утвержден Декрет ВЦИК и СНК РСФСР “О профессиональной работе и правах медицинских работников”, в 20 ст. которого закреплялось требование о получении согласия пациента или родителей/опекуна для лиц младше 16 лет перед проведением хирургического вмешательства, а также определялись случаи, в которых получение такого согласия не требуется [4]. Такой, пожалуй, прогрессивный подход РСФСР касательно частичной реализации принципа автономии пациента не получил дальнейшего развития вплоть до 1993 года, когда были приняты “Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1), содержащие более полную информацию по данному вопросу. Несмотря на то, что в статьях 30-34 этого документа содержались положения об ИДС, исследователи отмечали целый ряд спорных моментов, в частности, отсутствие положения о единых для отрасли формах ИДС, а также отсутствие определения для смыслообразующего понятия “медицинское вмешательство” [10].

Дальнейшее развитие правовых основ оказания медицинской помощи нашло отражение в принятом в 2011 году Федеральном Законе №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”, п.1 ст.20 которого постулирует процесс выражения согласия пациента на медицинское вмешательство на основании предоставленной в доступной форме информации о целях, методах, предполагаемых результатах и рисках проведения такого вмешательства [9]. Кроме того, в 323-ФЗ законодатель раскрыл понятие “медицинское вмешательство”, заключив в эту категорию “имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную,

реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности”. Таким образом, огромное количество медицинских манипуляций, начиная от вакцинопрофилактики и заканчивая клиническими исследованиями лекарственных препаратов, требуют обязательного подписания потенциальным пациентом ИДС.

Необходимость предварительного получения ИДС перед проведением медицинского вмешательства у пациента (или в ряде случаев его законного представителя) стала неотъемлемым требованием, закрепленным на законодательном уровне во многих странах. Этот подход позволяет в определенной степени реализовать принцип автономии пациента, ставшего парадигмальным в биоэтике последних десятилетий [16], заключаая в себе, однако, некоторые проблемные аспекты, в частности, открытым для обсуждения профессиональным сообществом остается вопрос о возможности абсолютизации принципа информирования пациента о предстоящем медицинском вмешательстве.

Важность получения пациентом исчерпывающего для принятия решения количества информации о предстоящем медицинском исследовании отражена в большинстве международных и локальных стандартов и нормативных правовых актов. Так, в Хельсинкской декларации ВМА постулируется важнейший принцип участия пациента в исследовании, а именно получение субъектом “достаточной информации о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, принадлежности к каким-либо организациям, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, условиях, действующих после окончания исследования, а также о любых иных значимых аспектах исследования.” Аналогичный принцип закреплен в ст. 5 Конвенции о биомедицине: “Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное письменное согласие.

Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках”.

При этом, оценка степени понимания пациентом предоставленной ему информации, отраженной в том числе в ИДС, осуществляется врачом, который, не имея специальных правовых и методологических механизмов, специфических для каждой отдельной нозологической единицы, должен убедиться в том, что пациент действительно понимает преимущества и риски предстоящего медицинского вмешательства. Как отмечают Гребенщикова Е.Г. и Чучалин А.Г., уровень образования, возраст потенциального участника клинических исследований и другие факторы могут оказывать влияние на восприятие информации, описанной в ИДС, ввиду чего разные люди могут по-разному понять в том числе степень риска, связанного, например, с участием в одном и том же клиническом исследовании [3]. Действительно, степень понимания информации о биомедицинском исследовании в том случае, если пациентом является человек с медицинским образованием, скорее всего, будет отличаться от таковой в случае с пациентом, не имеющим аналогичного образования.

Вопрос о разнице в восприятии информации среди пациентов не является новым в повестке медицинских исследований и изучается научным сообществом на протяжении нескольких десятков лет. Так, еще в 1992 году команда исследователей из Университета штата Мичиган (США) опубликовала исследование, в котором анализировались особенности восприятия пациентами информации о нейро-хирургических процедурах, которые были назначены им по состоянию здоровья [14]. 106 человек (53 женщины и 53 мужчины) в возрасте от 20 до 76 лет прошли курс ознакомления с особенностями предстоящего медицинского вмешательства, состоявшего из четырех этапов. Этот курс включал в себя общетеоретический блок по теме предстоящего вмешательства (анатомия и физиология спинного мозга), две личные консультации с врачом, а также посещение образовательной конференции. Сразу после обучающего курса, а

также 6 недель спустя пациенты были протестированы на предмет понимания информации касательно хирургического вмешательства по следующим разделам: “диагноз и хирургические методы”, “риски”, “послеоперационный уход” и “цели и преимущества”. Помимо закономерного снижения объема воспроизводимой информации касательно исследования спустя 4-6 недель после обучающего курса (с 43.5% до 38.4%), пациенты демонстрировали явную разницу в предпочтениях к различным типам информации, предоставленной в рамках обучающего курса. Так, наибольший интерес у пациентов вызвал раздел “диагноз и хирургические методы”, а информация о рисках, связанных с хирургическим вмешательством, напротив, не настолько заинтересовала участников эксперимента. Кроме того, результаты опроса показали, что пациенты не в полной мере понимали преимущества и цели предстоящего хирургического вмешательства.

Подобную проблему неправильного понимания участниками целей клинического исследования также описали Appelbaum P. S., Roth L. H., Lidz C, используя для описания такой ситуации термин “терапевтическое заблуждение”(The therapeutic misconception) [12]. В рамках проводимого психиатрического исследования ученые анализировали, насколько понимание пациентами целей клинического исследования соответствует реальным (то есть заявленным производителем лекарственного препарата) целям исследования. Оказалось, что многие участники, признавая исследовательский компонент клинического испытания, ошибочно полагали, что предлагаемая в рамках исследования терапия обязательно будет обладать положительным терапевтическим эффектом.

При этом, описанная проблема восприятия информации представляется более многогранной, не являясь, вероятно, только методологическим изъяном биомедицинских исследований, обусловленным недостаточно подробным описанием особенностей медицинского вмешательства или исследования в ИДС, либо формальным подходом врача к объяснению целей

и особенностей исследования. При определённом подходе к данной проблеме возможно предложить, например, что с увеличением объема включаемой в ИДС информации об исследовании качество восприятия информации об исследовании потенциальными пациентами будет также увеличиваться. Однако, в данном случае стоит иметь в виду наличие проблемы гиперинформирования, которая наряду с недостаточным информированием (гипоинформированием) не позволяет в полной мере реализовать принцип добровольного согласия на участие в исследовании ввиду неполного понимания информации в ИДС [8]. Данная проблема недостаточного или избыточного информирования не всегда связана с профессиональной некомпетентностью медицинского персонала. В некоторых случаях речь идет об отсутствии данных ввиду новизны заболевания или недостаточной степени проработанности протоколов лечения медицинским сообществом. Так, наглядным примером невозможности реализации в полной мере принципа информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство стала пандемия COVID-19, во время которой ввиду отсутствия подтвержденных экспериментальным путем данных врачи не могли в полной мере обеспечить пациента достаточным количеством актуальной информации о вакцине или предлагаемой лекарственной терапии против коронавирусной инфекции [2].

Анализируя данную проблему не стоит забывать об особом “статусе” человека как существа социального, обладающего особой формой психики - сознанием, которое позволяет человеку “ отдавать себе отчет в том, что он видит, слышит, вспоминает, желает или обдумывает” [5]. Психобиологические интерпретации проблемы восприятия информации человеком не являются предметом данной статьи, однако, стоит отметить позиции некоторых психологов касательно избирательности психики. Так, Л.С. Выготский постулировал способности психики искажать окружающую человека действительность в пользу последнего, а А.Н. Леонтьев писал, что “в восприятии постоянно происходит активный процесс

“вычерпывания” из реально действительности ее свойств, отношений и т.д., их фиксация в кратковременных или длительных состояниях рецепирующих систем и воспроизведение этих свойств в актах формирования новых образов, в актах формирования новых образов, в актах узнавания и припоминания объектов” [6].

Возможно, подобные особенности функционирования психики человека также могут оказывать влияние на понимание им, в частности, целей медицинских манипуляций или клинических исследований, а также рисков, сопряженных с участием в таких исследованиях. Другими словами, действующий или потенциальный пациент, вероятно, может непреднамеренно “закрывать” от подобной информации, учитывая ее возможный негативный характер (например, информация о возможном риске получить повреждение во время введения препарата). Заслуживающей внимания представляется идея о влиянии стрессовой ситуации (болезнь, предстоящее оперативное вмешательство и т.п.) на адекватность принимаемых потенциальным пациентом решений касательно предстоящего медицинского вмешательства.

Другим аспектом данной проблемы, требующим дальнейшего исследования, является проблема влияния мнения третьих лиц на решения потенциальных пациентов. Хохлов А.Л. и соавторы обозначают данную проблему на примере гериатрических исследований с участием возрастных пациентов, на субъективность в принятии решений которых может оказывать влияние мнение родственников [11]. Учитывая социальную природу человека, полностью исключить воздействие других людей на принятие человеком решения касательно участия в биомедицинских исследованиях вряд ли представляется возможным, однако такое возможное влияние, вероятно, стоит учитывать при составлении ИДС и его подписании пациентами биомедицинских исследований. Кроме того, при исследовании возможности унифицирования модели ИДС стоит учитывать социокультурные различия жителей разных стран, которые могут оказывать

влияние как на формирование модели взаимоотношений врача и пациента, так и на процесс принятия решения пациентом касательно потенциального медицинского вмешательства. Так, патерналистский подход в медицине, когда пациент в основном полагается на профессиональное мнение врача, превалирует в восточных странах, например, в Японии и Гонконге, находя меньшее отражение в западноевропейской медицинской практике. Специфическая модель принятия решений, в том числе относительно медицинского вмешательства, наблюдается в Китае, где рутинной является “совместная модель решения”, реализуемая в большей степени членами семьи пациента, а не им самим [7]. Таким образом, вероятно, стоит согласиться с тезисом Барбашиной Э.В. о маловероятности практической реализации принципа автономии пациента в настоящее время [1], что, однако, не противоречит тезису о необходимости дальнейших исследований в данной области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барбашина Э. В. Принцип автономии пациента: возможное и действительное //Вестник Томского государственного университета. – 2019. – №. 449. – С. 64-70.
2. Брызгалина Е. В. Биоэтика пандемии: абрис проблемного поля //Человек. – 2020. – Т. 31. – №. 4. – С. 41-56.
3. Гребенщикова Е. Г., Чучалин А. Г. Уважая автономию пациента: добровольное информированное согласие в современной медицине //“Медицинская этика”;. – 2021. – №. 1.
4. Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 «О профессиональной работе и правах медицинских работников» // Собрание узаконений и распоряжений РСФСР. 1924.-№8.-Ст.892.
5. Иванников В. А. О природе и происхождении психики //Национальный психологический журнал. – 2015. – №. 3 (19). – С. 15-23.

6. Леонтьев А. Н. и др. Деятельность. Сознание. Личность. – Политиздат, 1975. – С. 5-7695. (с.31)
7. Мещерякова Т. В. Принцип уважения автономии пациента в различных культурных контекстах //Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2014. – №. 7 (148). – С. 45-52.
8. Сергеев В. В., Горлова Е. В. Информирование о риске, связанном с методами оказания медицинской помощи //Юридический вестник Самарского университета. – 2019. – Т. 5. – №. 1. – С. 65-70.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс
10. Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Филиппов А. Ю. История становления информированного добровольного согласия пациента в России //Медицинский альманах. – 2013. – №. 1 (25). – С. 11-13.
11. Хохлов А. Л. и др. Риски, сопряжённые с этическими аспектами проведения клинических исследований //Качественная клиническая практика. – 2020. – №. 1. – С. 61-68.
12. Appelbaum P. S., Roth L. H., Lidz C. The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. International journal of law and psychiatry.1982. Т. 5. N.3-4. P. 319-329.
13. Code N. The Nuremberg Code //Trials of war criminals before the Nuremberg military tribunals under control council law. – 1949. – Т. 10. – №. 2. – С. 181-182.
14. Herz D. A., Looman J. E., Lewis S. K. Informed consent: is it a myth? //Neurosurgery. – 1992. – Т. 30. – №. 3. – С. 453-458.
15. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Bethesda, Md. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. – Superintendent of Documents, 1978.
16. Schneider C. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. – Oxford University Press on Demand, 1998. (с.9)

ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Сопромадзе Н.Ш.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель: к. ист. н. Симонян Р.З.

В настоящее время во всём мире особое внимание занимает проблема суицидального поведения. В классификации причин смертности населения самоубийство входит в тройку основных причин и занимает 3-е место после онкологических заболеваний и заболеваний сердечно - сосудистой системы. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно статистику самоубийств пополняют около 1 миллиона человек, однако количество попыток самоубийства фиксируется в 10–20 раз больше. Современные исследователи отмечают, что на территории Российской Федерации одна из высших точек суицидальной активности регистрируется в возрасте от 18 до 29 лет, это так называемый «пик молодости» [2]. Учитывая современную статистику, наиболее актуальным является исследование суицидального риска и психологических особенностей у лиц молодого возраста, к которым можно отнести студентов высших медицинских учебных заведений [3]. На любых стадиях профессионального обучения абсолютно все студенты-медики встречаются с разного рода трудностями, приводящими к социально-психологической неприспособленности. Во-первых, к таким трудностям можно отнести переход к самостоятельной жизни и деятельности, и возникающие за этим социальные и бытовые проблемы. После поступления в ВУЗ жизнь всех людей кардинально меняется, этот этап влечет за собой образование новых межличностных знакомств. Учеба, высокий уровень повседневного стресса при процессе подготовки к сессии и сдачи экзаменов, колебания в выборе профессии и т. д. Необходимо отметить, что данные факторы делают студентов более восприимчивыми и беспомощными,

ослабляют их способность справляться с неблагоприятными ситуациями и событиями [5]. Так, они могут стать причиной безысходности, тревожности, неуверенности человека в завтрашнем дне, и, к сожалению, они всегда присутствуют в нашем обществе. Усложняет данную ситуацию также общесистемный и экономический кризис в Российской Федерации, который в последствии может негативно отразиться на статистике суицидального поведения молодёжи.

Суицид (от лат. *suī caedere* – убивать себя) - это любой случай смерти, непосредственно или опосредованно являющийся результатом правильного или негативного поступка, который совершён самим пострадавшим в случае, если последний знал результатах, которые могли его ожидать [3].

Умышленное самоповреждение зачастую является результатом взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов, именно поэтому его следует рассматривать как динамическое явление. Попытки суицидального поведения в прошлой жизни могут сделать индивида уязвимым для дальнейших случаев [6]. Психологический настрой человека и нелетальное суицидальное поведение в совокупности подталкивают человека к попытке завершённого самоубийства. Большинство студентов медицинских вузов имеют молодой возраст, для которого характерны свои клинические и психологические особенности. Характерные возрастные изменения являются одной из причин широкого распространения суицидального поведения среди молодежной среды, поскольку в таком возрасте система жизненных ценностей и личностных принципов не в полной мере сформирована. Именно поэтому студентов медицинского вуза относят к особой категории. Ежедневно они подвергаются большим учебным нагрузкам и стрессу, к общей картине которого можно отнести также неправильное питание и излишне серьёзное отношение будущих врачей к учёбе. При совмещении работы и учебной нагрузки у них появляются различные расстройства из-за умеренной работы ночью – все эти

факторы влияют на возникновение и постепенное развитие суицидального поведения [1, 4].

После реализации попытки суицида в случае незавершённого суицида идёт постсуицидальный этап. Форма суицидального поведения в первую очередь характеризуется суицидальными мыслями и замыслами, антивитальными переживаниями и т.д. По мнению многих исследователей, проведение противосуицидальных мероприятий на ранних формах суицидального поведения значительно повышает их эффективность. Важно отметить, что особенности парасуицида изучают на лицах, у которых наблюдались попытки суицида, однако не менее важным является изучение отношения лиц без суицидальных попыток, которые зачастую ускользают из поля зрения исследователей. Изучение особенностей отношения студентов к суицидальному поведению может позволить специалистам этой области лучше его выявлять и в нужное время оказывать профилактическую помощь суицидентам.

Цель исследования: изучение особенностей отношения студентов медицинского вуза к суицидальному поведению.

Материалы и методы. В ходе исследования применялся метод анонимного анкетирования среди студентов 2 курса лечебного, педиатрического медико-профилактического факультета КГМУ, которым был предложен перечень вопросов (n=140). С помощью онлайн-сервиса Google Forms были выполнены социологический опрос, статистический анализ и обобщение полученных данных.

Результаты и обсуждение. В социологическом исследовании приняли участие 80,7% представителей женского пола и 19,3% представителей мужского пола. Большинство респондентов имеют возраст в диапазоне от 18 до 25 лет (99,3%). Среди них 98,6% опрошенных слышали о проблеме суицида, и лишь 1,4% не слышали о ней. На вопрос о том, сталкивались ли с данной проблемой респонденты и их родственники 11,4% ответили, что лично столкнулись с этой проблемой, 28,6% ответили, что их родственники и

знакомые когда-то столкнулись с такой проблемой и 57,9% никогда не сталкивались с этим. Выявлено, что самоубийство у 35,7% респондентов вызывает ужас, у 37,9% сочувствие, у 11,4% равнодушие, у 6,4% презрение, у 4,3% отрицание. 52,9% опрошенных отметили, что разговаривают об этой проблеме с семьёй, друзьями и однокурсниками, 47,1% не затрагивают эту тему при разговоре. По мнению большинства респондентов (69,3%) самоубийство не является единственным выходом из критической ситуации. С этим утверждением не согласны 9,3% опрошенных, 21,4% затруднились ответить. По результатам анкетирования 57,1% студентов считают, что тема суицидального поведения в настоящее время является крайне актуальной среди молодежи, 39,3% считают, что она скорее актуальна, чем нет, и лишь 3,6% считают эту тему не актуальной. На масштаб статистики самоубийств влияют средства массовой информации. По мнению 22,1% респондентов информация, представленная в СМИ негативно влияет на уровень суицида, 32,9% считают, что СМИ никак не влияют на парасуицид. Установлено, что 77,9% опрошенных считают, что со студентами должны проводиться беседы, специальная психологическая поддержка или же семинары по проблеме суицида. 20% студентов так не считают.

Если во время разговора поднимается тема суицида, лишь 30% активно принимают участие в ее обсуждении, 35,7% вставляют несколько реплик, 27,1% слушают, однако не высказываются, и 6,4% стараются избегать таких разговоров. Во время такого разговора 33,6% испытывают сострадание, 22,9% научный интерес, 27,1% не нравится эта тема, поэтому они испытывают чувство дискомфорта, 10,7% равнодушно относятся к этой теме, 2,9%-чувство отвращения. По мнению опрошенных студентов-медиков, самыми распространенными причинами суицида являются депрессия (73,6%), потеря близких (69,3%), психические болезни (67,9%), унижения и физические страдания (67,1%), одиночество (53,6%), смертельные болезни (51,4%), неразделенная любовь (45,7%). Выявлено, что 79,3% респондентов

считают, что тему суицида следует обсуждать в индивидуальной форме, а 20,7% считают, что в групповой форме.

Склонность к суицидальным рискам наблюдается у 41,4% респондентов, которые ответили, что когда-то их посещала мысль о совершении суицида. Также установлено, что 33,6% студентов ответили, что кто-то из их ближайшего окружения когда-либо совершал попытки самоубийства, включая незаконченные или с летальным исходом. Интересно, что 42,1% опрошенных относятся к людям, покончившим жизнь самоубийством, с жалостью, 31,4% с непониманием, 15,7% безразлично, остальные студенты испытывают смешанные чувства. По результатам анкетирования 65% респондентов считают, что при попытках самоубийства людьми движет желание уйти от своих проблем, 18,6% утверждают, что суицидентами правит крик о помощи, 7,9% считают, что суицид - это попытка привлечь внимание к себе. 54,3% респондентов охарактеризовали суицидента как отчаявшегося человека, для 22,1% - это трусливый и слабый человек, 15% считают, что суицидент - психически нездоровый человек. Лишь 2,9% считают, что человек, совершивший суицид, является обычным, как и все. По мнению большинства респондентов, а именно 82,1%, для решения данной проблемы необходимо сделать более доступной психологическую помощь, а также увеличить роль государства в решении проблем молодежи (10,7%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство студентов КГМУ считают тему суицидального поведения актуальной, в том числе в условиях студенческой жизни. Необходима организация психопрофилактической работы со студентами для форсирования их суицидального поведения с целью снижения суицидального риска, для повышения мотивации студентов и т.д. Необходимо выявить ожидания и интересы молодых людей, понимать уровень их понимания данной проблемы, чтобы предложить мероприятия, которые смогут значительно снизить психологическое напряжение и дадут новые возможности. Тем

самым снизится уровень суицидального поведения студентов в современных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова, А.Г., Калишникова, О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998 – № 8 (4). – С. 53–56.
2. Барыльник, Ю.Б., Бачило, Е.В., Антонова, А.А. Структура завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области (по данным на 2001–2010 гг) // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 37–41.
3. Васильева, Л.Н. О риске суицида у студентов-медиков на начальном этапе обучения в вузе // Современные проблемы и перспективы развития образования: материалы II Международной научно-практической конференции (г. Донецк, 15-17 апреля 2013 г.) / Научный журнал «Аспект». - № 5 (Т.2). - Донецк: ООО «Цифровая типография», 2013. - С. 15-20
4. Сыроквашина, К.В., Дозорцева, Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология. – 2016. – № 24 (3). – С. 8–24.
5. Холмогорова, А.Б., Гаранян, Н.Г., Горшкова, Д.А. Суицидальные попытки в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 3. – С. 101–110.
6. Особенности суицидального поведения у студентов медицинского вуза. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии / Д.Ф. Хритинин, А.В. Есин, М.А. Сумарокова, Н.Р. Рашидов, Е.П. Щукина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - №10. - 2017.

УПРАВЛЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОСТЬЮ В КОНТЕКСТЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ФАРМАКОЛОГИЗАЦИИ: НЕЙРОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Желнин А.И.

*«Пермский государственный национальный исследовательский
университет», Пермь, Россия*

Аннотация. В статье рассматриваются биоэтические проблемы, сопряженные с управлением человеческой рациональностью в контексте достижений нейронауки. Анализ концентрируется на двух тенденциях, цифровизации и фармакологизации и их отражении в концепте управления рациональностью. Показано, что оба тренда являются редукционистическими, сводя последнее к инструментальному нейроруководству разными уровнями мозга, что способно привести к потере субъектности человеком. Биоэтика (нейроэтика) должна стать одним из оснований, контролирующих управление рациональностью человека на предмет его антропологической приемлемости и сохранения личностно-смыслового и морально-ценностного измерения. Ввиду того, что рациональность – это свойство не мозга, а целостного человека, то воздействия на ее нейронную основу должны иметь подчиненную и очень лимитированную роль и по принципу обратной связи рефлексироваться на предмет собственной рациональности.

Ключевые слова: рациональность, управление, биоэтика, нейроэтика, цифровизация, фармакологизация.

Актуальность. Прогресс в сфере биологии и медицины породил новую волну сциентистского оптимизма по поводу перспектив воздействия человека на природу. Однако в отличие от Просвещенческого оптимизма речь в первую очередь идет не о внешней, а о внутренней ипостаси природы, то есть о природе внутри самого человека. На острие стоят такие проблемы, как увеличение продолжительности жизни и повышение ее качества, борьба с

различными заболеваниями, усиление адаптированности и ослабление уровней стресса, замедление процессов старения. Одним из лидеров в биомедицине стала нейро- и когнитивная сфера и примыкающие к ней отрасли клинической практики. Она ярко иллюстрирует феномен технонауки, в которой фундаментальное и прикладное знание конвергирует чрезвычайно плотно, а новые теории динамично конвертируются в технологии и коммерческие продукты. Отмечается, что в рамках технонауки фундаментально меняется сам статус природы как всеобщего предмета исследования и преобразования: «“Природа” предстает как гибридная сфера, в которой материя всегда уже ожидает своей мобилизации, преобразования и присвоения; многослойные техно-природные наслоения стали тем онтологическим планом, на которой происходят все релевантные события» [11. Р. 19]. По-видимому, наука и биомедицина вплотную приблизились к тому, чтобы таким же гибридным образом воспринимать материю человеческого мозга, многомерность которого часто отражается коротким, но емким понятием «нейро»: «“Нейро”» фокусирует мозг в его со-артикуляции с научной и медицинской практикой, технологиями, репрезентациями в медиа и все чаще с политикой» [11. Р. 17]. С другой стороны, именно данная область является одной из наиболее чувствительных с гуманитарной стороны, т.к. наиболее рождая много дискуссионных вопросов и дилемм.

Цель исследования. Исследование предполагает целью биоэтическую рефлексию управления человеческой рациональностью в контексте бурного развития нейронауки, особенно в аспекте активного проникновения в неё общих трендов цифровизации и фармакологизации.

Материалы и методы. Методы были обусловлены предметом и проблематикой, включая как общенаучные (обобщение, абстрагирование, анализ, синтез и др.), так и специфические гуманитарные (аксиологический анализ, герменевтический и диалектический методы, идеографический метод).

Результаты. Нейронаука имеет двуединую цель – объяснить фундаментальные механизмы работы человеческого мозга и тем самым постичь биологические основы человеческого сознания и личности – с одной стороны, а также лечить и предотвращать болезни мозга (от нейродегенеративных до психиатрических), тормозить процессы его старения и износа, негативно влияющие на все прочие органы и ткани, а также приводящие к деградации личности – с другой. Меж тем речь всё чаще идёт не просто о корректировке патологических феноменов в мозге и «возвратном» приведении к норме, а об определённом улучшении его как биоадаптивного, так и когнитивного, интеллектуального потенциала. Не зря так называемый нейрохакинг [9] стал одним из форвардов движения биохакинга, ставя амбициозную задачу «взлома мозга»: «Но если почти все остальные органы человеческого тела более или менее легко раскрывают свои тайны медикам, наш мозг до сих пор остается в очень большой степени загадкой. Сегодня цель научного сообщества – «взломать код» мозга»[4, с. 63]. Действительно, современная наука подчёркивает колоссальную сложность мозга как высокоорганизованной системы, богатство содержания и разнообразие механизмов которой порождает спектр метафорических репрезентаций его понимания от вычислительного устройства/компьютера и информационной сети («коннектома») вплоть до отдельного «микрокосма». Оставляя за скобками теоретическую корректность данных метафор, стоит признать, что их популярность являются иллюстрацией того, что мозг располагается на пересечении различных исследовательских подходов и парадигм (вычислительных, кибернетических, информационных, нейросетевых и др.), что делает его изучение поистине трансдисциплинарным.

Вместе с тем в наличной ситуации ощущается нехватка уравнивающих естественнонаучные «сквозных» гуманитарных подходов, поднимающих нейрознание до уровня целостного человека и его человеческого мира. Это вдвойне проблематично в случае нейротехнологий,

т.к. признаётся, что именно они потенциально способны опосредованно влиять на разум и личность: «Мозг и есть та сущность, что делает нас людьми. Он позволяет нам понимать и познавать мир посредством чувств, использовать воображение, учиться, мечтать и взаимодействовать друг с другом. Более тонкое влияние на мозг может изменить наше ощущение себя как личности и понимание того, что такое личный опыт, а также может в корне изменить то, в чем состоит для нас реальность» [6, с. 195]. Восполнение этого дефицита возможно через акцентуацию моральной проблематики, так что биоэтика способна стать одним из оснований, сцепляющих нейронауку с антропологическим измерением и подвергаящих её критической рефлексии на предмет рисков для последнего, что уже нашло своё воплощение в становлении особого биоэтического раздела, нейроэтики [8]. Одной из центральных проблем для последней должна стать моральная рефлексия возможностей и механизмов нейроуправления различными аспектами сознания и поведения человека, в том числе параметрами их рациональности.

Часто рациональность понимают как сугубо человеческую способность разумного постижения реальности с опорой на доказательства и здравый смысл, а также основанного на них управления как внешними процессами и явлениями, так и самим собой в плане контроля и самоограничения нерациональных (инстинктивных и аффективных) сторон психики. Вместе с тем современная наука склонна полагать, что данный феномен имеет природные, прежде всего витальные основания, что заставляет признать биологическое измерение рациональности, биорациональность: «Дискурс о биорациональности заставляет посмотреть на свободу за границами человеческого существования как на универсальную проблему бытия и признать биорациональность значимым этапом в движении “луча света”, которому уподоблена рациональность» [1. С. 79]. Нейронаука стала оспаривать саму способность выбора и принятия решений как суверенную для человека, показывая, что бессознательная мозговая активность может

предшествовать сознательному целеполаганию [12]. Поэтому идея управления рациональностью всё чаще принимает обличье нейроуправления, предполагающего направленное воздействие на определённые мозговые центры, модуляцию их активности.

Идея управления рациональностью так или иначе базируется на некоторых общих концептуальных и методологических трендах наук о мозге, из которых можно выделить два: вычислительный (цифровой) и фармакологический. Первый пытается использовать в нейронауке весь арсенал современных информационных технологий, имплицитно исходя из установки, что сам мозг – сложное вычислительное устройство, «церебральный компьютер» [7]. Второй пытается применить достижения химии и фармацевтики, делая в мозге упор на взаимодействие различных веществ и структур (нейронов, нейромедиаторов, ферментов, рецепторов и т.д.), понимая его тем самым как сложную и тонко настроенную молекулярную систему. Стоит признать, что данный вариант стал более понятным и обыденным для повседневного сознания, т.к. ассоциировался с успехами в деле разработки лекарств для лечения целого ряда болезней и расстройств, позволив перевести многие проблемы душевной жизни человека в сугубо медицинскую плоскость: «Управление повседневной жизнью с помощью нейробиологии больше не ассоциировалось с научной фантастикой. Нейромолекулярное видение мозга было фундаментальным для становления “психофармакологических обществ” в последние десятилетия двадцатого века» [10. Р. 47].

Вместе с тем оба данных подхода оказываются углублением сциентистской тенденции редукционизма: фармакологизация сводит управление рациональностью к манипуляциям с химией мозга, в то время, как вычислительный подход сразу опускается до физического или даже машинного уровня (уровня сигналов, импульсов, кодов, в форме которых происходит обработка информации в мозге), пытаясь свести к нему тот же биохимический уровень: «Действия химических нейротрансмиттеров и

нейромедиаторов составляют часть общих вычислительных алгоритмов, которые в совокупности приводят к эмерджентным эффектам, обозначаемым нами родовым термином “психика”. Без них мозг был бы более грубой и менее настраиваемой машиной, но он так или иначе работал бы» [2. С. 107]. Таким образом, и тот, и другой способны вносить вклад в деантропологизацию современной науки и медицины и, шире, всей общественной жизни, опосредованно лишая человека его специфического содержания, постепенно вытесняя такие понятия, как свобода, ответственность, достоинство и др. В этом контексте специально отмечается, что мозг – это не безличная нейронная сеть, а именно живой человеческий мозг, который не только продуцирует психические состояния индивида, но и в свою очередь испытывает детерминирующее влияние всего накопленного последним личностного опыта и знания: «Нет серьезных оснований отрицать, что необъяснимые психофизически субъективные состояния и все психические феномены – сознательные и бессознательные – порождаются нейронными сетями, с очевидностью имеющими адресата, интерпретирующего их “тексты” или хотя бы просто считывающего их. Кто “он”? Сам мозг? Да, человеческий мозг... Мозг – не сумма миллиардов нейронов и их связей, есть еще индивидуальный опыт, который сформировал наш мозг и настроил его» [5. С. 21-22]. Недооценка социокультурного и личностно-смыслового содержания будут только углублять редукционизм, в свою очередь приводящий к деантропологизации.

В управленческом аспекте это усугубляется размыванием человека как автономного субъекта управления, носителя смыслов и ценностей. В итоге нейротехнологическое управление рациональностью инструментализируется, а человек всё чаще подспутно рассматривается не как субъект, а как объект (как минимум объект для самого себя, как максимум – и для надындивидуальных структур наподобие государств или корпораций). Однако в ситуации отсутствия автономного субъекта и девальвации морально-ценностного измерения управление априори не может быть

полноценным: «“Голая” (инструментальная) рациональность как установление определённых норм и правил возможна, но она не сможет себя воспроизводить, если субъект, совершающий усилия по исполнению долга, не будет считать этот акт ценностью, которую он выбирает сознательно и свободно. Это принципиально важный момент, который, как нам кажется, проясняет разницу между инструментальной и ценностной рациональностями, а также то, как возможен переход от первой ко второй. Свойство разума – всё превращать в объект, в том числе и себя. И здесь активна сила принуждения, насилие над объектом, состояние несвободы. Нужна моральная воля свободного субъекта. Только тогда он начинает действовать рационально, как цельная личность» [3. С. 104]. Отдельным особняком будет стоять проблема неравенства в доступе к новым нейротехнологиям, также косвенно связанная с вопросом о субъекте управления: «Если нейротехнологии, позволяющие улучшить работу мозга, будут доступны не всем, скорее всего образуется разрыв между теми, кто сможет позволить себе их использование, и теми, кому они будут недоступны» [6. С. 202]. На наш взгляд, перспектива возможного нейроуправления остро предполагает ответ на вопрос об арбитре данного управления: от него напрямую будет зависеть степень как рациональности, так человекомерности последнего.

Выводы. Управление человеческой рациональностью всё чаще рассматривается в рамках общих трендов цифровизации и фармакологизации жизни, однако они оба выступают как редуционистские, делающие управление на их основе инструментальным и объективирующим, отчуждённым от человека. Биоэтика, выполняя критическую рефлексию такого управления, осуществляя своего рода «управление управлением», способна поддерживать субъектность и сохранять морально-ценностный контроль за его антропологической приемлемостью, поддерживать техно-гуманитарный баланс в рамках экспоненциального прогресса нейронауки. Нейроуправление не может стать главным механизмом управления

рациональностью, т.к. рациональность – сугубо человеческое свойство, не сводимое к свойству мозга как биологического органа, а тем более к уровню молекул или вычислений. Поэтому воздействие на нервные процессы посредством новых технологий будут иметь подчинённое и очень ограниченное значение, а также контролироваться сильными биоэтическим регуляторами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бекарев, А. М. Гуманистическое измерение биорациональности / А. М. Бекарев, Г. С. Пак // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2020. – № 2. – С. 72-82.
2. Михайлов, И. Ф. Человеческий мозг и сознание: биология или вычисления? / И. Ф. Михайлов // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. – 2018. – № 2(15). – С. 92-110.
3. Нигоматуллина, Р. М. Мораль и рациональность в управлении / Р. М. Нигоматуллина // Ученые записки Казанского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2015. – Т. 157. – № 1. – С. 102-106.
4. Росс, А. Индустрии будущего / А. Росс. – М.: АСТ, 2016. – 287 с.
5. Черниговская, Т. В. Нейронаука в поисках смыслов: мозг как барокко? / Т. В. Черниговская // Вопросы философии. – 2021. – № 1. – С. 17-26.
6. Шваб, К. Технологии четвертой промышленной революции / К. Шваб, Н. Дэвис. – М.: Эксмо, 2018. – 320 с.
7. Baron, R. J. The cerebral computer: An introduction to the computational structure of the human brain / R. J. Baron. – Abingdon: Taylor & Francis, 2013. – 552 p.
8. Glannon, W. Brain, body, and mind: Neuroethics with a human face / W. Glannon. – Oxford: Oxford University Press, 2013. – 272 p.

9. Ienca, M. What is neurohacking? Defining the conceptual, ethical and legal boundaries / M. Ienca, J. Scheibner // *Developments in Neuroethics and Bioethics*. – Academic Press, 2020. – Vol. 3. – P. 203-231.

10. Rose, N., Abi-Rached, J.M. *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. / N. Rose, J. M. Abi-Rached. – Princeton : Princeton University Press, 2013. – 352 p.

11. Slaby, J. Critical neuroscience meets medical humanities / J. Slaby // *Medical Humanities*. – 2015. – Vol. 41. – №. 1. – P. 16-22.

12. Soon, C. S. Unconscious determinants of free decisions in the human brain / C. S. Soon et al. // *Nature neuroscience*. – 2008. – Vol. 11 – №. 5. – P. 543-545.

ТРЕНДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО БИОЭТИКЕ

Басалаева О.Г., Басалаев Ю.М.

«Кемеровский государственный медицинский университет»,

Кемерово, Россия

Актуальность. В статье обсуждается каким должен быть специалист по биоэтике и какие навыки для этого необходимы. Что особо актуально в современных условиях развития медицины и высоких технологий.

Цель исследования – определить возможности и перспективы профессии биоэтика.

Результаты. Современная биоэтика зародилась в 60-х годах 20 века и призвана помочь актуализировать медицинскую практику и информировать государство о медицинских проблемах. Биоэтические проблемы часто обсуждаются в средствах массовой информации, академических кругах, лабораториях, офисах и высших учебных заведениях.

В современном мире вопросами биоэтики занимаются врачи, юристы, генетики, философы и иные ученые. В перспективе, вероятнее всего, возникнет самостоятельная профессия биоэтика.

Влияние биоэтики на развитие медицины и высоких технологий будет увеличиваться с ростом ценности человеческой жизни в глобальном мире.

Эволюция современной цивилизации сопровождается стремительным развитием наук и новейших наукоемких технологий, влияющих на все сферы человеческой деятельности [3. с.19.]. На сегодняшний день ученые-медики совместно с IT-специалистами получают новые материалы и возможности, о которых еще несколько лет назад даже не могли подумать [1. с.116.]. Биоэтикам предстоит разобраться, можно ли клонировать человека, хранить и вмешиваться в генетический код и как распределять ответственность, например, между роботом и человеком в случае неудачи.

Развитие технологий поставит перед биоэтиками вопросы регулирования генной инженерии и использования роботов для операций и диагностики.

К основным навыкам специалиста по биоэтике можно отнести, не только навыки в области медицины, фармакологии и права, но и системное мышление, навыки эффективного межличностного общения, а также высокий уровень эмоционального интеллекта.

Поскольку биоэтик решает непростые, чаще всего конфликтные ситуации, особенно важно развивать стрессоустойчивость и умение работать в условиях неопределенности.

Биоэтика включает:

1. Клиническую или медицинскую этику, которая фокусируется на разрешении этических вопросов или разногласий, возникающих в практике здравоохранения.
2. Этику политики здравоохранения, которая фокусируется на усилиях государств в области общественного здравоохранения.

3. Генетическую этику, фокусирующуюся на том, являются ли новые генетические технологии этически приемлемыми.

4. Нейроэтику, включающую в себя этику неврологии и нейротехнологий.

5. Этику исследований, решающую этические проблемы, возникающие при проведении исследований на людях или животных.

6. Экологическую этику, которая решает вопросы, касающиеся взаимосвязи между деятельностью человека и окружающей средой.

7. Репродуктивную этику, рассматривающую вопросы, связанные с оказанием помощи и ограничением фертильности, прерыванием беременности и доступом к контрацептивам.

8. Социальные детерминанты здоровья, которые фокусируются на неравенстве в области здравоохранения и доступности медицинской помощи.

Обязанности специалиста по биоэтике могут варьироваться в зависимости от его основной специализации. Типичные обязанности могут включать:

- консультирование медицинских учреждений и предоставление рекомендаций по принятию этических решений;
- распространение информации о таких процедурах, как исследование стволовых клеток, аборт, эвтаназия и генная инженерия;
- представление семьи пациента во время обсуждения решений, связанных с окончанием жизни;
- исследование новых вариантов лечения и объяснение их последствий для пациентов;
- консультирование государственных должностных лиц по вопросам разработки политики, связанной с наукой;
- просвещение общественности и развенчание мифов о спорных медицинских процедурах;

- передача личных или религиозных возражений пациентов относительно медицинских процедур;
- оценка способности пациента принимать обоснованные решения, касающиеся его ухода;
- разработка программ обучения этике для медицинского персонала и студентов-медиков.

Таким образом, специалисты по биоэтике имеют широкий спектр профессиональных знаний, включая медицинские профессии, философию, юриспруденцию, социологию.

Особенно остро встала проблема биоэтики в период пандемии. Пандемия, являясь, международной проблемой общественного здравоохранения вызвала медицинские, продовольственные и социальные кризисы, кризисы в обучении, смертность, экономические потери и психосоциальные риски [2. с.62].

Особенно остро это коснулось врачей и вопросов распределения жизнеобеспечивающей терапии в условиях ограниченных ресурсов и отсутствия известного протокола лечения. Одной из главных биоэтических дилемм эпидемии коронавируса стало противостояние этики общественного здравоохранения, выражающееся в справедливом распределении ограниченных ресурсов и ориентации на общественную безопасность, и клинической этики, ориентированной на конкретного пациента [6. с.279].

биоэтические дилеммы продолжают возникать почти каждый день наряду с этическими дискуссиями и дебатами.

Российский комитет по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО в один из самых острых периодов эпидемии провел заседание в онлайн-формате. Мероприятие прошло 30 апреля 2020 года в пресс-центре ТАСС и было посвящено этическим и психологическим аспектам пандемии коронавирусной инфекции. Участники конференции сошлись во мнении, что научное и экспертное сообщество не должно оставлять без внимания эмоциональные реакции населения, связанные с

болезнью, изменившимися условиями существования, а также неопределенностью по отношению к жизни по окончании пандемии [5].

Выводы. Таким образом, специалист по биоэтике должен быть профессионалом, который анализирует медицинские решения как с этической, так и с социальной и моральной точек зрения, а также следит за тем, чтобы медицинские работники придерживались этических принципов.

Резюмируя смысл профессии биоэтика, необходимо отметить, что все основные положения биоэтики отражены во Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека [4], которая предусматривает выстраивание работы национальных институтов по биоэтике на основе плюрализма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басалаев Ю. М. Наноиндустрия и информационные технологии как приоритеты постсовременного общества / Ю. М. Басалаев, О. Г. Басалаева, Ю. Н. Игишева [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 9. – С. 116-117.

2. Басалаева О. Г. Культурный контент on-line в условиях пандемии / О. Г. Басалаева, Ю. М. Басалаев, М. В. Галич // Информационное общество. – 2022. – № 3. – С. 61-70.

3. Басалаева, О. Г. К вопросу об антропологическом будущем НБИКС-общества / О. Г. Басалаева // Информационное общество. – 2018. – № 1. – С. 19-24.

4. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19 октября 2005 года. – URL: Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека - Декларации - Декларации, конвенции, соглашения и другие правовые материалы (un.org) (дата обращения: 12.11.2022г.)

5. Комиссия РФ по делам ЮНЕСКО поможет с налаживанием контактов по теме биоэтики. – URL: Комиссия РФ по делам ЮНЕСКО

поможет с налаживанием контактов по теме биоэтики - ТАСС (tass.ru) (дата обращения: 12.11.2022г.)

6. Ортикова, Н. 2020. Глобализация биоэтики в период пандемии COVID-19. Общество и инновации. 1, 1/s (окт. 2020), 677–682. DOI:<https://doi.org/10.47689/2181-1415-vol1-iss1/s-pp677-682>. URL: [globalizatsiya-bioetiki-v-period-pandemii-covid-19.pdf](https://doi.org/10.47689/2181-1415-vol1-iss1/s-pp677-682) (дата обращения: 12.11.2022г.)

ПРОБЛЕМА ЛЕГАЛИЗАЦИИ ЭВТАНАЗИИ В РАЗРЕЗЕ ПРАВОВОГО ИММУНИТЕТА

Трубецкой П.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к. и. н. Чальцева Т.А.

В исторической эволюции с древних времён до наших дней происходит переоценка человеческой жизни: от рабства до установления гражданских свобод в современном обществе, с определением качества жизни человека как высшего блага. Ценность человеческой жизни в нынешнем обществе по отношению к правовым реалиям создаёт общественно-правовую проблему. Достижения современной реаниматологии изменили представление человека о смерти, как о мгновенном уходе из жизни. Именно поэтому возможности врачей ставят вопрос о легализации эвтаназии как неотчуждаемого права человека [3].

Цель исследования – проанализировать разные точки зрения на вопрос легализации эвтаназии, представленные в научных публикациях, и выявить ближайшие перспективы развития данного вопроса в первой половине 21 века.

Материалом для исследования послужили научные публикации по исследуемой теме. Методами исследования были выбраны: аналитический и метод сравнительного анализа в условиях конкретно-исторического подхода.

Точное понимание значение понятия «эвтаназия», обратимся к Большому энциклопедическому словарю – «эвтаназия – это намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий». Впервые этот термин был применён английским философом Ф. Бэконом. Он утверждал: «Я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстановить здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями... и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение, то можно лишь сделать самую смерть легкой и спокойной» [2].

По вопросу эвтаназии в мировом сообществе сформировались два лагеря. Либеральный лагерь исходит из принципа «достойно жить – достойно умереть». Позиция же консерваторов в этом вопросе основана на неприкосновенности и святости человеческой жизни. Эвтаназия, по мнению последних, является убийством и ведёт к разрушению общества. Либеральная позиция зародилась ещё в древности. Так, Платон в трактате «Государство» утверждает, что «медицина призвана заботиться лишь о здоровых телом и душой, не следует препятствовать смерти физически слабых, а скверные душой сами себя погубят». Сократ, Платон и стоики от Зенона до Сенеки оправдывали умерщвление очень слабых и тяжелобольных людей даже без их согласия. В Древнем Риме самоубийство «по благородным» мотивам признавалось похвальным, и было даже введено стоицизмом в ранг добродетели [4].

Консерваторы рассматривают вопрос эвтаназии, отталкиваясь от клятвы Гиппократу, в которой он закрепил непринятие ни под каким предлогом принципов эвтаназии. В частности, он сказал: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного

замысла”. Сторонниками этой позиции выступали Августин Аврелий, Фома Аквинский и Иммануил Кант [2].

В современном обществе отношение к эвтаназии остаётся неоднозначным. В большинстве стран эвтаназия остаётся нелегальной. В России эвтаназия законодательно запрещена статьёй 45 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который определяет эвтаназию как ускорение смерти пациента по его просьбе. С точки зрения УК РФ эвтаназия карается статьёй 105, то есть она приравнена к убийству человека.

На сегодняшний день эвтаназия легализована в Швейцарии (1942, но при условии, что мотив не является корыстным), Нидерландах (2002), Бельгии (2002), Мексике (2008), некоторых штатах США (2008), Люксембурге (2009), Колумбии (2014), Канаде (2016), Австралии (2019), Испании (2021), Новой Зеландии (2021). В Швейцарии эвтаназия возможна не только для граждан страны, но и для туристов, что привело к появлению суицидального туризма, когда люди целенаправленно едут в другую страну, чтобы умереть. Легализация эвтаназии в этих странах связана с разнообразными причинами. Предпосылкой для узаконивания эвтаназии в Нидерландах стала книга А. Хоча и К. Биндинга «Разрешение лишить жизни», которая вызвала неоднозначную реакцию в обществе. На то, чтобы легализовать эвтаназию после выхода этой книги, обществу потребовалось чуть более 80 лет.

В 2015 году в Канаде семьей Кей Картер, женщины, страдающей неизлечимым боковым амиотрофическим склерозом, было оспорено решение Верховного суда Канады о запрете самоубийства, как решение, противоречащее Канадской хартии прав и свобод. Единогласным решением от 6 февраля 2015 года Суд отменил положение в Уголовном кодексе, тем самым предоставив взрослым канадским умственно дееспособным и непереносимо страдающим людям право на помощь врача при смерти.

Интересна предпосылка легализации эвтаназии в Австралии. В Тасмании в 2005 году медсестра была осуждена за содействие в смерти своего престарелого отца, страдавшего последней стадией рака, и попытку убить свою мать, находившуюся на ранней стадии деменции. Она была приговорена к двум с половиной годам тюремного заключения, но позже судья отменил приговор, так как посчитал, что общество не хочет, чтобы женщина сидела в тюрьме. Это вызвало дискуссию о декриминализации эвтаназии.

Наиболее удивительна история легализации эвтаназии в Испании. В 1984 году в Испании была основана организация *Asociación Derecho a Morir Dignamente* (Ассоциация за право на достойную смерть), которая активно боролась за уважение свободы человека в конце жизни. Случай Рамона Сампедро, имевший огромный резонанс, стал тем, благодаря которому вопрос об эвтаназии в Испании вышел на первый план в наши дни. В 1993 году Сампедро, с 1969 года страдающий квадриплегией, обнаружил своё желание, чтобы ему помогли умереть. Поскольку он не получил юридического разрешения на ассистированный суицид, он попросил о сотрудничестве одиннадцать человек, чтобы каждый из них принял участие в процессе, который приведет его к самоубийству, и тем самым защитил их от судебного преследования. В апреле 2019 года Мария Хосе Карраско, больная БАС в течение 30 лет, покончила с жизнью с помощью своего мужа Анхеля Эрнандеса. Они записали самоубийство на видео, где он спросил ее, хочет ли она, чтобы он помог ей прекратить ее долгие страдания, на что она ответила да, после этого она пьет токсичный раствор с помощью соломинки. Это событие стало началом более широких последующих действий и мобилизации населения в пользу закона об эвтаназии в Испании, на принятие которого безуспешно претендовали в течение многих лет. 17 декабря 2020 года законодательный орган XIV Конгресса депутатов одобрил законопроект о регулировании права на активную эвтаназию. После одобрения с поправками в Сенате, предложение вернулось в Конгресс депутатов, где

было окончательно утверждено, так что 18 марта 2021 года закон об эвтаназии был одобрен Генеральными кортесами и вступил в силу спустя три месяца после публикации в BOE.

Для изучения вопроса легализации эвтаназии в обществе был проведён опрос среди студентов Курского государственного медицинского университета. В опросе приняли участие 36 респондентов, находящихся на разных курсах обучения. По результатам опроса, мнения разделились следующим образом: за легализацию эвтаназии выступили 16 человек, против – 20; для себя эвтаназию применили бы 12 респондентов, не стали бы применять для себя – 24 человек; применили бы эвтаназию для своих родственников 8 опрошенных, а 28 – не смогли бы на это решиться.

Исходя из данной статистики можно сделать вывод о том, что студенты-медики в большинстве своём выступают против легализации эвтаназии (55 %). И самым трудным выбором для опрошенных является применение эвтаназии для родственников. Большинство респондентов не смогло бы применить эвтаназию в отношении родных людей (22%).

Исходя из представленного опроса, а также из вышеизложенной информации можно сделать вывод о том, что люди не до конца понимают смысл понятия «эвтаназия». Стоит отметить, что намеренное ускорение наступления смерти неизлечимого больного с целью прекращения его страданий. Ключевыми словами в этом определении являются «неизлечимо больного». В представлении значительной части людей эвтаназия выглядит, как «смерть в любой момент по собственному желанию». От таких мыслей современных людей ограждает закон, приравнивая эвтаназию к убийству.

Для того, чтобы легализовать эвтаназию должно поменяться мировосприятие людей. Основным аспектом в понятии слова «эвтаназия» является облегчение страданий больного человека. Нельзя совершать «законное самоубийство» по причине социальных или экономических проблем. В современных реалиях, где повышается общее количество психологических заболеваний, возможность эвтаназии может привести к

разрушению устоев общества, нарушению основных аспектов жизни человека.

Таким образом, в современном обществе проявляется тенденция к легализации эвтаназии. Общество, в большей части, озабочено проблемой добровольного ухода из жизни. Люди постепенно принимают идею эвтаназии, но делают это очень медленными шагами. Стоит отметить взгляд на данную проблему профессора Ю.М. Хрусталёва, который говорит о том, что «общественное согласие на правомерность и нравственность эвтаназии можно понимать как восхождение на качественно новый уровень общественного самосознания, когда будет достигнут приоритет гуманистических ценностей над целесообразностью».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева А.А. Проблема эвтаназии в современном обществе / А.А. Андреева, В.В. Приходько// Проблема эвтаназии в современном обществе. Бюллетень медицинских Интернет-конференций. Т.2. –№ 11. 2012. – С. 12–15.<file:///C:/Users/User/Downloads/problema-evtanazii-v-sovremennom-obschestve.pdf> (дата обращения 11.12.2022)
2. Бэкон Ф. Новая Атлантида/ Ф. Бэкон. // Мысль 1978. – Т. 2 – 269 с.
3. Волкова А.А. Проблема допустимости эвтаназии: опыт эмпирического исследования/ Волкова А.А.// М: Просвещение, 2013. – С. 1867 – 1868.
4. Смолькова И.В., Исаев Ю.С., Ободенко Н.П. Эвтаназия в Российском правовом поле: вопросы теории и практики/ И.В. Смолькова, Ю.С. Исаев, Н.П. Ободенко// Уголовно-правовые меры противодействия преступности, 2013. – С. 87 – 88.
<https://cyberleninka.ru/article/n/evtanaziya-v-rossiyskom-pravovom-pole-voprosy-teorii-i-praktiki> (дата обращения 11.12.2022)

ОБРАЗ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА - ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Панова А.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к. и. н. Чальцева Т.А.

На сегодняшний день проблема сформированности образа врача находится в фокусе внимания не только медицинской науки, но и общественной жизни, поскольку социум заинтересован не только в повышении эффективности системы российского здравоохранения, но и в качестве оказания медицинских услуг. При этом, этическая сторона деятельности врача выходит на ведущее место. Устойчивое доверие пациента к врачу лежит в разрезе важнейшего аспекта в современной системе здравоохранения. Однако, в большинстве случаев данное понятие рассматривается с психологической, морально-этической и философских сторон и требует глубокого подхода к его пониманию еще на студенческой скамье медицинского вуза.

Цель исследования: произвести анализ научных исследований по вопросам формирования образа врача в современной системе российского здравоохранения, в том числе по обеспечению этических принципов взаимодействия с пациентами, как необходимом условии эффективности отечественного здравоохранения.

Материалом выступили публикации научных работ ряда известных отечественных теоретиков биомедицинской этики в здравоохранении: М. Я. Мудрова, И. А. Кассирского, Я. А. Каца и др., на основе использования методов сравнительного анализа и эмпирического обобщения.

Образ современного врача – это многоаспектное понятие, при этом этические аспекты занимают базовую основу для его формирования.

В России первым переводчиком «Клятвы Гиппократата» стал Матвей

Яковлевич Мудров, который на основе данной работы создал и «Факультетское обещание» русских врачей, которое принимали медики до 1917 года. Этические аспекты образа врача во многих работах М.Я. Мудрова определяются служением профессии через сострадание к больному. Только так можно стать достойным служению врача, совершая нелегкий труд по призванию, стремлению к постоянному образованию, совершенствованию нравственных его качеств, в том числе по хранению тайны. Безусловное соблюдение этических правил М.Я. Мудрова подчеркнуто как необходимое условие в медицинской профессии: «Опытная врачебная наука, терапия учит основательному лечению самой болезни, а врачебное искусство, практика или клиника учит лечить собственно самого больного» [3, с. 290].

К проблеме врачевания Иосиф Абрамович Кассирский подходит с максимальной глубиной врачебного опыта и мысли ученого. Он создает настоящую философию медицины, в том числе на основе дружбы с величайшим хирургом В.Ф. Войно-Ясенецким (архиепископом Лукой), чья жизнь была образцом гражданственности, честного труда, бескомпромиссного выполнения долга врача, большой человечности, необычайных проявлений таланта в науке. На первое место И. А. Кассирский выдвигает постулат глубокой профессиональной подготовки врача в вузе, что позволит лечить больного, а не оказывать ему медицинскую услугу, только так этические проблемы приобретут естественный путь их разрешения в медицине. Знаменитый отечественный врач, академик АМН И. А. Кассирский отмечает: «У нас все больше становится врачей - диспетчеров: они направляют больных на исследование «туда», потом «сюда», вызывают консультантов, они более всего страшатся сделать ошибку, потому что боятся разоблачения...» [1, с. 270].

Анализ современной отечественной системы здравоохранения наглядно демонстрирует устойчивую тенденцию: чем сильнее развивается медицинская специализация, улучшается техническая оснащенность разнообразных отраслей медицины, тем, к сожалению, всё меньше и меньше

внимания уделяется непосредственно личности пациента. Больной – не совокупность разлаженных функциональных систем, подлежащих определенной диагностике, а личность, требующая человеческой поддержки и профессиональных действий врача. Хорошо известно, что пациент вверяет врачу самое дорогое и личностно ценное, что у него есть – здоровье. И если врач нанёс вред – никакими законами и приказами не вернуть утраченного.

Известный врач Я. И. Кац отмечал: «В отсутствии стандарта этических и правовых взаимоотношений врача и пациента, центральное место должен занимать определенный набор принципов, регулирующий эти взаимоотношения. При этом главным действующим лицом в принятии решения о лечении больного всегда должен оставаться врач, знающий законы и умеющий их правильно применять в конкретной ситуации. Решающими факторами должны быть медицинские показания, защита жизни пациента, а, иногда, и здоровья людей его окружающих. [2, с. 53].

«Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации», принятый Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 года, является документом, определяющим нормы отношений лечащего врача и пациента, принципы поведения медицинского работника при осуществлении профессиональной деятельности. Кодекс раскрывает основные нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинского работника, способствует повышению авторитета профессии врача в обществе. Кроме того, положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, а также для студентов высших медицинских учебных заведений [4.].

Проанализировав ряд научных работ практиков, «Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации», психологов медицины, мы можем отметить следующие важные стороны изучаемой проблемы:

- Образ врача складывается из личностного (внешнего и внутреннего) и профессионального образа, который формируется как самим врачом, так и

окружающим его обществом.

- Профессиональный образ врача должен полностью соответствует специфике профессии, это впечатление о специалисте, которое создаётся у его пациентов.

- Этическая культура составляет общий образ современного врача и является одной из основополагающих составляющих результативного протекания лечебного процесса. При этом первоочередным этапом её проявления в практической деятельности является создание доверительных отношений между врачом и пациентом.

- Взаимоотношения врача и пациента не являются застывшей социально-психологической системой. Они постоянно претерпевают изменения, вслед за изменениями прогресса в науке и медицине, следуют социальным трансформациям.

Несмотря на то, что научный прогресс предоставляет врачу широкие возможности для профилактики, диагностики и лечения больных в условиях приоритета качества жизни психологически пациент не менее, а даже еще более нуждается в тесной коммуникации с врачом, что основывается на этической культуре и такте врача. Само протекание болезни, вызывает у пациентов депрессии и негативно влияет на психологическую устойчивость пациента с врачом[2, 33 с.].

Эмпирической основой исследования стала беседа с врачами – терапевтами Центральной больницы Долгоруковского муниципального района, Липецкой области, которая определила в качестве доминирующего принципа медицинской этики взаимопонимания врача и пациента через «душевное доверие» друг к другу. Как свидетельствует длительный опыт врачей-практиков именно этическая культура составляет основу образа врача, и доверие к нему пациента. Наряду с этим крайне важно, чтобы выявленный врачом диагноз и последующая медицинская помощь были не только профессионально правильными, но и морально корректными. Актуально, чтобы они не приводили к психическим депривациям пациента и

эмоциональному выгоранию врача.

Таким образом, на каждом этапе во взаимодействии «Врач-пациент» наиболее значимы этические аспекты:

- Растущие технические возможности современной отечественной медицины предполагают усиление требований к морально-этическому образу современного врача, без этого не может быть осуществлена эффективная профессиональная деятельность;
- Важность индивидуального подхода к каждому пациенту и поэтапная трансформация его ценностных ориентаций и установок в направлении доверительного и компетентного взаимодействия с врачом в терапевтической практике;
- Врач должен этически вежливо трансформировать непродуктивные отношения (фобии, страхи и т.д.) пациента к болезни, чтобы он был настроен на конструктивное взаимодействие с лечащим врачом [2, 34 с.].

Таким образом, можно сделать вывод, что образ современного врача формируется на основе взаимопониманий между врачом и пациентом, как фактор доминирующим образом, определяющий эффективность лечения пациента. Даже тогда, когда диагноз поставлен точно и в необходимый срок, и когда проявляется профессиональная медицинская компетентность врача, т.е. медицинские манипуляции являются технически правильными и корректными, первоочередное соблюдение норм медицинской этики врачом крайне необходимо для доверительного и лично-уважительного коммуникативного контакта с пациентом, обеспечивающий текущую и итоговую эффективность осуществляемого лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кассирский И. А. О врачевании: Проблемы и раздумья/ И. А. Кассирский. – Москва: Акад. Мед. Наук СССР, 1970. – 270 с.

2. Кац Я. А. Основы взаимоотношений врач-больной. Участие пациента в принятии терапевтических решений./ Я.М. Кац –Саратов, 1997. – 53 с.

3. Мудров М. Я. Избранные произведения/ М. Я. Мудров; под редакцией и вступительной ст. А. Г. Гукасян. – Москва: Академии медицинских наук, 1949. – 296 с.

4. Кодекс профессиональной этики врача, принятый Первым национальным съездом врачей РФ. – Москва, 2012. <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=257616>

(Дата обращения – 10.12.2022.)

ПРЕПОДАВАНИЕ БИОЭТИКИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

Клеймёнова О.А., Трусова М.А.

Рязанский государственный медицинский университет

имени академика И.П. Павлова

В статье рассматриваются некоторые аспекты гуманизации медицинского образования, личностно-профессионального становления врача. Акцентируется внимание на роли социально-гуманитарных дисциплин, в частности биоэтики, в формировании мировоззренческой и профессиональной культуры медицинского работника, подчеркивается важность применения новых методов и технологий при построении учебного процесса. Делается вывод, что подобный подход будет способствовать формированию правильных представлений о сущности и социальной значимости будущей профессии, повышению интереса к практическому применению знаний, полученных в процессе обучения в вузе.

Ключевые слова: биоэтика, мировоззрение, гуманизация, медицинское образование, проектный метод.

На современном этапе все чаще говорится о роли гуманитарного знания в образовании и науке, в подготовке молодых специалистов, в

частности врачей. Новые тренды, такие, как цифровизация, технологизация практической медицины и медицинской науки, глобализация экономики, знаний и технологий, ускорение технологических и социальных изменений формируют потребность в специалистах новой генерации, обладающих широким кругозором и базисом фундаментальных научных знаний. Пристальное внимание к качеству оказываемой медицинской помощи, порой неудовлетворительные оценки деятельности медицинского персонала свидетельствуют о повышенном уровне ответственности медицинских работников перед гражданином и обществом и, с другой стороны, напоминают нам о том, что врачебная деятельность должна быть основана на высоких моральных, этических и деонтологических принципах.

В свете общемировых и значимых проблем общество и личность как никогда заинтересованы в улучшении качества жизни населения и активном долголетии. Но все чаще мы задаемся вопросом, с чем в скором времени предстоит столкнуться врачу? Современные проблемы биоэтики намного шире и нередко выходят за рамки привычных нам границ плохо-хорошо или добро-зло. Определенные социально-экономические процессы, мультикультурализм и плюрализм проблематизируют формирование культурной идентичности и однозначное определение того, с какой культурой и каким образом мы не только можем, но и должны себя идентифицировать [5, с. 92]. Человек все чаще оказывается неспособным в полной мере контролировать созданные им самим же технологии и технику. Более того, становится очевидным, что его деятельность, в свете достижений научно-технического прогресса, нередко затрагивает интимные стороны природы человека (генная инженерия и др.) и настоятельно требует привлечения этико-гуманистических регулятивов как неотъемлемой части процесса познания [2, с.96-98]. Новые биотехнологии создают угрозу не только для жизни, чести и достоинства пациентов, но и для кажущихся незыблемыми моральных норм, общезначимых ценностей.

Атлас современных профессий, актуальных, по мнению авторов, для российской экономики, демонстрирует насколько быстро, а порой и непредсказуемо меняется запрос общества, в том числе и на узких специалистов. На фоне профессий «Биоэтик» и «Генетический консультант», выделяются такие, как «Клинический биоинформатик», «Молекулярный диетолог», «ИТ- генетик» и т.д. [1].

Выделение биоэтики в отдельную область знания относится ко второй половине XX века. П.Д.Тищенко отмечает, что в ситуации децентрации ценностного мира наука теряет авторитетное право различения истинного и ложного, ее авторитет в решении мировоззренческих проблем снижается [8, с.30]. Ряд исследователей подчеркивает, что биоэтика возникает как одна из форм обращения человека к самому себе, в первую очередь, как форма защиты его индивидуальности в современной культуре. Именно биоэтическое измерение человеческого существования становится в наше время условием сохранения его антропологической (родовой) и психической идентичности [5, с. 96; 7]. Под угрозой находятся не только традиционные ценности, представления, к примеру, о родственных связях, как в случае с суррогатным материнством, но и более сакральное, непостижимое - внутренний, духовный мир человека, а вместе с тем психическая и физическая целостность личности. Следует обратить внимание и на биоэтическое просвещение населения, что необходимо с точки зрения формирования грамотного общественного мнения и отношения к тем или иным вопросам.

В этой связи актуализировались вопросы гуманизации медицинского образования, личностно-профессионального развития врача, что, в свою очередь, предполагает анализ разных этапов профессионального образования. Так, обучение на первых курсах, в силу возрастных особенностей и нового социального статуса студентов, является важным для формирования основ профессионального самосознания. Биоэтика, как сравнительно новая учебная дисциплина в медицинских вузах России,

определяет и закладывает значимые составляющие понимания будущей профессии. Предпосылки зарождения биоэтических идей встречаются во многих философских системах, начиная со времен античности. В трудах Гиппократ, Авиценны, Т.Персиваля и др. акцентировалось внимание не только на важности профессиональной подготовки, но и на развитии личностных качеств тех, кто был связан с медициной. Выделяя философские основания биоэтического знания, следует вспомнить и пример русских врачей, выделявшихся высоким профессионализмом, особым пониманием мира, человека, социальных проблем. В литературных произведениях запечатлены образы думающих врачей, стремящихся понять мир другого [4, с. 306], способных на жертвенный подвиг.

Спектр компетенций современного врача значительно расширился, важную роль играют экономическая, правовая, идеологическая, лингвистическая компетентность. Однако статус целостного качества врачебного труда придает именно философская культура специалиста [4, с.305]. В сфере медицинского образования социально-гуманитарная подготовка является одним из важнейших компонентов общепрофессиональной подготовки. Однако здесь немаловажную роль приобретает проблема поиска путей интеграции знания с целью формирования разносторонней, нравственной, активной, творческой личности, осознающей свою ответственность через профессиональную деятельность. Сегодня можно констатировать, что на плечи преподавателя социально-гуманитарных дисциплин ложится основная задача – сформировать у студентов представления о единстве естественнонаучной и гуманитарной культуры в современном мире, понимание сущности общественных процессов, человеческой деятельности и познания [4, с.307]. Применение новых методов и технологий при построении учебного процесса в этом случае является наиболее значимым.

Реализовать поисковый и исследовательский потенциал обучающихся возможно, в частности, при освоении дисциплин социально-гуманитарного

цикла на разных уровнях образования. Изучение дисциплины «Биоэтика» предполагает формирование компетенции ОПК-1 «Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности» [6]. В данном случае важным является тот факт, что выпускник должен не только обладать теоретическими знаниями, на получение которых направлены традиционные формы проведения занятий (лекции и семинары), но и уметь применять их на практике. В 2022 году в РязГМУ им.И.П.Павлова началась активная работа над применением социального проектирования при изучении дисциплины «Биоэтика». Студентам были предложены проекты различной тематики, как, например, «Профилактика ВИЧ/СПИД в молодежной среде», «Проблема наркомании среди молодежи и ее профилактика», «Пропаганда здорового образа жизни», «Этические и правовые аспекты донорства» и др. Предлагаемые обучающимся темы представляют интерес и в исследовательском плане, требуют интегрированного знания не только гуманитарных, но и профильных медицинских дисциплин, а также применения междисциплинарного подхода при разработке проекта [3, с.53-54]. Для студента медицинского вуза, часто ощущающего нехватку практики, именно в процессе выполнения практических заданий появляется возможность применить актуальные и приобрести новые знания, умения и навыки через реализацию и усложнение поставленных задач. Проектная деятельность даёт возможность студентам разобраться в вопросах, прежде всего имеющих важность для них с профессиональной точки зрения, выступает связующей между теорией и практикой, повышает заинтересованность в изучаемых дисциплинах и стимулирует интерес к практическому применению знаний, полученных в вузе.

Конечно, «отдельные вкрапления биоэтики» в образовательное пространство не способны решить проблему. Однако необходимо сохранить этическую/ценностную направленность образования, подготовки будущих специалистов в свете новых перспектив применения инновационных

биотехнологий в биомедицине, генетике, экологии [7]. Применение метода проектов в рамках самостоятельной и внеаудиторной работы при изучении дисциплины «Биоэтика», на наш взгляд, способствует закреплению полученных компетенций, повышает вовлеченность студентов в образовательный процесс, формирует у студентов-медиков представление о социальной значимости будущей профессии и перспективах личностно-профессионального развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас новых профессий 3.0. / Под ред. Д.Варламовой, Д.Судакова. — М.: Альпина ПРО, 2021. — 472 с.
2. Белкина Г.Л. И.Т.Фролов о роли гуманистических ценностей в научном познании / Г.Л.Белкина, С.Н.Корсаков // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып.4 – М.: Институт философии РАН, 2012. – С.90-101.
3. Клеймёнова О.А. Метод проектов при изучении дисциплины «Биоэтика» в медицинском вузе / О.А.Клеймёнова, М.А.Трусова // Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде. Материалы II заочной научно-практической конференции с международным участием. - Киров, 2022. – С.52-54.
4. Ковелина Т.А. Формирование философской культуры врача в системе высшего медицинского образования / Т.А.Ковелина, Г.И.Гурбич // Общество и право. – 2012. - №5 (42). – С.305-308.
5. Мещерякова Т.В. Причины появления биоэтики / Т.В.Мещерякова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2010. - №4(12). – С. 90-100.
6. Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 г. №988 «Об утверждении государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01. Лечебное дело». – с.10.

7. Соколов В.М. Специфика формирования биоэтической ответственности личности в условиях медицинской профессиональной школы / В.М.Соколов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №4. [Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13919> (дата обращения: 15.03.2019)].

8. Тищенко П.Д. Биоэтика как теоретическое основание образования членов этических комитетов / П.Д.Тищенко // Национальные и локальные комитеты по биоэтике: опыт Центральной и Восточной Европы. Материалы международных научных конференций по биоэтике / Под ред. Т.В.Мишаткиной, Я.С.Яскевич, Г.В.Годовальникова, Д.С.Денисова. – Минск, 2006. – С. 27-32.

АССИСТИРОВАННЫЙ СУИЦИД: PROETCONTRA

Семенова П.Э.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.

Аннотация. Основное внимание в статье акцентируется на раскрытии понятия «ассистированный суицид» и выявлении этико-правовых аспектов данного метода на примере различных стран. В результате определено, что легализация или противозаконность ассистированного суицида определяется конкретной страной. Мнение о методе весьма неоднозначно и зависит от этических, моральных, религиозных и правовых предпочтений общества.

Ключевые слова: суицид, ассистированный, эвтаназия, пациент, врач, биоэтика.

Медицинская помощь может оказываться различными методами. Однако существуют заболевания, с которыми не под силу справиться врачам в связи с тем, что человеческий организм ещё не до конца изучен. Врачи научились поддерживать жизнь больного, но не всегда это сможет

продлиться долго. В таком положении люди часто задумываются над тем, чтобы покончить с собой безболезненно. И перед каждым врачом встаёт выбор: вмешаться и помочь человеку окончить жизнь или оставить его, обрекая на мучительную смерть в последующем.

Одним из методов помощи человеку с неизлечимой болезнью в области врачебной деятельности является эвтаназия. Стоит принять во внимание, что любая её форма закрепляется законом. Каждая страна сама решает легализовать данный метод в медицинской практике или сделать противозаконным.

Ассистированный суицид – одна из форм активной эвтаназии, которая заключается в намеренном ускорении смерти неизлечимого пациента с целью уменьшить его страдания и боль. Этот термин известен в практике врача и вызывает немало сомнений. Ассистированный суицид совершается без участия врача в самой процедуре. В данном случае врач лишь поставляет необходимые медикаменты, а смертельная инъекция вводится самим больным [1].

Положительная сторона метода объясняется тем, что при легализации эвтаназии человек будет иметь право распоряжаться своей жизнью самостоятельно. Его достоинство не будет унижаться, так как мучительная смерть не застанет его. Это будет осознано и обдумано самим человеком и его близкими людьми. Говоря о близких людях, можно отметить тот факт, что поддержание жизни любого человека это огромный тяж в душе его родных и друзей и большие финансовые затраты. Отказываясь от эвтаназии, человек усложняет жизнь не только себе, но и близким. Также, убивая одного человека, открывается возможность спасти другого. Ткани и органы от подвергшегося эвтаназии больного могут стать донорскими и дадут возможность жить его реципиенту [2].

Отрицательная сторона метода заключается в противоречии медицинской этике. Врач оказывает помощь и защищает жизнь и здоровье населения, а не убивает его. По религиозным меркам такой способ окончания

жизни также недопустим. Для многих пациентов решение приходит в состоянии депрессии и под влиянием негативных эмоциональных переживаний. Не исключается и возможность диагностической ошибки со стороны врача, последствия которой сказываются на пациенте, но в связи с легализацией метода уголовного наказания за убийство не последует [2].

Одной из стран, которая выступает за легализацию ассистированного суицида, считается Швейцария. В Швейцарии ассистированный суицид стал законен с 17 мая 1998 года, благодаря некоммерческой организации «Dignitas». Данная организация помогает людям с неизлечимыми болезнями и тяжёлыми физическими и психическими заболеваниями умереть [5]. Её девиз: «Достоинно жить – достойно умереть». Организация работает как в своей стране, так и за её пределами. Она является лидирующим в мире сообществом, которое выступает за ассистированный суицид и право жителей каждой страны самим выбирать свою судьбу.

Процедура ассистированного суицида в «Dignitas» проходит следующим образом: желающий должен провести не менее двух консультаций со специалистами «Dignitas». Далее определяется место проведения процедуры. Это может быть как дом, так и помещение арендованное организацией. В ассистированном убийстве принимают участие два специалиста. Они на месте приготавливают смертельное вещество. Процедура снимается на видеокамеру. Желающий покончить с жизнью должен подтвердить перед камерой осознанность и добровольность данного поступка. Затем при готовности он уже может выпить приготовленный препарат. После констатации смерти сотрудник «Dignitas» вызывает полицию. Они приезжают на место, получают видеозаписи и убеждаются в законности произошедшей процедуры.

Организация «Dignitas» вызывает немало возмущений на мировой арене. К ним приезжают политики и юристы разных стран для ознакомления с процедурой. Некоторые их поддерживают, а некоторые выступают против. Так, например, в июле 1998 года возникла некоммерческая канадская

организация «EuthanasiaPreventionCoalition» (EPC), которая не признает ассистированный суицид. EPC является мировым лидером среди организаций, которые борются с легализацией эвтанази. При этом в самой Канаде эвтаназия любой формы разрешена законом. Зафиксированы также случаи, когда ассистированный суицид совершался не только при тяжелых заболеваниях, но и при депрессии, что никак не признается некоторой частью населения.

Сообщество EPC считает, что ассистированный суицид стоит рассматривать как убийство, даже если убитый сам дал на это согласие. Причины желания покончить с жизнью бывают разные, и при легализации эвтаназии риски потерять население растут. Многие решения принятые желающими использовать метод являются результатом депрессии, что можно успешно вылечить. А просьба об ассистированном суициде – это то же самое, что и призыв о помощи. Целями организации является улучшение качества медицинской помощи, а также эффективных методов контроля боли и страданий. По их мнению, достижения в области медицины теряют свою значимость, если существует эвтаназия [4].

В России политики, юристы и врачи придерживаются такой же позиции.

Заместитель директора по научной работе Российского онкологического центра имени Н.Н.Блохина Михаил Линчестер считает, что эвтаназия совершенно не медицинское понятие, и к нему близки лишь врачи с плохой профессиональной подготовкой и низкими моральными качествами. В настоящее время человек способен излечиться от большинства заболеваний, и этот прогресс развития медицины продолжается. Пока неизвестно, примут ли в России законопроект об эвтаназии по примеру многих европейских стран. Политики и общественные деятели иногда поднимают этот вопрос, но вероятность поддержки данного метода среди парламента и населения очень мала.

Изучением вопросов по данному методу занимаются специалисты в области биоэтики – науки, которая касается нравственного аспекта человеческой действительности в биологии и медицине. Врачи исследуют данный метод с научной точки зрения, а политики создают законопроекты по легализации или запрету ассистированного суицида. Вопрос до сих пор остается нерешенным и спорным по всему миру, что придает серьезность данной проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипов А.В. Аргумент скользкого склона в контексте эвтаназии и ассистированного суицида/А.В. Антипов//Концепт: философия, религия, культура. – 2021. – Т.5, №4(20). – С.7-17.
2. Москвичева Л.И. Эвтаназия как общемировая дилемма современности/Л.И. Москвичева, З.Х. Агамов//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т.28, №5. – С.867-876.
3. Эвтаназия: за и против: [1tv.ru]/ Эвтаназия: за и против. – URL:<https://www.1tv.ru>(дата обращения: 20.11.22).
4. Eppc.ca: [eppc.ca]/Eppc.ca. – URL:<https://eppc.ca>(Дата обращения: 20.11.22)
5. Dingitas: [dingitas.ch]/Dingitas. – [URL:http://www.dingitas.ch](http://www.dingitas.ch) (дата обращения: 20.11.22).

МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ" ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Угроватая М. С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,

Курск, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Немеров Е.Н.

Аннотация. В работе рассмотрены 4 основные модели взаимоотношений между врачом и пациентом, выделенные Робертом Витчем, приведены их краткие характеристики, установлены преимущественные модели в Советском Союзе и Российской Федерации. Произведено сравнение клятв врача раньше и сейчас. На основе анкетирования сделаны выводы о преимущественном методе диагностики заболеваний и формируемой модели поведения у студентов-медиков.

Ключевые слова: модель, врач, пациент, взаимоотношения, клятва.

Взаимоотношения между пациентом и врачом важны для лечения, без доверия невозможна ни диагностика болезни, ни соблюдение рекомендаций пациентом. Задача создания таких отношений – ответственность врача. Американский специалист по биоэтике Роберт Витч выделил 4 модели взаимоотношений «врач-пациент»: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегальную, контрактную (договорную).

Редко модели могут существовать в чистом виде, чаще встречаются их комбинации. Рассмотрим каждую по отдельности. Инженерная модель характеризуется восприятием больного как «сломанного механизма», он обезличивается, врач опирается на чёткие факты, результаты анализов и обследований. В рамках данных отношений фактически нет морального измерения. Моральные отношения возникают тогда, когда существует субъект этих отношений, однако в модели технического типа врач относится к пациенту как к безличному механизму. Врач при лечении опирается на объективные признаки: биохимические показатели, артериальное давление. Таким образом, медик не несет какой-либо ответственности за свои действия, поскольку он руководствуется объективными знаниями. Совсем иначе в пасторской модели: личность важна, проявляется эмоциональная эмпатия. Характер этих отношений асимметричен и ведет к узкой трактовке ответственности, пониманию ее как вины, наказания. Но это наиболее заботливые взаимоотношения с общением по типу «отец-ребёнок». Роберт Витч считал коллегальную модель идеальным вариантом взаимодействия в

системе отношений «врач-пациент», так как в этом случае основа – диалог. Здесь ответственность не возлагается на плечи одного врача, а распределяется между равноправными субъектами. Проблема в том, что для достижения таких взаимоотношений оба субъекта должны обладать равным количеством знаний и одинаковыми ценностями. В современном обществе широко распространена контрактная (договорная) модель. Для неё характерен баланс интересов, равенство пациента и врача, распределение обязанностей. Контрактная модель схожа с коллегиальной, однако здесь учитывается изначальное неравенство врача и пациента, и отношения выстраиваются на определенных, выгодных пациенту, условиях.

Для СССР характерна пасторская модель, она господствовала в большинстве стран мира до XX века, в некоторых продолжает и сейчас. В клятве врача с 1971 года есть слова, которые утверждают, что он обещает всегда «внимательно и заботливо относиться к больному». Этот факт указывает на основные принципы взаимоотношений с пациентом – милосердие и любовь. Врач заботится о больном как о собственном ребёнке. Роберт Витч говорил, что недостаток патерналистской модели – ущемление прав пациента. Так и есть, ведь в этом случае взаимоотношения «вертикальные» – врач всегда выше пациента, указывает, что делать. И поскольку возникновение биоэтики во многом связано с расширением прав и автономии пациента, патерналистский подход является нарушением принципа автономии. Такие отношения сохранились в норме в некоторых направлениях: педиатрии, психиатрии, гериатрии. Но и здесь она требует изменений в зависимости, например, от возраста пациента и тяжести его болезни.

Элитарность медицинского знания, связанная со сложным процессом поступления и образования в целом, консерватизм в методах преподавания, финансовая достаточность системы здравоохранения сохраняли классическую, патерналистскую модель взаимодействия «врач-пациент» в СССР. Отсутствие конкуренции со стороны коммерческой и народной

медицины позволило абсолютизировать роль врача в процессе принятия клинического решения. Но резкий переход государства к совершенно иной экономической модели, бурная и нерегулируемая капиталистическая экспансия вывели здравоохранение на иной, рыночный уровень. Беспрепятственный доступ населения к медицинской информации создаёт иллюзию компетентности в вопросах лечения. Следствием является то, что пациент требует равенства в правах с врачом в процессе лечения. То есть подразумевает коллегиальную модель поведения, которая имеет ряд сложностей в своём формировании. Компромиссом является становление договорной модели в России.

Нынешняя модель и правда близка к договорной, но и черты пасторской присутствуют, особенно в больницах малых городов, сёл, деревень. В сегодняшней модели больше формальности и официальности, она уравнивает права и обязанности врача и пациента. Контрактная модель предполагает принятия решений самим пациентом, предусматривает активное его участие. «Вертикальная зависимость» при этом так же формируется, больной всё-таки должен довериться врачу и соблюдать его указания. Обязательства могут быть выражены как в письменной, так и в устной форме. Первый вариант обычно встречается в платных клиниках – заключается договор. Но это часто исключает эмоциональную эмпатию, подход полностью деловой. Второй вариант подразумевает разговорную форму, это делает отношения более доверительными, без чрезмерной формальности. В любом случае пациент сознательно участвует в процессе лечения и имеет право знать о целях предстоящей манипуляции, возможных последствиях и рисках, данная модель предоставляет такую возможность каждому больному человеку.

В клятве врача России и клятве врача Советского союза есть отличия, которые характеризуют и модель отношений. Например, в современной версии присяги говорится «если бы того потребовала польза больного, говорить правду и без лицепрятия», а в СССР была возможна «ложь во

благо», которая являлась выражением заботы к пациенту. Помимо этого, в присяге Советского врача сначала говорится об охране и укреплении здоровья человека, потом – о лечении болезней. То есть много внимания уделялось профилактике заболеваний. В клятве врача России сначала идёт первичное лечение болезней, а потом – сохранение и укрепление здоровья. Таким образом, медицина РФ направлена на ликвидацию уже имеющихся заболеваний, а медицина СССР утверждала, как Пирогов, что «будущее принадлежит медицине предохранительной».

На основе проведённого исследования было установлено, что 23% студентов-медиков считают результаты анализов единственным верным способом диагностики заболеваний, большинство же склоняются к учёту нескольких факторов: собственного опыта, субъективных ощущений пациента и анализов. Эти данные подтверждают утверждение о существовании договорной модели отношений в России, но также свидетельствует о том, что с развитием технологий врач склонен полагаться на результаты точных данных. Также стоит отметить, что большинству респондентов (53%) наиболее приемлемой кажется модель отношения между врачом и пациентом в виде сотрудничества, как считал и Роберт Витч. Это связано с тем, что в данном случае права пациента и врача полностью уравниваются. Но студенты-медики ещё не сталкивались лично с трудностями этой модели, поэтому ставят её в приоритет. Отношения в виде договора уходят на второе место – 28% опрошенных выбрали этот вариант. И 6,6% выбирают патерналистскую модель наилучшей из представленных. Можно сделать вывод о том, что будущие врачи считают отношения между врачом и пациентом с равными правами и обязанностями преимущественной моделью, но остались и те, кто склонен к модели СССР – пасторской.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асеева И.А., Никитин В.Е. Биомедицинская этика. Учебное пособие для медицинских университетов. Курск, изд-во Курского гос. медицинского ун-та, 2002. 89

2. Балашов А.И., Захаренко Г.А. Зачем открывать закрытое здравоохранение? // Управленческое консультирование. 2018. №6 (114). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zachem-otkryvat-zakrytoe-zdravoohranenie> (дата обращения: 20.11.2022).

3. Платонова Анастасия Валерьевна Проблема ответственности в биоэтике // Вестн. Том. гос. ун-та. 2009. №318. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-otvetstvennosti-v-bioetike> (дата обращения: 20.11.2022).

4. Пыжова О.В. Биоэтика в теории и на практике. Учебное пособие для студентов медицинских университетов / О.В. Пыжова. – Курск: изд-во КГМУ, 2020. – 240 с.

БОДИМОДИФИКАЦИИ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОСТИ

Мясоутов А. Р., Фахрудинова Э. Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Казань, Татарстан

Аннотация. В современном мире замечается значительный рост интереса к теме бодимодификаций. В данной статье рассматривается феномен бодимодификаций, как механизма самозащиты и адаптации в условиях глобализации и развития общества потребления. Приводится ряд факторов, повлиявших на рост популярности данной темы в XXI веке. Выявляются основные причины роста интереса к подобному явлению, и изучается роль либертарианского трансгуманизма в этом явлении.

Методология. Социально-философский анализ понятия бодимодификация, герменевтическая методология для изучения научно-исследовательской литературы по заявленной проблеме, социологическая методология для основы построения выводов (статистические и экспертные оценки), а также общелогические методы исследования феномена бодимодификаций.

Результаты. В современном мире феномен бодимодификаций получил распространение благодаря влиянию глобализации на социокультурные процессы. Именно в период глобализации популярность получила идеология либертарианского трансгуманизма, которая предлагает решение проблемы самоадаптации в новых условиях жизни. Подобное решение увеличивает спрос на бодимодификации: особое место в обществе перепотребления занимает пластическая/эстетическая хирургия и исследования, направленные на детальное изучение собственного тела с целью дальнейшего его совершенствования доступными на данный момент средствами.

Обсуждения. Рассматривая данный вопрос, отметим, что бодимодификации являются персональным выбором индивида, но важно отметить, что они далеко не всегда необходимы, а порой могут приводить к серьезным необратимым последствиям. В первую очередь, нужно учитывать все потенциальные риски и изменять свое тело, только по медицинским показаниям. Несмотря на то, что бодимодификации уже стали неотъемлемой частью современного общества, не стоит забывать о том, что они в первую очередь должны быть направлены на усовершенствование организма, улучшение физических показателей и укрепление здоровья.

Ключевые слова: бодимодификация, глобализация, трансгуманизм и либертарианство.

Введение. В настоящее время общество часто сталкивается с явлением бодимодификаций, обусловленным попытками изменить свое тело с целью повышения уровня жизни, увеличения работоспособности и замедления процесса старения. Все это достигается благодаря корректированию

недостатков тела и совершенствованию организма. Не удивительно, что вместе с ростом популярности бодимодификаций, характерным для периода глобализации, у многих отечественных и иностранных ученых, относящихся к различным научным дисциплинам, возникает интерес к данному явлению, его значению и роли в современном обществе.

Основная часть. Актуальность данной темы напрямую связана с изучением социокультурных изменений общества в период глобализации.

Чтобы подробно изучить данный феномен, стоит выделить ряд вопросов:

1. Как либертарианский трансгуманизм повлиял на распространение бодимодификаций?
2. Какие существуют направления «улучшения» человеческого тела?
3. Почему можно сказать, что бодимодификации — это механизм самозащиты и адаптации в условиях глобализации?

Для того чтобы понять, откуда берет начало распространение данного феномена, следует разобраться с тем, что такое либертарианский трансгуманизм и как он связан с бодимодификациями. Для этого необходимо рассмотреть данную проблему как социокультурный феномен, получивший распространение в связи с развитием принципа Self-ownership [1]. На этом этапе требуется объяснить понятие либертарианского трансгуманизма и выявить его основные принципы.

Трансгуманизм можно рассматривать, как интеллектуальное и культурное движение, которое утверждает возможность и желательность фундаментального совершенствования человеческого состояния, главным образом путем разработки и производства для широкого доступа технологий, устраняющих старение и значительно повышающих интеллектуальные, физические и психические способности человека.

Последователи трансгуманизма заинтересованы в достаточно широком спектре современных технологий, которые способны изменить, а главное

усовершенствовать человеческое тело. В первую очередь к ним стоит отнести технологии, замедляющие процесс старения и улучшающие память и работоспособность. На данный момент именно они могут ускорить развитие человечества, как биологического вида.

Помимо таких исследований, трансгуманистов интересуют и спорные, радикальные методы, способствующие совершенствованию человека. К наиболее популярным из них относят технологии, занимающиеся клонированием. Подобные способы «улучшения» организма, могут иметь серьезные последствия, ведь они способны изменить природу человека [4].

Таким образом, к предметной области исследований трансгуманистов относят в основном:

1. Технологии, способные продлить жизнь, замедлить старение, а в перспективе обрести бессмертие.
2. Технологии, радикально изменяющие способ размножения.
3. Технологии, способные усовершенствовать тело человека и его психику.
4. Технологии, способные решить проблему создания искусственного интеллекта и перемещения человеческого сознания в компьютер.

В своем развитии либертарианство на определенном этапе сливается с трансгуманизмом.

Идея, являющаяся основополагающей для либертарианства — это идея запрета на агрессивное насилие. Применение насилия допускается только в редких случаях, когда появляется угроза безопасности жизни — для самообороны. Иное насилие или вмешательство в чужую жизнь приверженцы либертарианства рассматривают, как недопустимое. То же самое применительно и к государству, которое само по себе представляет одну из форм насилия. По мнению приверженцев данной политической философии, все существующие законы должны гарантировать и обеспечивать реализацию принципа личной свободы.

Учитывая это, очевидным становится слияние трансгуманизма и либертарианства, с дальнейшим развитием уже либертарианского трансгуманизма. Причина ясна - трансгуманизм поддерживает разработку и внедрение в общество передовых технологий, способных существенно изменить жизнь человека и расширить спектр его свобод. Исходя из этого, трансгуманизм так же является противником государственного вмешательства в научные исследования.

Главным результатом этого слияния становится рождение принципа Self-ownership или принципа самособственности. Данный принцип характеризует идею того, что каждый человек – собственник своего тела, имеющий право на его неприкосновенность, и только он может распоряжаться своим телом, а любое воспрепятствование реализации этого права является нарушением гражданских прав и свобод.

Таким образом, согласно основным принципам либертарианского трансгуманизма, каждый человек имеет право на любые изменения и усовершенствования физического тела, то есть на осуществление различных бодимодификаций.

Совершенно ясно, почему этот принцип получил большое распространение в период глобализации. За последнее столетие, спектр прав и свобод людей во всем мире значительно расширился. Общество столкнулось с совершенно новыми проблемами, требующими для решения современных подходов и новых технологий [2]. Бодимодификации стали одним из способов адаптации личности в информационную эру, ведь теперь у людей появилось право самостоятельно распоряжаться своим телом и совершенствовать его [3].

Теперь требуется показать, почему бодимодификации можно рассматривать как механизм самоадаптации и реакции личности на вызовы агрессивной среды и почему сейчас они стали настолько популярны.

Для этого стоит разделить бодимодификации на два блока, позволяющие наглядно рассмотреть данный феномен. К первому относятся изменения внешности, а ко второму совершенствование организма.

Рассмотрим бодимодификации в контексте изменений внешности.

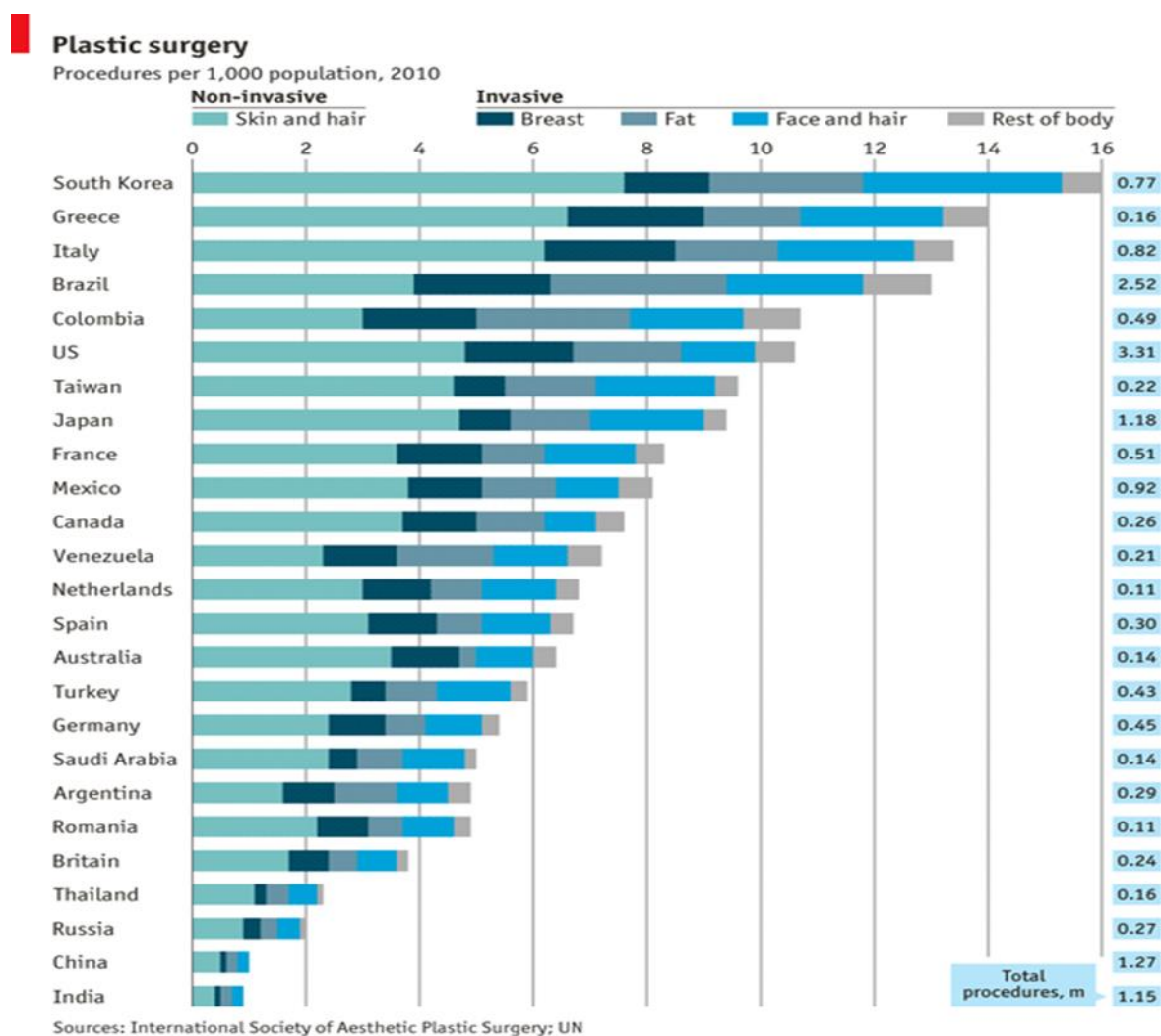
Благодаря существующему экономическому строю большую популярность получили косметологические процедуры. На рисунке 1 представлена диаграмма роста объема рынка пластической хирургии в Москве и Московской области, демонстрирующая это явление. В данном аспекте, феномен бодимодификаций рассматривается, как проблема, вызванная кризисом общества потребления, жестко диктующим определенные стандарты внешности.



Рисунок 1. Объем рынка пластической хирургии в Москве и Московской области.

Наиболее ярким примером проявления этого кризиса является популярность пластической хирургии в странах Восточной Азии. Большой рост численности населения прямо пропорционально влияет на рост конкуренции. Если раньше на конкурентоспособность оказывали влияние только наличие образования и определенный уровень владения профессиональными навыками, то теперь перечень требований стал гораздо

шире, ведь кандидатов на одно рабочее место становится больше. Особенно актуально это для сферы бизнеса и маркетинга, где сотрудники занимаются непосредственно работой с партнерами и клиентами. К сожалению, для них не последнее место занимает необходимость соответствия определенным стандартам красоты. Усугубляет ситуацию пропаганда определенного типа внешности в СМИ. Все это оказывает негативное влияние на ментальное здоровье людей и на их желание соответствовать высоким стандартам для того, чтобы оставаться конкурентоспособным и востребованным на рынке труда, и занимать достойное положение в обществе.



Ресурс: Международное общество эстетической пластической хирургии.

Рисунок 2. Спрос на пластическую хирургию в крупнейших странах мира.

Сейчас Южная Корея занимает лидирующее место в мире по количеству пластических операций. Это можно увидеть на диаграмме, представленной на рисунке 2. Помимо этого, о лидерстве страны в данном вопросе говорят цифры: 800 000 операций в год и более 300 000 иностранных пациентов ежегодно приезжают в южнокорейские клиники.

С данной точки зрения бодимодификации являются серьезной проблемой, демонстрирующей пагубное влияние СМИ на ментальное здоровье населения нашей планеты. В этом случае изменения внешности – это необходимость, вызванная желанием быть востребованным и как следствие, своеобразная адаптация к жестоким требованиям общества.

Теперь рассмотрим второй блок бодимодификаций, представляющий изменения функционирования организма.

Как уже было описано ранее, общество потребления в условиях глобализации все больше влияют на ментальное и физическое здоровье человека. Желание достичь финансовой независимости приводит к тому, что люди больше времени проводят на работе, что сказывается на их физическом состоянии. Помимо этого, растет спрос на исследования уязвимостей организма для выявления болезней на ранних сроках или же ее предотвращения.

Эти факторы ускоряют развитие новых технологий и внедрение их в медицину. Появляются новые способы повысить работоспособность и снизить общую утомляемость, сопровождающую частые переработки, выработать устойчивость организма к различным болезням и укрепить иммунную систему. Это влияет на рост продолжительности жизни. На рисунке 3 заметна положительная тенденция к росту продолжительности жизни.

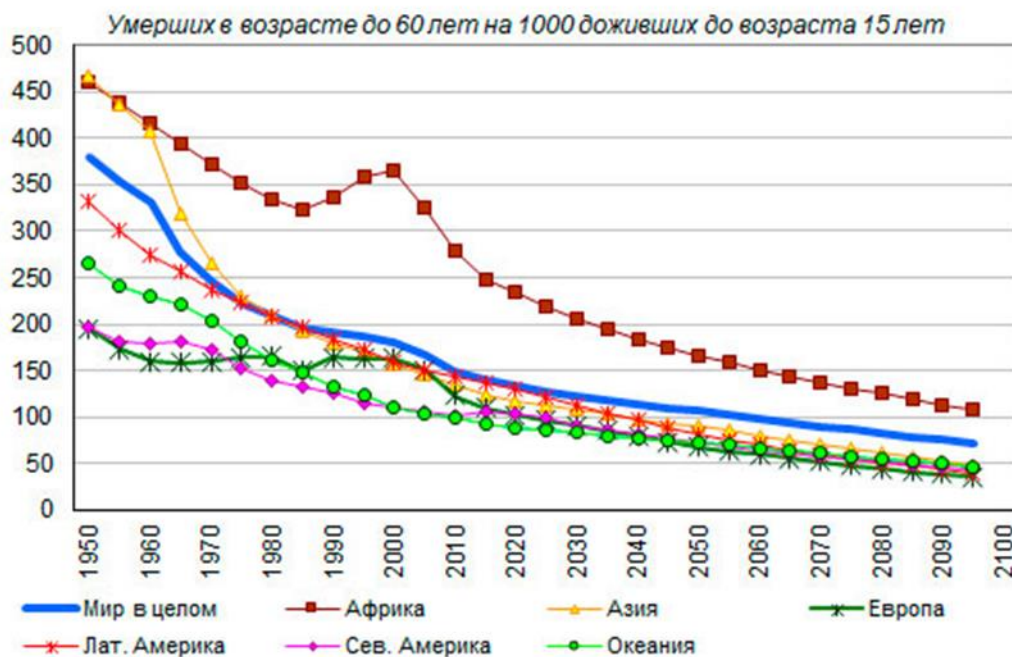


Рисунок 3. Смертности населения Земли.

Современные технологии предоставляют обществу возможность отслеживать малейшие изменения, происходящие в организме, узнавать его слабые места. Любой желающий для получения необходимой информации может сдать генетический анализ, узнать о предрасположенности к тем или иным заболеваниям, и, исходя из этого, начать вырабатывать подходящий образ жизни, который значительно уменьшит вероятность их возникновения. К тому же, заранее зная о возможном риске, упрощается дальнейший процесс отслеживания состояния и при обнаружении болезни появляется возможность заняться ее лечением на ранних стадиях.

Почему можно сказать, что данный случай тоже является примером адаптации человека к новым условиям? В описанной ситуации агрессивную среду можно сопоставить с современным миром, в котором большой процент смертности все еще вызван заболеваниями нервной или сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями. Но любому человеку свойственно желание как можно дольше сохранять здоровое тело и замедлять старение. Поэтому детальное исследование тела и дальнейшее его усовершенствование с применением передовых научных разработок тоже является своеобразной

адаптацией к условиям агрессивной среды. И чем больше появится способов продлить свою жизнь, тем больший интерес в обществе они будут вызывать.

Выводы. Проанализировав все вышеизложенное, можно сделать вывод, что в период глобализации человечество столкнулось с новыми биоэтическими проблемами, которые требуют этической экспертизы и нового подхода к их решению. Вместе с тем, благодаря распространению идей либертарианского трансгуманизма, у общества появился новый инструмент, позволяющий приспособиться к жизни в новых реалиях. Этим инструментом являются бодимодификации.

Пока возможности совершенствования тела носят довольно ограниченный характер, но не стоит исключать вероятность того, что на определенном этапе своего развития, человечеству будут доступны совершенно новые способы улучшения своего тела и возможность приблизиться к бессмертию. Очевидно, что данная проблема требует глубокого социально-философского осмысления экспертным сообществом с последующей этической экспертизой потенциальных вмешательств в человеческий организм [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чукуров А.Ю. Номо Lego: человек-конструктор (к постановке проблемы) [Текст] / А.Ю. Чукуров // Общество. Среда. Развитие. - 2016. - № 2. - С. 72–76.
2. Чукуров А.Ю. Механизмы самоадаптации личности как причины социокультурных трансформаций [Текст] / А.Ю. Чукуров // Общество. Среда. Развитие. - 2015. - № 4. - С. 116–121.
3. Чукуров А.Ю. Трансформации физического и социального тела в контексте формирования самоидентичности (к постановке вопроса) // Ярославский педагогический вестник. - 2017, № 3. - С. 268-273.
4. Bostrom N. A History of Transhumanist Thought // Journal of Evolution and Technology. 2005. Vol. 14. P. 1-25.

5. Катрунов В.А., Фахрудинова Э.Р. Этико-философские проблемы медицины. // Конфликты в современном мире: международное, государственное и межличностное измерение. Материалы V Международной научной конференции; ответственные редакторы: Ю.О. Бронниковой, Л.В. Мясниковой, Т.Г. Фирсовой. 2016. С. 244–248.

ETHICS AND DECISION MAKING ABOUT LEAVING LIFE

Pandey R.P.

Kursk State Medical Institute, Kursk, Russia

Euthanasia aka Mercy killing, is an act of stopping the pain and putting the person to painless death. This article is about the making decision in patients will (autonomy) while imposing harm to his body (non- beneficence) or prolonging the life of a patient (non autonomy) by continuing the treatment (beneficence). Because there is no specific provision for it in most legal systems, it is usually regarded as either suicide (if performed by the patient himself) or murder (if performed by another). Physicians may, however, lawfully decide not to prolong life in cases of extreme suffering, and they may administer drugs to relieve pain even if this shortens the patient's life. In the late 20th century, several European countries had special provisions in their criminal codes for lenient sentencing and the consideration of extenuating circumstances in prosecutions for euthanasia

This topic is relevant because of the changing laws in various countries about the same, it is very important to decide the terms and conditions or whether active and passive euthanasia must be considered or not considered at all.

The first nations that legalized euthanasia were Netherlands, Belgium in 2001 and 2002 respectively. South Korea in 2009 recognized the right to die with dignity for a brain dead woman on request from her family.

Socrates, Plato and Stoics believed in euthanasia as morally permissible while the same is rejected in Christian belief the movement to legalize euthanasia begun in England (1935).

The potential of modern medical practice to prolong life through technological means has provoked the question of what courses of action should be available to the physician and the family in cases of extreme physical or emotional suffering, especially if the patient is incapable of choice. Passively doing nothing to prolong life or withdrawing life-support measures has resulted in criminal charges being brought against physicians; on the other hand, the families of comatose and apparently terminal patients have instituted legal action against the medical establishment to make them stop the use of extraordinary life support.

The goal of this research is to find out if euthanasia should be legalized all over or should it be banned and why so, for this we made a questionnaire consisting of various questions related to the gender age nationality profession and their thoughts about it, there were 55% female and 44% male in which 33% were medicos while others were non medicine related, 55% were of age more than 25 and 44% with age less than 25, 55% were in favour of euthanasia while 44% said it should be banned, 66% said it is banned in their country while 33% said it was legal in their country.

While some people had no idea when should it be legal while others said it should be legalized for terminally ill patient , or for penile fracture, coma patient and cancer patients. According to our knowledge there thinking may be related to their personal experiences and losses, because penile fracture can be cured but if the person feels they should be killed before the treatment, they may be coming from such history of continued sufferings that led them to believe if it happens we should go for euthanasia. Those who do not have any idea maybe have never faced any such circumstances to lead to any conclusions.

When asked about their owns views about euthanasia, some people had no views while some believed that it will stop the sufferings of the patient and their family and to let the patient live with dignity to stop unnecessary pain, while some

said that everybody dies in the end so let them die without pain and sufferings. According to the research 55% want to legalize euthanasia but there are still 44% who believe it should not be legalized, so it becomes very important and essential to decide whether to make it legal or not because almost half of the population still wants to save their patients at any cost, at any suffering.

Conclusion:

According to the report we led to this conclusion that there should be made several parameters and guidelines according to which decisions should be made as to go on with euthanasia or to not attempt it.

The parameters may include the patients age, the patients consent considering their state of mind , the family's consent or their suggestions for the same, the patient's condition , the contribution of the patient to the world or society if it is a very important person , their life must be saved if it saves the world.

The Doctor's decision at the end if he/she thinks it will be good to save or stop the sufferings of a patient.

This work can also be done by surveying throughout the hospitals taking record of the grave patients and interviewing there family and knowing from the point of view of patient and their family ass well as their doctors apart from the rest of the population.

REFERENCES

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/088539249190058C>
2. <https://www.britannica.com/topic/euthanasia>
3. [https://irispublishers.com/accs/fulltext/ethical-consideration-of-euthanasia-for-people.ID.000536.php#:~:text=Making%20Decision%20on%20the%20Best%20Option&text=The%20acceptance%20of%20active%20and,patient%20will%20\(not%20autonomy\).](https://irispublishers.com/accs/fulltext/ethical-consideration-of-euthanasia-for-people.ID.000536.php#:~:text=Making%20Decision%20on%20the%20Best%20Option&text=The%20acceptance%20of%20active%20and,patient%20will%20(not%20autonomy).)
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311376/>
5. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/182951>

6. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-reques>
7. <https://www.healthline.com/health/what-is-euthanasia>

THE DYNAMICS OF ABORTION IN NIGERIA; ANALYSIS AND REASONS FOR ABORTION IN NIGERIA

Abbass A.I.

Kursk State Medical Institute, Kursk, Russia

Relevance. The relevance of this paper is to analyze the dynamics of abortion in Nigeria.

Research Purpose. The purpose of this research is to evaluate on the main and different reasons for the need of abortion, how the restrictive abortion laws are affecting the population, to analyze how the general population of Nigerians perceive abortion generally and the stigmatization that comes with abortion, the impact the government and religion has concerning abortion and the knowledge of contraception and availability of contraceptive methods to females in Nigeria.

Materials and methods. A systemic and an electronic search of the database of PubMed (NCBI) was used, this data base was used because it is the widely used database for researches, the search result was narrowed down by selecting studies in humans that are published in English using the terms “abortion” and “Nigeria” and the results showed 67 results according to relevance and the first 30 were reviewed. As well as a survey carried out in form of questionnaires with 142 participants both males (19%) and females (81%) all were Nigerians except for 3 between the ages of 15 years old and above.

Result. Just like many other countries abortion is illegal unless medically indicated or necessary. The very restrictive abortion laws put a risk to both the woman and the person carrying out the procedure with up to 7-14 years imprisonment depending on which part of the country they are in Abortion can either be induced or done voluntarily to terminate a pregnancy, in as much as

abortion is illegal in Nigeria it is frequently carried out in different parts of Nigeria both legally and illegally which leads to several ethical, moral and religious debates as well as complications with the most common being sepsis, different studies have shown that about 30% of maternal mortality is due to induced abortion in Nigeria. According to a study Nigeria is the number one African country with the highest number of females being treated for pregnancy termination complications in and fourth worldwide. Females seek abortion for many reasons which could be due to either maternal and or fetal reasons abortion can also be spontaneous or induced. Reasons for spontaneous abortion include fetal abnormalities, maternal infection and other reasons that could be known or unknown reasons while induced abortion could be due to medical reasons threatening the life of the mother or if the fetus is no longer viable, the main reason for induced abortion is the failure of use of contraceptive, failure of contraceptive methods itself or lack of knowledge of contraceptive method. Due to how one is liable to consequences or not being able to speak about their unwanted pregnancies illegal or otherwise known as unsafe abortions are carried out either by the person carrying the unwanted pregnancy taking mixed herbs or other concoctions as well as shoving up unsafe and unsterile objects into their uterus all in desperate need to terminate the pregnancy before its impossible for it to be hidden or because they know no one will actually perform an abortion legally for fear of being liable to felony, or by seeking help from a second person that is highly experienced or not either in a hospital, at home or in a hidden place that is more likely unsterile using drugs or even surgical manipulations that can be fatal to the life of the patient. According to world health organization six out of ten unwanted pregnancies end in abortion which is usually an induced abortion. According to a study teenagers and females in their twenties who are single unemployed and without a formal education seek abortion and are likely to have not used any form of contraception or and have no knowledge of any form of contraception, some of them try to induce the abortion themselves at home using different methods and they end up in the hospital due to an incomplete abortion and most of the times leading to

complications and even death. Moreso, the fear of being scrutinized due to the laws belie norms and religious reasons, the fear of being labelled as someone that got a child out of wedlock or just being pointed as the seeker of abortion leads to self-induction of abortion through unsafe methods. Nevertheless, married and educated females do also seek abortion with the reasons of not wanting to put a halt in their education, not needing any more children either at the moment or ever, or not being supported by their families or the owner of the child denying paternity. The result of the questionnaire yielded that most of them believe the main reason females do abortion is due to unwanted pregnancies especially out of wedlock so as to avoid stigmatization, scrutinization and bringing shame to their family, 29.6% are in support of abortion and the remaining 70.4% are not, 23.2% of them believe that everyone should have an abortion when they want to and 76.8% of them believe that not everyone should have an abortion when they want to, 85.2% know what the term contraception is 14.8% have no idea and out of them contraceptive methods are readily available to 54.9% and not to 45.1%. Some of the ones that supported believe it's the person's body hence it should be their choice to abort at any point and any given circumstance, some also believe they can't control other people's lives, if a woman doesn't want to have a baby, then she should not, while some of them supported only if its medically necessary or if it is as a result of rape and some believe if you can't take care of a child either physically or financially one should abort. As for the ones that don't support, they mainly comprised of religious reasons some considered it as a form of irresponsibility, murder, crime and it endangers the human species and strongly stand by the restrictive laws, others do not support because of how it could harm the person it's been performed on HealthWise. Some belie it is just "unacceptable" and some have no reason they just don't support abortion. When asked to give an unbiased opinion on abortion most of them believe it's totally wrong and it should not be legal or encouraged because it is murder, poses a threat to the health of the person carrying the pregnancy and many people will abuse the opportunity, others believe that people should use contraceptive methods to avoid unwanted pregnancies, others believe

that abortion is not murder and hence it should be legalized, some believe every child should have a chance at life and that should not be decided for him or her just because they cannot talk.

Conclusion. It is apparent that the world view of abortion is still highly debated upon worldwide, we see that the government and religion have very important roles and effects upon the decision and law imposed on Nigeran citizens in regards to abortion, with all things being equal we have to be attentive that abortion is not just a black and white situation and discussion, be it spontaneous or induced. We have seen that perhaps there is high need for education of the girl child at different levels, formal education including sex education as well as education and awareness to the population at large on the use and different methods of contraception and adoption options amicably. It is no secret that many females can't handle being parents at a very young age because they themselves are still kids and they need to be taken care of and they should be, they should be educated on all levels at a very tender age especially in a country with strong restrictive abortion laws especially if the restrictive rules are not going to be changed or modified or amended. Similarly, some can't stand being parents as a result of being raped or not having the mental capacity or capability and as such these particular people should perhaps be put in consideration. Awareness of different methods of contraception as well as availability of these methods should be discussed and distributed to the population at large.

REFERENCES

1. Oluwatosin Wuraola Akande, Adedire Timilehin Adenuga, Ifunanya Carista Ejidike & Anuoluwapo Adenike Olufosoye (2020) Unsafe abortion practices and the law in Nigeria: time for change, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:1, DOI: 10.1080/26410397.2020.1758445
2. Bell SO, Omoluabi E, OlaOlorun F, Shankar M, Moreau C. Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2020 Jan

7;5(1):e001814. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001814. PMID: 32133166; PMCID: PMC7042592.

3. Ojo IE, Ojo TO, Orji EO. Why do married women procure abortion? Experiences from Ile-Ife, south western Nigeria. *Afr Health Sci.* 2021 Mar;21(1):327-337. doi: 10.4314/ahs.v21i1.42. PMID: 34394314; PMCID: PMC8356588.

4. Katz AJ, Ramirez AM, Bercu C, Filippa S, Dirisu O, Egwuatu I, Nmezi S, Palmer L, Baum SE. "I just have to hope that this abortion should go well": Perceptions, fears, and experiences of abortion clients in Nigeria. *PLoS One.* 2022 Feb 7;17(2):e0263072. doi: 10.1371/journal.pone.0263072. PMID: 35130269; PMCID: PMC8820635.

5. Magalona S, Byrne M, OlaOlorun FM, Mosso R, Omoluabi E, Moreau C, Bell SO. Contraceptive Use Before and After Abortion: A Cross-Sectional Study from Nigeria and Côte d'Ivoire. *Stud Fam Plann.* 2022 Sep;53(3):433-453. doi: 10.1111/sifp.12208. Epub 2022 Jul 20. PMID: 35856923; PMCID: PMC9545736.

6. Oginni A, Ahmadu SK, Okwesa N, Adejo I, Shekerau H. Correlates of individual-level abortion stigma among women seeking elective abortion in Nigeria. *International Journal of Women's Health.* 2018;10:361-366. DOI: 10.2147/ijwh.s143388. PMID: 30034257; PMCID: PMC6047614.

GLOBAL BIOETHICAL PROBLEMS OF THE 21ST CENTURY

Rajkumar D.S.R., Nurul Hanis Ameera B.N.H., Korekar K.P.,

Simonova Z.G., Koklina N.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Relevance. The changes in our world are having a direct impact on the healthcare system. The 21st century has the most advanced medical technology compared to any previous century, but it also has unique problems that make it necessary for healthcare to adapt [1] which alarms questions about medical ethics

worldwide, which made us to address some of the global bioethical issues in the 21st century [2].

The Purpose of The Study. To broaden the horizon of doctors and future medical expatriates in understanding current problems that we are currently having and what are the goals in order to come up with a solution that can benefit the whole human population towards a better living. We are keen to see and develop what are the thoughts of our participants in our research as we can analyse them and take examples of what we can improve better in the medical world. We should also take charge that our health is closely linked to natural resources and affected by our access to water, climate change, temperatures that allow us to function normally, etc. One major challenge is pollution - in other words, the relationship between the abuse of natural resources and our health.[3] Our future will be at stake if we don't manage and discuss the following problems that may lead to a bigger cause. Hence, this will open up the small roots on how we are getting the problems to be ensured monitored and safely to find good solutions to help per based in their area sections as I mentioned below.

Materials and Research Methods.In this research the survey research (open-ended questions) methodology was used to describe the research that we are conducting to see various answers come from different continents of doctors that we can apply in our working environment that may help us in finding better solutions. A number of materials were collected to fulfil the information provided in this study to provide current and up-to-date information collected to create the best possible assessment.

According to the research that has been conducted by us, we have few sections that we would like to elaborate on it:

Section A: Overview in Abortions & Women Problems

Section B: Overview in Euthanasia

Section C: General & Confidentiality Of Patient

Section D: Overview in Physicians' Opinion

Section E: Overview in Medical Related Issues

Based on each section, we have an overview that corresponds towards the finding that we are currently achieving.

The approaches using just a few essence components which are:

1. To understand among doctors and younger generation in medical sector how do they perceive abortions & women problem in current era.
2. To investigate and find out what are the causes and how to intercept the main problems in euthanasia in our profession.
3. The challenge in understanding general medical problems & how to deal with patients' confidentiality.
4. What are the physicians' opinions regarding some issues that have been a long time in the medical sector & related issues how to solve it?

Research Results. Based on the questionnaire we developed, we have doctors from various countries that have stated their opinions regarding these medical issues. They are from Asia, Africa, Latin America and Russian Federation. These doctors have expressed their heart-felt gratitude's during answering their questionnaire which was provided by us. According to our section A, which are the overview in abortions & women problem, I can conclude that the doctors all agree that abortions are mainly religious reasons and it is not correct to perform abortion on handicapped born or with down syndromes'.

We also asked why many women in 21st century do abortions, so according to the doctors these women are lacking in sex education & did not fully understand the concept of using contraceptives. In our section B which is the overview in euthanasia, I can conclude that doctors agreed that doing it is killing mercilessly that will lead to immorality & disappearing of the nation. These doctors agree that giving consent of euthanasia while they are in correct state of mind is not a good decision. Our section C which is the general & confidentiality of patients, the doctors have said that being empathy, comforting and most important is being honest when telling a patient if they are diagnosed with a serious or terminal disease can help a doctor in being a much better understanding one. The limits of patients' confidentiality are disclosed when they are facing legal, criminal cases, or

it should never be closed because it might affect their family and close ones. But it should always be disclosed if it's beneficial for the patient's health & life. In Section C & D which are overviews in physicians' opinion and medical related issues, it is always a different view per each doctor but in a nutshell all these doctors have one same root which is the priority of the patients' health & life always to be their main concern.

Conclusions. Based on the research, I can conclude that problems that occur in bioethics and global challenges of medicine in the 21st century are very wide and we can lead them by restructuring & spreading awareness to eradicate bad problems and bad views in order to help more patients to overcome them. Most of the questions which we popped-up have given a new fresh start in order to restrain negative impact towards the problem whenever they arise.

Although the correlation has highly impacted our society, we can always opt in giving good contributions towards the society and always try our best as physicians. Every now and then, physicians all around the world have been working hard in achieving many new successes such as new medication, new vaccines and etc. The more we are instigating effort in finding more solutions, the more of the fruitful will help us garner good efficient methods in the healthcare system.

Some factors may be minor changes, but together we can always improvise new methods and technologies to create a better future for future generations and a new era for future generations.

REFERENCES

1. Western Governors University, W.G.U. (2021) *21st Century healthcare challenges: Medical trends*WGU, Western Governors University. Western Governors University. Available at: <https://www.wgu.edu/blog/21-century-healthcare-challenges-medical-trends1903.html#close> (Accessed: November 29, 2022).

2. Placencia, A. (2019) *Global health challenges in the 21st Century - blog, ISGlobal*. Available at: <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/siglo-xxi-los-retos-de-la-salud-global/91046/0> (Accessed: November 29, 2022).

3. E. R.B.C. *The new confidentiality for the 21st century in a managed care environment, Social work*. U.S. National Library of Medicine. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10348698/> (Accessed: November 29, 2022).

ETHICS OF USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE

Umar M.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific supervisor: PhD Simonova Zh.G.

Relevance. Artificial intelligence denotes any machine, especially computerized systems that are capable of behavior requiring human capabilities or intelligence. The term was neologized in 1955 by John McCarthy explaining it as the science and engineering of making intelligent machine [1]

In this era, the application of Artificial intelligence (AI) in our everyday life is an indisputable fact, from business to leisure activities, from travelling to healthcare. With the rapid increase of AI in healthcare in different fields and varying purposes ranging from admission, diagnostics, treatment, patient care, rehabilitation and prevention, it is necessary to study and address the ethical issues related to AI use in healthcare.

According to Precedence Research, the global AI in healthcare market value of US\$ 11.06 billion in 2021, is expected to hit around US\$ 187.95 billion by 2030.[2] Moreover, it was observed in the aforementioned research that, the largest market for AI is observed in North America accounting for 58%, while the fastest growth is in Asian Pacific region. A recent survey by Optum shows the implementation of AI in 83% of healthcare organizations, in addition to plans of

implementation by a further 15%. [3] AI can facilitate human work in different areas of healthcare and the benefits have been proven in areas such as administrative work, virtual assistants, clinical decision support, image analysis, robotic surgery, digital health applications; mobile sensors, wearables, rehabilitative care, drug discovery and genetic testing, etc. [4]

The extent of development of AI has led to the fear that machines will soon control humans and humans will be replaced, necessitating the study of ethical dilemma between AI and patients.

The purpose of this research is to identify potential ethical issues in relation to the 4 main principles of ethics; Principle of beneficence, of non-maleficence, respect for autonomy of the patient, and principle of justice. It also focuses on the major rules of bioethics such as the rule of confidentiality, informed consent, and truth-telling.

Methods and materials. The research used the survey method through an anonymous questionnaire provided on Google Forms and statistical analysis of the procured results. The questionnaire consisted of 22 questions grouped into 4 sections based on the 4 main principles and main rules of biomedical practice. The survey was carried out from November 14 till November 27, 2022, to know the viewpoints of the public about the use of AI in healthcare. The 133 respondents that took part varied in age, and profession making the audience wide and broadly ranged. All participants were informed about the anonymity of the survey, the aim of this study, and their consent was taken. Participants were able to complete the survey only once and could terminate at any time they desired. Anonymity and confidentiality of the data was ensured while organizing and analyzing the results obtained.

Results and Discussion. Out of the 133 participants, 58.6% were females and 41.4% were males. The age groups varied from 18 years to 74 years old, with maximum participants being 26-year-old (19.5%). Most participants were students. However, doctors, nurses, lawyers, IT workers, accountants, environmental conservationists, administrative workers, managers, forensic analysts, officers,

engineers, designers, watersports workers, researchers, teachers, butlers and customer service agents also responded to the survey. Thus, the majority respondents (48.9%) had minimum level of education of a degree, 33.1% of High School and others such as Master's degree by 6.8%. Out of the 133 participants, 66.9% knew about artificial intelligence being used in health care, while the other 15% did not and 18% were not sure about it.

The first section of the survey was based upon the principle of beneficence. When asked if the participants believed that AI would benefit them as a patient, 62.4% responded “Yes”, 24.1% “Maybe”, 12% “Not sure”, and 1.5% as “No.” To the question of if AI promotes wellbeing 62.4% responded “Yes”, 19.5% “Maybe”, 15% “Not sure” and 3% “No”. The next question about the effectiveness of AI over a doctor, 54.1% answered “No”, 24.8% “Not sure” and “Yes” only by 21.1%. When questioned about an AI being able to provide emotional support or humane care 59.4% refuted this belief, 25.6% answered “Maybe” and 12.8% acknowledged this ability while 2.3% were not sure. The improvement of healthcare provided by AI was recognized by 63.2%, 27.8% responded “Maybe”, 6% were not sure, while 3% denied this belief. The last question in this section was about the preference to be treated by an AI or a doctor, out of which 67.7% preferred a doctor, 18% believe that it does not matter, and 10.5% are not sure, while 3.8% chose an AI. Thus, from Section 1, I was able to conclude that AI attain the principle of beneficence, as most participants believe AI enhances and improves the healthcare when provided in conjunction with a doctor.

The second section of the survey focused on the principle of non-maleficence. The possibility of the use of an AI for malicious purposes was agreed by 65.4%, 21.8% replied maybe, 6% were not sure, and 6.8% disagreed. When asked about the possibility of AI making an erroneous decision, 56.4% affirmed the possibility, 9.8% rejected the possibility, 26.3% answered maybe and 7.5% were not sure. According to majority (64.7%) opinion, the responsibility of the decision for the mistakes made by an AI should be taken depending on the contribution level of each party leading to the mistake, 21.1 % believe that the

hospital must take responsibility, 3% believe the AI should, 5.3% feel that the AI developer should, and others responded with either not sure, AI manufacturer, or Doctor. The next question regarding whether the participants fear being treated by an AI, 38.3% admitted fearing such treatment, while 35.5% are not fearful of being treated by an AI, and 26.3% felt they were not sure. Hence, I could conclude from section 2 that, the use of AI does not concede with the principle of non-maleficence as it can be used to harm the patient if used incorrectly for which different parties can be held responsible according to their contribution level. Nonetheless, the possibility of hacking an AI to breach confidentiality and privacy could be minimized with enhanced security thus reducing the breach of this principle of bioethics.

Section three of the survey was designed around the principle of respect for autonomy of the patient and the rules of confidentiality, privacy, informed consent. The security and confidentiality of sensitive data when using an AI was disputed by 35.5%, 18% agreed, 32.3% answered “Maybe” and 14.3% were not sure. 80.5% of the respondents believe that there is a risk of an AI being hacked and leakage of sensitive data, 9.8% replied maybe, 4.5% do not believe so and 5.3% are not sure. Although 85.7% believe that they should give informed consent to the use of AI in diagnostics (e.g.: to read an X-ray or CT) or in treatment (example robotics in surgery), 9% do not, and 3.8% feel maybe they should and 1.5% are not sure. Regarding affection of the sense of dignity of the patient by using an AI in their care, majority (62.4%) are of the opinion that it does not affect them, 12% feel that it does, 12.8% think that maybe it will and the rest 12.8% are not sure. Accordingly, I was able to summarize from this section that the use of AI does not attain the principle of respect for autonomy, the rules of confidentiality and privacy in spite of the fact that informed consent and dignity is maintained.

The fourth section of the survey was centered on the principle of justice. The risk of bias with the use of AI was denied by the majority (42.9%), 24.8% assume the possibility, 26.3% recognized this risk while 6% are not sure. When questioned about the human bias due to the cost of the more effective AI, 44.4% agree, 28.6%

feel that it may be present, 18.8% are not sure and 8.3% disagree. Most participants (43.6%) consider that it is unethical or immoral that higher income countries can afford AI use in healthcare while lower/middle income countries are unable to, although 30.8% deemed it ethical, and 25.6% are not sure. Consequently, the data from section 4 shows that the principle of justice is unrecognized with use of AI.

Conclusion. The limitations of the research work are due to the small scale of study population, hence further research in larger populations with correlation between education level, social status, age etc., can be found. Additionally, due to the novelty of AI technology, some participants may not have been fully informed on the subject. Another limitation was due to the personal nature of questions; thus, some dishonesty may be present in the answers. In addition, the duration of survey was limited, while the digital format did not allow to reach a wider range of population such as elderly.

In spite of the fact that there is scope for application of AI in healthcare, regarding the ethical aspects we are yet at the start of the journey. The ethical issues related to the use of AI in healthcare exist the same way it would for any other new technology or advancement. However, the dilemma exists due to the increased efficacy, accuracy and benefits with the use of AI and the existence of issues of confidentiality, privacy, maleficence and bias. The idea of a bioethical AI “Delphi”, to solve this issue has been proposed and is being currently tested out which can be trained in making moral decisions in different situations. [5] It is beyond doubt that we see further advancement in AI technology every day. Thus, it is clear that we will find a solution to these ethical issues and AI shall play a huge role in healthcare.

REFERENCES

1. Aggarwal, K, J. Has the Future Started? The Current Growth of Artificial Intelligence, Machine Learning, and Deep Learning/ Iraqi Journal for Computer

Science and Mathematics// Mijwil. M.M, Sonia, et al. - Vol. 3 No. 1 (2022) p. 115-123. URL-<https://journal.esj.edu.iq/index.php/IJCM/article/view/100/139>

2. Precedence Research. Artificial Intelligence in Healthcare Market Size to Hit US\$187.95 Bn By 2030/ GlobeNewswire. URL-<https://www.globenewswire.com/en/news-release/2022/04/11/2420243/0/en/Artificial-Intelligence-in-Healthcare-Market-Size-to-Hit-US-187-95-Bn-By-2030.html>

3. Kent. J/ Over 80% of Health Execs Have Artificial Intelligence Plans in Place/ HealthITAnalytics/ 2020. URL- <https://healthitanalytics.com/news/over-80-of-health-execs-have-artificial-intelligence-plans-in-place>

4. Bohr. A, The rise of artificial intelligence in healthcare applications/ PubMed. URL- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325854/>

5. Klugman. C.M, Rise of the Bioethics AI: Curse or Blessing? / The American Journal of Bioethics. Volume 22,2022-Issue 7. URL-<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15265161.2022.2075056>

SOCIAL DISTANCE AND MASK IMPLEMENTATION IN THE SCENARIO OF THE COVID-19 PANDEMIC

Ritter Paes Da Costa Nicholas

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific supervisor: PhD Simonova Zh.G.

Abstract. From the perspective of bioethics in communal health, this paper attempts to reflect on the measure of social distance and mask implementation in the scenario of the COVID-19 pandemic. This reflective study explores the tension between individual freedom and the respect for social distance and mask using as health measures, using a google form questionnaire to illustrate the issues at stake and add to the discussion. In order to identify components that can direct the decision-making process, the issue was examined from the perspectives of social bioethics and pragmatism. The emphasis is placed on the State's duty to ensure

health and illness prevention and that bioethics is useful for user and healthcare professional contemplation. Risk to the general health is advocated as being more important than individualism.

Introduction. The SARS-CoV-2 virus is the infectious disease known as COVID-19 or coronavirus disease. Most virus-infected individuals will experience a minor to severe respiratory disease but will heal without the necessity for special care. Nonetheless, some patients will get serious illnesses and need medical care. Elderly people and people with underlying medical conditions including cancer, diabetes, heart disease, or chronic respiratory problems are more likely to experience serious illness. Anyone can become gravely ill from COVID-19 or pass away from it at any age. The greatest way to prevent or slow down transmission is to educate the population about the condition and mode of virus spread. The infection can be avoided by maintaining not less than one meter between people, wearing a mask that fits properly, often washing the hands, or by using an alcohol-based rub. The virus can be transmitted from a person's mouth or nose in tiny liquid particles when they speak, sing, sneeze, or cough. These particles range in size from big respiratory droplets to microscopic aerosols. It's crucial to follow the respiratory protocol, such as coughing into a bent elbow, and to isolate oneself by staying at home [1]. Bioethics has been a significant resource for the decision-making process and for the resolution of ethical issues in the context of health practices. One of these conflicts in the present situation has been the tension between upholding the advice to preserve social distance and masks publicly in order to manage the COVID pandemic-19 (awareness of collective care) and individual liberty (awareness of personal care). As a result of the advice to avoid social distance and mask using, the autonomy to arrange one's personal and social life in accordance with one's own preferences and convictions is constrained. By promoting considerations on how to guarantee values like accountability, openness, and trust, which need to be carefully considered by government authorities, this approximate relationship between bioethics and collective health might influence decisions in the pandemic environment. From the standpoint of

bioethics in communal health, this study intends to reflect the measure of social distance and mask using in the Covid-19 scenario.

Methods. Is it ethical to enforce social distance at the expense of individual freedom in order to contain the COVID-19 epidemic, according to this reflective study? This article was created using my own personal reflections, surveys conducted among medical students that studied bioethics and collective health, and information from online sources such as WHO to serve as examples and inform the reflection.

The survey was conducted via Google forms in November 2022. It was answered mainly by medical students between the age of 20-29 but there were some older and younger candidates, considered representative of what we want to show: the restriction of freedom of people with a positive diagnosis of covid-19. The questionnaire was analyzed and weighted based on the bioethical principles.

Results 99.1% of the 111 responses to the survey were provided by medical students. In 86,5% of the responses, the students' ages ranged from 20 to 29. The majority of the answers (61.3%) were from females. Brazil had the highest response rate (38,7%), followed by Sri Lanka (31,5%), India (13,5%), Nigeria, Thailand, and Russia. 98,2% of answers to the question "In your opinion, is social distance the oldest and most successful way for managing the pandemic? (Before the development of COVID vaccinations)" said yes. Is it reasonable to impose limits at the expense of personal freedom in order to control the COVID-19 epidemic? 95,5 percent of students responded "yes" to the question. Should the debate about medication limitations during a pandemic take place in what areas of society? There were 4 responses: "government with less than 1%," "both government and health care provider" with 75,7%, "general public (all)" with 11,7%, "among health care providers" with 11,7% as well. Regarding the query, "In your opinion, should there be different restrictions for various social classes? (Poor, Middle Class, Rich) since it may be simpler for some to comply. A majority of respondents (83,8 percent) said "yes." Furthermore, in response to the question, In your perspective, benefits to the group must surpass potential burdens or harm

to individuals? 90% of the students selected "yes." In response to the question, "Do you believe that the State should take extreme actions, even if they violate human rights, when there are widespread hazards to public health?" Yes was the response given by 91% of the students. When given the choice between two possibilities " Should the values of justice, beneficence, and non-maleficence be applied without question in the realm of public health?" or "must be performed unless it conflicts with another obligation of equal or greater force? " 88,3 percent of the students selected the second choice. 96,4% of students felt employing masks was an effective strategy, while 69,4% stated it took some getting accustomed to. If there hadn't been a worldwide pandemic, according to 80% of the students, they wouldn't have agreed to the COVID limits. In response to the question, 89% of students said that people over 45 should be subject to the limits.

Discussion. As the survey demonstrates, the students think that even after centuries of use, social distancing measures remain a primary public health intervention tool in the twenty-first century due to their ability to limit disease spread. According to studies to reap the greatest benefits from this behavior, these measures must be planned and implemented at the start of the epidemic. In situations like this, society begins to behave abnormally, and political measures that would never be considered outside of this context are considered [1].

A study demonstrated that the early implementation of social distancing measures and class suspension influenced the course of transmissibility, resulting in fewer deaths from covid-19 in certain countries. In Singapore, South Korea, and Japan, immediate social distancing, rigorous case management, and mass diagnosis all worked together to stop the virus's spread [2].

Students too answered that it is reasonable to impose restrictions at the sacrifice of personal freedom in global pandemics. Individual liberties, autonomy, self-determination, and collective interest are all important concepts. Individual freedoms are understood to be the fundamental principle of adult humans, and power can only be exercised by right over any member of a civilized community

against his will in order to prevent harm to others. That is, each individual must be free to choose his or her own fate as long as he or she does not harm others. A conclusion too given by the students.

The term "autonomy" refers to self-government, and individuals must be able and free to act intentionally in order to be autonomous, that is, to make their own choices. Personal autonomy is defined as self-governance without interference or control from others. A person who has autonomy is capable of making decisions about his life, health, physical and mental integrity, and social relationships based on his expectations, needs, priorities, beliefs, and values.

In contrast, self-determination refers to a set of behaviors and skills that give people the ability to act intentionally in relation to their future. This requires the individual to rely on four fundamental premises: autonomy, self-regulation, psychological empowerment, and self-realization. When considering social distancing, consider the conflict of interests between the individual right to self-determination and the need for cooperation, which supports the logic of reducing the contagion curve by covid-19[3].

Should the discussion about covid restrictions during pandemic be held in what spheres of society? According to the medical students it should be a joint effort between government and health care providers. COVID-19 public health messages were inconsistent and rapidly changed. Many people have called for a centralized source of expertise to guide crisis responses. However, with different advice from the federal, state, and local governments, as well as international organizations, "listening to the experts" was not an easy task. In uncertain situations like the COVID-19 pandemic, biomedical and public health experts contribute facts as well as their own risk assessments to our collective thinking and decision making. But health workers alone can't lead the society.

Other point that is important is that should the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice be applied blindly in the public health field? Or must be performed unless it conflicts with another obligation of equal or greater force? The second one was chosen by most of the students. And

indeed, bioethics comprises four widely disseminated principles - autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice - that are designed to address issues that arise among individuals but that cannot be implemented blindly and closely in the public health sphere due to their loss of social and collective specificity. These principles must be followed in pandemics, but they take on new meanings in this setting. Their application can be viewed as a *prima facie* obligation, which means that it must be met unless it comes into conflict with some other obligation of similar or greater strength.

These principles can come into conflict mainly in the context of collective actions, like social distancing initiatives. For instance, if the person with covid-19 opts to go out on the street, endangering public health, causing suffering to others, and unnecessarily demanding the consumption of limited resources such as intensive care unit beds, his autonomy is now in conflict with the interest of collective safety, because maintaining individual autonomy implies a significant danger for the entire community. In this approach, when the general welfare is at stake, the collective interest takes precedence over the self-interest, as demonstrated by the pandemic, in which the rigid restraint of individual liberties may be justified depending on the advantage to the individual or the general public [4].

Although the Universal Declaration of Human Rights protects civil liberties, large-scale challenges to global health may involve extraordinary State measures. To be prudent, the benefits to the group must outweigh the possible burden or harm to individuals. Thus, whenever conceivable, social distancing should be voluntary, and when that is not possible, it should be implemented using the least disruptive means available.

For last the students stated that restrictions should be different for different social classes and the ethical problems innate in public health practices can't be adequately equated with the principlialist model, which is better suited to discussing clinical bioethics conflicts. In turn, social bioethics, which emerged in

Latin America in the 1990s, considers socioeconomic vulnerability issues such as lack of access to health care, social isolation, hunger, and crime.

The state's measures must consider the territory's various vulnerabilities. Thus, the differences and inequalities between different population groups must be considered, both to comprehend the difficult situation that everyone is in and to collectively consider ways to combat the epidemic. Health organizations highlight actions that the government can take, such as housing homeless people who require isolation in appropriate properties and providing gel alcohol and hygiene products to vulnerable people.

Conclusions. The conflict of principles between common good (via social distancing measures) and restriction of personal autonomy creates space for bioethical reflective thinking and an environment favorable to discussing and improving care practices. Risks, misjudgments, and accomplishments are all part of the decision-making process during a pandemic. There is no absolute correct solution to these problems, and the most reasonable strategy is to find a solution that the population understands and accepts.

At last, a few bioethical considerations for all characters involved in the health production process during a pandemic are addressed:

- Users must be able to evaluate the extent to which their decisions may harm others or society, because freedom requires responsible citizens who understand the outcomes and consequences of their choices in life, both individually and collectively. During a global epidemic, a well-informed community is essential for the success of any coping action, that further depends on the involvement and protagonism of civilized society.
- To take good care of everybody, healthcare providers must consider scientific facts when making decisions. Primary health care professionals should guide suspected cases regarding social distancing and recognize warning signs, while also monitoring the clinical progression of such cases. It is critical to avoid reductionist bioethical readings that encourage deliberation based on a single principle.

- The government has a moral and constitutional obligation to introduce policies and coordinate appropriate emergency measures to control, overcome, and mitigate the effects of covid-19. Managers must also implement hygienic and epidemiological measures and suggest social protection strategies that have a positive impact on the health system, as their actions have the potential to save lives as well as lead to more deaths. It is also critical to improve cooperation among municipalities, states, and the Union.

Ultimately, social distancing measures are thought to be viable and successful when users, professionals, and managers are mobilized in a regime of solid and civilized cohesion.

REFERENCES

1. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257363>
2. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso 11 maio 2020];29:e20200106. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106
» <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
3. Wehmeyer ML. A functional model of self-determination: describing development and implementing instruction. Focus Autism Other Dev Disabl [Internet]. 1999 [acesso 29 jan 2021];14(1):53-62. DOI: 10.1177/108835769901400107
» <https://doi.org/10.1177/108835769901400107>
4. University of Toronto. Joint Centre for Bioethics. Pandemic Influenza Working Group. Stand on guard for thee: ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2005 [acesso 11 maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/36lzM3R>
» <https://bit.ly/36lzM3R>

ABORTION IN A WORLD WITHOUT ITS LIMITATIONS

Cheryl Tie Ee Qian,

Pierre Marco Tee Xin Xiang

Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russia,

Kursk, Russia

Scientific Adviser – Candidate of Pedagogical Sciences,

Assoc. Prof. Simonova Z.G.

Have you ever wondered how abortion came about in the world? How it has now been legalized in most countries, and now accepted as a medical procedure to be performed with skill? You probably did, but have you ever wondered, what the world would be like if the act of abortion did not have its limitations.

Pro-life or Pro-choice? It is still one of the hottest debates the world may never get over, does the mother or the child take priority? Whatever the opinion, abortion is still a medical procedure that a woman can choose to undergo. In respective countries, we have our parameters that permit undergoing this procedure and it is these guides that draws the lines between what is believed as ethical and what is not. What if we remove such controls? Will the act of terminating life be abused or will it bring more benefits that we were not aware of before.

In this article we want to analyze how limitations will affect our choices in the sphere of life creation or its termination.

Keywords: abortion, laws, baby dumping, Pro-life, Pro-choice, Malaysia, liberals, conservatives.

In Malaysia, abortion is allowed but under strict premise of saving a woman's life, her physical health or even her mental health.

There were around 90000 abortions conducted annually in Malaysia (0.01% of the entire female population).

Abortion is a known taboo in Malaysia as it is an Islamic country with its main bodies mainly consisting of Muslims. Malaysia is also a religious country therefore the discussion of abortion is controversial.

It was found out that only 47% of medical practitioners knew about the legalities of abortion as it is a common concept that abortion is not allowed at all due to religious reasons. This was done by the Reproductive Rights Advocacy Alliance of Malaysia (RRAAM).

Due to this ignorance towards abortion, there are cases of baby dumping in Malaysia. Sunday star reported that approximately nine babies are dumped monthly a year. Due to the taboo surrounding sex related topic it is uncommon for parents to educate children on sexual activities and its consequences. Curiosity comes ever so now and then and when teen pregnancy begins most times teenagers wouldn't know what to do, or even worse not know they are pregnant until in labor. Abortion being out of reach, the cases of baby dumping is prevalent among Malaysians especially those living in rural areas.

Not only that, it is commonly believed that the conception of a child is the will or blessing of Allah or God and therefore to abort a baby is a sinful action and is done so against his will. Those who undergo abortion would be viewed as murders as they believe life beings at conception. Abortion is an action that deserves punishment.

In Malaysia, under the Act 574 of the Penal Code, induced abortion is illegal, but under Section 312 an exception has been added *“a medical practitioner registered under the Medical act 1971 who terminates the pregnancy of a woman if such medical practitioner is of the opinion, formed in good faith, that the continuance of the pregnancy would involve risk to the life of the pregnant woman, or injury to the mental or physical health of the pregnant woman, greater than if the pregnancy were terminated”* .

Although an exception has been given, to induce an abortion all measures before to save a woman's life have to be considered before, abortion shall only be used as a last resort.

The mother as a victim of rape or carrying a fetus with impairments does not have the bodily autonomy to choose the life of the child. Under section 315 of the Penal code *“an act done with intent to prevent a child being born alive or to cause*

it to die after birth” is a crime as only abortion, can be carried out for “the purpose of saving a woman’s life”.

After understanding the situation about abortion in Malaysia, we should analyze on what would happen if there was a ban towards it.

In hopes of Pro-lifers to believe that the ban of abortion will cause a decrease in killing life, it also brings about the issue that women, can still get unwanted pregnancies. This would either lead a person to undergo the birth of an unwanted child or even opting for illegal forms of abortion, which includes self-harming and self-medication, overall increasing harm to a woman’s health.

What if there were no bans? What if every woman could access abortion freely. It would definitely increase cases of abortion, by that meaning, actual legal and registered cases.

It is without doubt, that if there were no bans, statistically the number of abortion cases would rise. That is due to the fact that now even of those performing illegal abortions would be legally registered. Those who have performed using home remedies or self-medication would then also be recorded causing the increase in number. As we know that the numbers which are recorded are just those of legal procedures done in hospitals without including those outside of it.

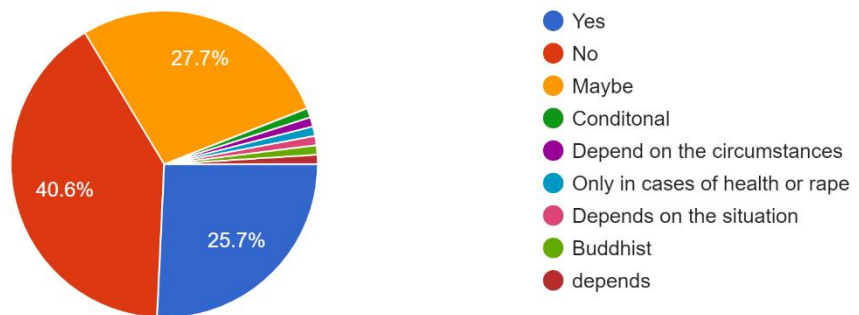
Abortion would then be treated as a form of contraceptives, rather than simpler methods such as using birth control or condoms. People would feel less responsible in their sexual activities, knowing that even without prevention, they could always opt for the “cure”. Most of the times, a pair would take preventive measures mainly for the reason of not wanting to get pregnant and if abortion could be allowed freely, ignorance would increase among the people, as contraceptives are not just for prevention of getting pregnant but it is needed too for prevention of sex transmitted diseases.

There would be a decline in the morality of the society, knowing life could just be discarded merely for the fact of “not wanting”. What used to be seen as precious life, would be seen as a choice, life would not seem so fragile, and sooner or later, pregnancy wouldn’t be as special and sacred as it once used to be.

On 16 October 2022, we decided to make a google form with questions regarding abortion. We sent the forms to friends, teachers and colleagues alike as we hope to get their opinions on abortion. Geographically classified as Malaysian, this form gives a glimpse of the opinions of Malaysians about abortion in Malaysia. We garnered about 101 responses.

Abortion is supported by around 25.7% participants in the survey. Abortion is thought as a human right by around 57.4%.

Do you support abortion?
101 responses



Is abortion a human right?
101 responses



60% respondents justified abortion with three main reasons being: threat to mother, rape and incest.

The three main reasons people thought of as common reason for abortion is unwanted pregnancy, underage and rape.

95% respondents said cases would rise, if abortion is provided without limits. Reasons being Freedom, accessibility, availability, new form of contraception, open minded generations, 5% of the respondents said cases would stay the same, as nowadays generations are more educated in the form of contraceptives and the risks of abortion and how people only abort for justifiable reasons mostly.

Finally, we decided to make a situation about abortion and ask for opinions of the respondents on it.

The questions were whenever or not, she had forgotten to take responsibility to take preventive measure because abortion is given without limitations and respondents were asked to state their reasons.

Respondents who answered that limitless abortion play a role of her forgetting her responsibility to take preventive measure gave the following reasons: people take things for granted, people abuse things to get benefits, insufficient education, absence of consequences and free will.

Respondents who don't agree that limitless abortion play a major role of her forgetting her responsibility to take preventive measure gave the following reasons: Men should be the one responsible for contraceptives (condoms), loss of self-awareness and self-consciousness due to intoxication of alcohol, it depended more on individual/society's values and beliefs, abortion leads to health issues and hence it highly unlikely the woman did not want to take responsible to take preventive measures, insufficient sex educations.

Conclusions. Abortion is still an issue for discussion despite its presence for many years. With liberal and conservative views, other factors such as religion and level of education will dictate how it would come to be. As science progresses through more techniques and new discoveries can be made, which may regulate amongst the ethical issues faced. We should not view rules and regulations as a form of limitation, but a guide to ensure that the world we live in now will continue to progress rather than return back to primitive ways.

REFERENCES

1. *Abortion in Malaysia*. Abortion in Malaysia | Thomas Philip Advocates and Solicitors, Kuala Lumpur, Malaysia. (n.d.). Retrieved November 17, 2022, from <https://www.thomasphilip.com.my/articles/abortion-in-malaysia/>
2. Finer, L. B., Guttmacher Institute, Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2022, August 25). *Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives*. Guttmacher Institute. Retrieved November 17, 2022, from <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2005/reasons-us-women-have-abortions-quantitative-and-qualitative-perspectives>
3. Harris, N., & Zerwick, P. (2022, June 24). *The latest abortion statistics and facts*. Parents. Retrieved November 17, 2022, from <https://www.parents.com/parenting/i-m-a-mom-and-i-had-an-abortion/>
4. *Malaysia*. Arrow. (2019, October 3). Retrieved November 17, 2022, from https://arrow.org.my/our_region/malaysia/
5. Meikeng, Y. (2020, August 31). *With child or not*. The Star. Retrieved November 17, 2022, from <https://www.thestar.com.my/news/focus/2020/08/23/with-child-or-not>
6. Richard A. Schwartz, M.D. (n.d.). *American Public Health Association (APHA)*. The Social Effects of Legal Abortion. Retrieved November 17, 2022, from <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.62.10.1331>
7. S., M. (2022, August 7). *Abortions have always been legal in Malaysia but only for 2 reasons*. Asklegal. Retrieved November 17, 2022, from <https://asklegal.my/p/legal-women-get-abortions-malaysia-reasons-RRAAM>

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF USING ELECTRONIC HEALTH RECORDS IN MODERN HEALTHCARE SYSTEMS

Hewa Dewage Chamara Prabath Ariyaratne

Kursk State Medical University

Kursk, Russia

Abstract. In modern age many industries are moving towards computerization and automation. Advancements in Information Technology have created more efficient and convenient methods to collect, process, store, and share data in multitude of ways. But increasing number of instances of data breaches in major companies and institutions, have made privacy and security of these data a huge concern of this movement to computerization. Therefore, use of these technologies in healthcare sector comes with major advantages in conjunction with potential disadvantages.

Introduction. Electronic Health Records (EHRs) are defined as electronic records of patient health information generated by one or more encounters in any care delivery setting. This may include patient's passport data, complaints, past medical history, subjective and objective examination data, immunizations, laboratory and instrumental investigations data, treatment plans, and prognosis. Many major governments have already initiated the propagation towards EHRs. For example, in 2004 the United States government decided to connect all citizens to an EHR by the year 2014 and they invested \$19 billion by the year 2009 as a part of American Recovery and Reinvestment Act. According to the 2019 National Electronic Health records survey 89.9% office-based physicians in USA use any type of EHR system and 72.3% use certified EHR systems.

Advantages of using EHRs

Advantages of using EHRs can be categorized into 3 major sections as, clinical, organizational and societal benefits.

Clinical benefits

- Improved quality of data – latest updated data, and higher quality investigation data (eg. Radiology reports) can be accessed by the staff and the respective patient. Therefore, analysis of these material becomes much more convenient and thereby increasing efficiency and accuracy of diagnosis.

- Reduce errors due to poor penmanship – lower the chance of misinterpretation of information between physicians, nursing and pharmacy staff. According a survey conducted by The Institute of Medicine in USA, these errors result in approximately 7000 annual deaths.

- Health Information Exchange (HIE) – real-time sharing of EHRs with different organizations and consult different specialists, while avoiding repeat of same tests. According to surveys conducted in USA 75% of all hospital, 61 regional or state HIEs, 70,000 medical groups, and over 8,000 pharmacies link to the nationwide exchange leading to a HIE over 120 million patient records.

- Clinical Decision Support (CDS) tools – automated cross-reference of patient’s drug allergies and adverse drug interactions leading to reduction of medical errors. According to a survey conducted in 2013, 41% of hospitals in USA that uses EHRs also uses CDSs.

Organizational benefits

- Convenience and increased efficiency – medical staff no longer need to wait to access information in multiple locations. According to certain studies, using EHRs have seen increased efficiency ranging from 12.6% up to 45.5% (calculated based on reduction of relative time spent on a single patient encounter)

- Reduced storage space – ability to store vast amounts of data in a relatively smaller space. Due to the fact that most patient data is in text format rather than images or other multimedia format, it takes much smaller capacity in digital mediums.

- Reduced chance of loss of data – easier to create backups of EHRs to prevent potential data loss. Normal industry standard of backing up data is having at least 3 copies of the same information with 2 of them in site preferably in 2 different storage mediums and 1 off site backup location. This minimizes the risk of permanent data loss.

- Easier to monitor and control data access – ability to limit to access to confidential information to certain staff members and the ability to keep a record of

the personnel that accessed said information. Also, it's possible for patients to access their own personal medical files and be up to date with the relevant information.

- Improved allocation of resources in the healthcare system – ease of making decision regarding allocating available resources in a more efficient manner. With the ability to easily analyze variations of needs according to time and new developments, healthcare system management can identify trends and make predictions.

Societal benefits

- Convenience of conducting research – ease of access, organizing, and analysis of data for research purposes and development of evidence-based medicine. Other than sensitive information, healthcare systems records multitudes of patient data that can be provided anonymously such as vitals, height, weight, certain lab results, etc. These are helpful in research and statistics.

- Improved health of general population – ease of detection of outbreaks of certain diseases, and ease of initiating prophylactic measures early and providing general medical recommendations.

Disadvantages of using EHRs

- High initial implementation expenditure – cost of hardware and software necessary to run the computer servers properly and technical personnel required to setup everything.

- Ongoing maintenance cost – having to hire personnel to maintain the reliability and security, repair malfunctions, upgrade hardware and software when necessary.

- Initial loss of productivity – due to the fact that the medical staff needs to get educated how to use the new system properly.

- Possible medical errors – due to lack of knowledge of the medical staff of how to operate the system properly or due to underdeveloped software and user interfaces.

- Overreliance on automated systems – medical organization should have the ability to provide care in critical situation even without having access to these technologies.

- Potential breaches in security and privacy – inappropriate use of patients' confidential information by the hospital staff or being accessed by an unauthorized 3rd party.

Out of the above-mentioned disadvantages, I want to focus on the latter, due to major concerns of general population regarding privacy and safety of personal information in the present, and also due to legal and ethical issues surrounding it. There are many safeguards implemented to tackle this issue and they can be primarily categorized into, administrative and technical safeguards.

Administrative safeguards

- Proper screening of staff prior to employment.
- Employment of personnel to maintain and monitor security.
- Preventing unauthorized personnel from physically accessing the computer hardware.
- Organization and implementation of regulations and policies regarding security.
- Organizing contingency plans in case of a security breach.

Technical safeguards

- Issuing individual user accounts and passwords to all the necessary staff and patients.
- Creating various levels of security clearance according to necessity.
- Encryption of data.
- Using anti-virus software and firewalls.

Conclusions. In my opinion, according to the trajectory where the world is headed, computerization and automation of health care records is only a matter of time. After considering the literature surrounding this matter, the advantages of implementing this far outweigh the disadvantages. Also, the solutions to overcome various disadvantages seems satisfactory enough counteract them.

REFERENCES

1. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Manag Healthc Policy*. 2011;4:47-55. doi: 10.2147/RMHP.S12985. Epub 2011 May 11. PMID: 22312227; PMCID: PMC3270933.
2. Ismail Keshta, Ammar Odeh, Security and privacy of electronic health records: Concerns and challenges, *Egyptian Informatics Journal*, Volume 22, Issue 2, 2021, Pages 177-183, ISSN 1110-8665, <https://doi.org/10.1016/j.eij.2020.07.003>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110866520301365>)
3. Rindfleisch, Thomas. (1997). Privacy, Information Technology, and Health Care. *Communications of the ACM*. 40. 10.1145/257874.257896.
4. E. Achampong Electronic health record (EHR) and cloud security: the current issues *IJ- CLOSER*, 2 (6) (2014), pp. 417-420
5. H.O. Alanazi, et al. Meeting the security requirements of electronic medical records in the ERA of high-speed computing *JMed Syst*, 39 (1) (2015), p. 165
6. O.S. Albahri, et al. Systematic review of real-time remote health monitoring system in triage and priority-based sensor technology: taxonomy, open challenges motivation and recommendations *J Med Syst*, 42 (5) (2018), p. 80
7. Kim, E., Rubinstein, S. M., Nead, K. T., Wojcieszynski, A. P., Gabriel, P. E., & Warner, J. L. (2019, October). The evolving use of electronic health records (EHR) for research. In *Seminars in radiation oncology* (Vol. 29, No. 4, pp. 354-361). WB Saunders.

8. Sutton, R.T., Pincock, D., Baumgart, D.C. et al. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *npj Digit. Med.* 3, 17 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>

9. Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2005 Sep-Oct;12(5):505-16. doi: 10.1197/jamia.M1700. Epub 2005 May 19. PMID: 15905487; PMCID: PMC1205599.

TERMINATION OF CARE OF ANENCEPHALIC BABIES THROUGH ABORTION IN MALAYSIA

Nur Hidayah I., Amanda V.M, Nur Aqilah. S

Kursk State Medical University

Kursk, Russia

Abstract. The discussion of abortion has long been termed as one of the most taboo yet important topic within the domain of bioethics. This article however, touches the subject specifically for abortion of anencephalic infants in a conservative country like Malaysia, where abortions are illegal and looked down upon. The purpose of this research is to examine the correlation of Malaysia's conservative view towards termination of care of abnormal infants with extremely low chance of surviving after birth, and how their beliefs could possibly have an effect on the infant's mother. This study was conducted through an online survey consisting of 101 respondents from various parts of the world.

Introduction. Anencephaly is a fatal condition in which infants are born without major parts of the brain and skull. It can usually be detected through ultrasound screening during the first trimester of pregnancy. These infants have the highest mortality rate (0.19 per 1000 live births) among other neural tube defects (NTDs) including spina bifida (0.11 per 1000 live births) and encephalocele (0.07 per 1000 live births). The highest living record of an anencephalic baby was 28

months without using any life supporting devices. [1] Due to this, the issue of terminating these infants has been debated whether it is morally acceptable to abort them during pregnancy or letting them live on and let nature take its course.

When it comes to Malaysia, abortion is technically illegal. However, they do have certain circumstances where they permit abortion to be performed only when it poses risk of detrimental effect to the woman's physical and mental health. Despite the existence of this law, many conservative Malaysians including health care workers lack clarity and knowledge because of their personal beliefs. [2] As a result, women were left with uncertainties whether they were allowed to decide abortion or not. Moreover, women who considered abortion often faced discrimination and shamed upon by traditionalist family.

Methods. Google Forms were used to conduct the online survey which includes four questions about personal information, two close-ended questions, and five open-ended questions. These questions were formed in a way to increase the exposure of this issue to collect public opinions. Links of this survey was shared through different social media platforms where people from different countries can have the opportunity to share their point of views in this topic. The survey was concluded after four weeks and the responses were analyzed.

Results. A total of 101 responses were collected from 12 different countries, where majority of its respondents are from Malaysia totalling up to 77.22%, followed up by India at 8.9%, and Nigeria at 3%. The rest of the respondents are from Australia, Brazil, Kazan, Korea, Thailand, Zimbabwe, and Brunei. Three quarters of respondents are females (69.3%) and the remainder are males at 30.7%. Large number of them are Muslims (62.4%), Christians (11.9%), and Buddhists (8.9%).

Respondents were then asked on their initial knowledge about anencephaly. Surprisingly, more than half of the respondents had a gist of understanding in this topic. The results are shown below;

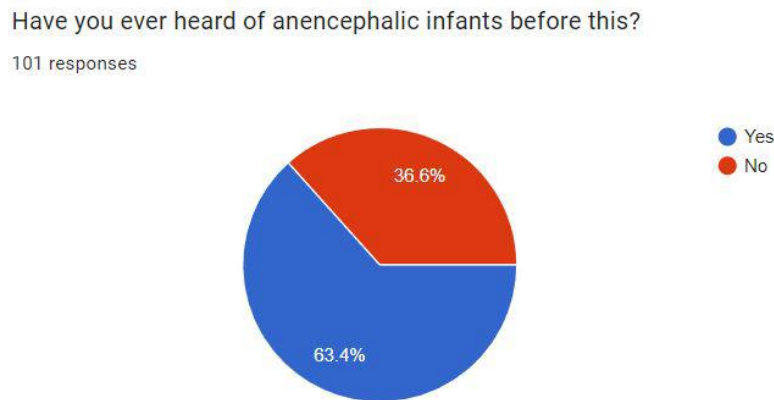


Figure 1.1 shows a pie chart in which 63.4% of respondents answered ‘Yes’, with the remaining 36.6% answered ‘No’.

In our first open-ended question, we asked the opinions of the respondents on how they think about abortions in general. According to results obtained, it can be classified into three groups; the first group being people who strongly support abortion in general, second group are those who neither support or oppose the idea of abortion, and the third group are those who strongly against abortion.

For the first group of people, a wide variety of arguments were given based on feministic views where women’s right were greatly emphasized. This implies their right to proceed with abortion as it is women’s right over their own body and should be allowed to make her own decisions. They believe that without undergoing the process of abortion, it can eventually lead to deterioration in their physical, emotional, and psychological well being. They argued that its better to discontinue pregnancy if they have no will in taking care of a child, arguing that the child could be neglected on, deprived of affection from the parents. Issues such as malformation of baby, raped, and underaged babies were also taken into account.

The second group has a more flexible idea on abortion. They mostly believe that if the pregnancy brings more harm than benefits to both mother and child,

abortion can be considered. In addition, doctor's advise are also a factor that encourages people to choose abortion as an option. However, they have set boundaries in which they disagree with abortion in cases when the mother and her baby is completely healthy, or in certain countries that involve sex-selective abortion; mainly influenced by culture and tradition where having a daughter was considered a dishonour in society. Most importantly, their religious belief is also a determinant to which they disagree of abortion in general.

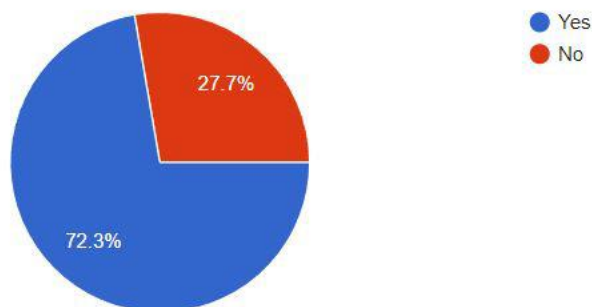
The third group of people strongly oppose the idea of abortion because they interpret abortion as murder, cruel, and injustice to innocent babies. They stated that abortion should not be treated as a means of contraception in the 21st century, and therefore should take responsibility for their own action. Again, religion plays a big part in influencing their attitudes towards abortion. Babies were seen as a blessing from God and has the right to live. Moreover, they are convinced that if the mother and the baby is in good condition, they have no right to terminate the life of the baby. Some of the respondents have also thought of the disadvantage of abortion in relation to economics to which normalizing abortion in a country can lead to decrease of human population. This could mean reduced labor workers, resources, rate of innovation, and loss of culture.

When questioned on their thoughts of aborting babies born with anencephaly, as expected, majority agreed to proceed with abortion. Reasons include mostly about anencephalic babies only have few hours or days left to live, and therefore is better to end the suffering earlier. Continuing the pregnancy with anencephalic babies might take a toll on mother's mental and emotional health. This statement was given by a respondent who reasoned that the 'diagnosis of her baby will haunt her for the upcoming months of carrying the baby and delivering with the known fact that the baby will not live long and will add to her sadness even more'. As for the rest, few of the third group of people are still persistent with their belief saying a child is a gift from God and should be thankful for existence.

In another close-ended question, opinions of respondents were gathered. The questions were altered in a way that in case where the mother is not at risk, would

If a woman is pregnant with anencephalic baby BUT poses no risk to the mother, would you still support her decision to abort the baby?

101 responses



they still reject the idea of abortion.

Figure 2.2 shows a pie chart where 72.3% answered 'Yes', and 27.7% answered 'No'.

In this pie chart, it can be seen that more people are supporting abortion of anencephalic babies compared to when asked about whether they support abortion in general. Additional reason for the increase in support of abortion being mother's with anencephalic babies might be mentally disturbed knowing their baby will die soon after birth. They believe it is beneficial for the parents to come to terms with the tragic situation earlier by having an abortion. Prolonging a pregnancy where the baby is born to die is more troubling for the parents.

For the next question, respondents were questioned regarding their moral dilemma. Vast majority of respondents agree that is it morally right to let anencephalic babies live even if it was just for a few hours. Their reasoning being the mother would have the chance to at least experience holding her baby when she is mentally ready, especially for first time mothers. As for the opposite, it would be a traumatic experience for the mother to see her baby suffering from anencephaly and may develop fear of getting into pregnancy again. Parents would harbor a seed

of hope that the baby would survive, and therefore might worsen their mental state when their baby actually dies right in front of them.

After the discussion, Malaysian's law for abortion were debated whether the law should be revised. A great number of them were satisfied with the current law due to the fact that it provides enough limitations so it would not be used so freely as means of contraception. They were apprehensive that people would take abortion for granted by irresponsibly doing abortion just because the baby is undesirable without any dire circumstances. Nevertheless, significant number of respondents proclaimed the law should be revised as women should have choices over their bodies. Abortion should be permitted when it comes to issue such as pregnancy caused by rape, and to reduce the rate of child abandonment.

Conclusions. The subject of abortion will always remain as thought-provoking matter that challenges our moral values especially if taken into account the different circumstances that are needed to be considered. Although abortion is viewed as murder in the eyes of many people, a woman should still have the say in deciding the matter of whether she wishes to abort without worrying about the social stigmas that carries with it, as long as she thinks it is the best choice for her and her family. When given with different situation in regards to abortion, we observed that people tend to alter their viewpoint which fits best with their moral values. Scenarios such as a mother who has experienced infertility all her life were suddenly gifted with a baby might not consider abortions even when the child is born with impairment. Truthfully, moral values are subjective, each to every individuals on what they think is right or wrong. At times of dire, people tend to choose the path which they'll regret the least. However, we are quite surprised to see that most Malaysian youths are currently more open minded to the issue of abortion and has made fair points when exposed to situational questions, while taking into account their faith and beliefs. Undoubtedly, there are still those who persist that the act of abortion equals murder, but lesser than what we have hypothesised before the conduction of this research.

REFERENCES

1. Dickman. H., Fletke. K., & Redfern, R. E. (2016, October 31). *Prolonged unassisted survival in an infant with anencephaly*. BMJ case reports. Retrieved December 10, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093842/#:~:text=Anencephaly%20is%20one%20of%20the,not%20require%20life-sustaining%20interventions>
2. Low WY;Tong WT;Wong YL;Jegasothy R;Choong SP; (n.d.). *Access to safe legal abortion in Malaysia: Women's Insights and Health Sector response*. Asia-Pacific journal of public health. Retrieved December 10, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25452590/>
3. N.Y Boo, I.G S. Cheah, M. K. Thong. *Neural tube defects in Malaysia: Data from the Malaysian National Neonatal Registry*. Journal of tropical pediatrics. Retrieved December 10, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23583959/>

EUGENIC ABORTION: MERCY OR MURDER?

Buhle Lerato Mathews

Kursk State Medical University

Kursk, Russia

Abstract. Many studies have explored the challenges that come with raising a special-needs child, the challenges that are faced by disabled people in their everyday lives & advocate for equality and inclusion of disabled people. A different viewpoint would be to discuss the option of eugenic abortion. Most studies on eugenic abortion focus on the rights & status of the fetus, but not many studies seek to unpack the responsibilities placed on the parents, the thought process that is followed when making such a decision, and whether the prospect of the diminished quality of a child's life posed any ethical challenges to the parents.

Keywords: Abortion, Eugenic abortion, Disability, Genetic disorder

Introduction. Eugenic abortion is the expulsion of a fetus from the mother's womb due to the fetus being diagnosed with a anomaly in-vitro. Parents of disabled children face many challenges, both practical and emotional in nature. They constantly need to ensure balance between the child's physical, medical and emotional needs, while taking into account their own mental & physical health, as well as taking into account personal and social obligations , responsibilities, demand and expectations of the external world (Neely-Barnes and Dia 2008). Prenatal screening tests have given many parents the opportunity to learn about any genetic predispositions and/or possible physical defects prior to birth (Muhammad, 2019) however making the decision to abort can be quite daunting (Banari & Chiriac, 2019). There are lot factors to consider, but ultimately the question most parents in this situation probably ask themselves is if they are "committing murder" or preventing a life that will most likely be of a lower quality?

Purpose. This research aimed to explore the views that people have on eugenic abortion, it aimed determine how these view of ethics change if the abortion is warranted, as is in the case of eugenic abortion. This paper aims to discuss whether eugenic abortion is an ethical issue or mercy to people who's quality of life has been determined to be low from the day they are born.

Methods and materials. In order to receive feedback from a diverse range of people, from different races, cultures, religions and different ages, a questionnaire in the form of a google form was compiled and shared with students of Kursk State Medical University Second Year Fourth Semester, who then further shared the questionnaire with their family and friends.

Results. A total of 60 people took part and gave feedback on the questionnaire.

Demographics: Out of the 60 people who answered 67% were females and 33% were males. The ages ranged from 17-60 years. 88,3% of the participants were African, 10% Asian and 3% chose "other". 76,7% of the participants were

Christians, 8% African traditional, 5% Hindu, 3% Islam and other religions were 7%.

In total 58 participants (96,7%) said that they think that raising a special-needs child could be more challenging than raising a child that is not special needs, 58 (93%) thought that raising a special needs child can be physically, emotionally, mentally and financially taxing on the parents, and 54 (90%) agreed that special needs people are not awarded the same opportunities as non-special needs people.

The participants were then asked what they thought of abortion and 37% said they were pro-abortion, 22% said they were against abortion and said 42% they were for abortion only if it was warranted. Participants were then given a scenario: “ If you and your partner found out you were pregnant and there’s a high chance that the baby will have a genetic disorder subsequently leading to severe disability, would you consider aborting?” (33,3%) said yes they would consider, (21,7%) said no and (45%) said they would have to discuss it extensively with their partner. When asked if they would ever judge a close friend or a family member for choosing to abort due to the prospect of an abnormality 96,7% of the participants said that they wouldn’t.

A platform was also given to the participants to express any views they had on the matter, that they felt they were not able to express through the questions. While a few people expressed that they are against abortion and felt that abortion should be illegal, most of the participants felt that abortion should be a choice, and that people should make that choice based on their willingness to raise a disabled child and also the resources they have at their disposal, i.e finances, a good health care system and an inclusive education system. Other participants raised the point that there should be equal (if not more) opportunities available for disabled children, more inclusivity and more support available for the parents, that way they won’t have to make the difficult decision of getting an abortion.

Discussion. The news that a baby is on the way is usually well received & a cause for celebration. Unfortunately that is not the case for some parents because soon enough they receive news that the baby may have some malformations &

suddenly they are tasked with making a hard decision, do they keep the baby or terminate? And while according to different viewpoints of ethics things might seem black and white: conservative is against abortion , liberal advocates for freedom of choice, moderate notion is that abortion is okay before 20 weeks. However, as in the results of this study many people would discuss the decision extensively with their partner first, and in reality things that should be taken into consideration when making this decision is how the parents' lives are going to change. The lives of the parents change drastically , with many different responsibilities arising regarding the child's health, future education, socialization and prospects , parents are often not ready to hear and accept the diagnosis, they have a sense of inferiority, they experience anxiety and helplessness, which might lead to conflicts in the marriage (Sergeyevna, 2019). The challenges of caring for children with disabilities that occur in most households prevent many parents from using their educational and professional resources rationally and effectively to successfully integrate them into existing economic activities (Lebedeva, 2021). Most families fail in maintaining normal socioeconomic behavior patterns. Most often one of the parent's jobs, usually the mother's, is often interrupted by the need to care for a child with a disability (Lebedeva, 2021). Some families due to unforeseen circumstances only have one parent and the option of leaving their job is not even on the table. This results of this study also showed that even though some people were against the notion of abortion, if faced with the situation of a fetus that that has genetic abnormality, the same people would get a eugenic abortion or at least consider it.

Conclusion. The topic of abortion in general is one of the most highly controversial issues in bioethics, and eugenic abortion is no different irregardless of the circumstances that warrant it. The decision should lie solely with the parents , because the same society that judges people for having eugenic abortion is the same society that refuses to help, that offers no support & that doesn't care about the inclusion of disabled persons. However, making the decision is not easy and most parents are never ready emotionally, financially, mentally to raise a disabled

child and sometimes the option of eugenic abortion is really the only choice that makes sense. Taking this into consideration, maybe the discussion should be centered around why expectant parents who find themselves in that situation even consider eugenic abortion? And how the government should be helping to take care of disabled people, offering more support to the families & passing laws that will improve inclusivity & subsequently help improve the quality of life of disabled people.

REFERENCES

1. Lekholetova, M., Liakh, T., & Zaveryko, N. (2020, May). Problems of parents caring for children with disabilities. *Society integration education*, 4(4945), pp. 268-278.
2. Neely-Barnes, s. L., & Dia, D. A. (2008). Families of children with disabilities: A review of literature and recommendations for interventions. *Journal of early and intensive behaviour intervention.*, 5(3), pp. 93-107.
3. Van der Mark, E., Conradie, I., Dedding, C., & Broerse, J. E. (2017). How poverty shapes caring for a disabled child: A narratve literature review. *Journal of international development*, 10(1002), pp.1-21.