

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
«АНТРОВИТА»

И.Р. Камалиева

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ В
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ:
ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

МОНОГРАФИЯ

сетевое издание

Западный 2017

УДК 316.74

ББК 60.56

К11

Рецензенты:

доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философских наук Челябинского государственного института культуры **Н. Г. Апухтина**;

доктор философских наук, доцент, профессор кафедры философии Челябинского государственного университета **В. А. Рыбин**

Камалиева, Ирина Ринатовна

К11 Профессиональные и этические нормы в современной медицине: проблема взаимодействия [Электронный источник] : монография / И. Р. Камалиева. – Западный : Научно-исследовательский центр «АнтроВита», 2017. – 98 с. – Библиогр.: с. 83-96. - URL : <http://soc-is.ru/wp-content/uploads/Камалиева-И.Р.-Монография.pdf>.

ISBN 978-5-9500116-1-0

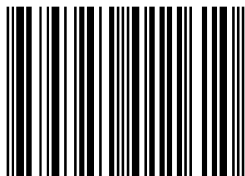
В монографии исследуются проблемы соотношения норм традиционной медицинской этики и методов регулирования прогрессирующего внедрения в медицину таких достижений биологии, как генная инженерия и биотехнологии. Автором выявляются предпосылки возникновения моральных дилемм при правовом регулировании деятельности современной медицины и обозначаются, исходя из этого, возможные пути разрешения ее морально-этических проблем.

Предназначена для ученых, практиков, преподавателей и студентов, интересующихся методами регулирования деятельности современной медицины.

УДК 316.74

ББК 60.56

ISBN 978-5-9500116-1-0



9 785950 011610

© Камалиева И.Р., 2017
© Оформление. Научно-исследовательский центр «АнтроВита», 2017

ВВЕДЕНИЕ

За последние полтора столетия медицина шагнула далеко вперед. Новые биомедицинские технологии позволяют вмешиваться в процессы зачатия, рождения и смерти человека, искусственно моделировать состояние здоровья и болезни, совершенствовать его физические возможности, изменять пол и внешность. Каждое новое достижение медицины становится достоянием общественности, потому как может изменить привычные представления о человеческой природе. Таким образом, происходит медиализация общественных проблем.

В сложившихся условиях врачебная этика также претерпевает принципиальные изменения. Развитие научно-технического прогресса ставит перед медициной совершенно новые этические проблемы, например в трансплантологии, реаниматологии, генетике и других областях, требует анализа традиционных вопросов с учетом новых исторических условий. Разработка новых видов химического, бактериологического, генетического, экологического оружия бесконечно расширяет возможные масштабы злоупотребления научным потенциалом биомедицины.

Привычные проблемы этичности абортот и контрацепции дополняются новыми, которые являются результатом внедрения в практику новых репродуктивных технологий, таких, как суррогатное материнство и экстракорпоральное оплодотворение.

В связи с новыми возможностями медицины врачи часто оказываются перед вынужденным выбором – продлить безнадежно больному человеку жизнь или дать ему умереть, если он сам этого желает. Проблема этичности и законности эвтаназии волнует общественность всего мира.

В свете достижений науки и техники в медицине происходит потеря былой значимости личности пациента как традиционного объекта терапевтического воздействия, она становится лишь придатком объективных лабораторно-технических методов медицинских исследований.

В ежедневной практической деятельности врачи вынуждены нарушать традиционные для врачебной этики принципы гуманизма, вопросы которой регулируются на сегодняшний день междисциплинарной отраслью – биоэтикой.

В обыденной жизни с проблемами здоровья вынуждены иметь дело все люди без исключения и, в связи с этим, обращаться к медицине. И далеко небезразлично отношение врача к самому человеку или к близким ему людям. Вполне естественно желание каждого человека получить со стороны лечащего качественного лечения, которое выражается не только в знании доктора, но и в его отношении к личности пациента.

Врачу ежеминутно приходится принимать решения, связанные со здоровьем, жизнью, правами и достоинством личности. Поэтому особенно важна во врачебной деятельности этика – основанные на принципах нравственности нормы профессионального поведения медицинских работников. В связи с прогрессом медицины как науки и вида деятельности,

врачебная этика близка, на наш взгляд, к кризису в связи с тем, что достижения современной медицины и мораль современного общества нарушают традиционную зависимость врачебной этики от общечеловеческих ценностей, одной из наиболее значимых из которых является здоровье. Все вышеперечисленные вопросы отражают возникшую социальную проблему в сфере медицинской этики и требуют изучения и разрешения на практике.

Принято считать, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ. Таким образом, история врачебной этики насчитывает более двух тысячелетий.

Принципы врачебной этики провозглашались и поддерживались лучшими врачами прошлого. Одним из самых древних источников, в котором содержатся требования к деятельности врача, а также его права, считают «Законы Хаммурапи», принятые в Вавилонии в XVIII веке до н.э.

Сведения, определяющие нормы поведения врача, содержатся и в письменном наследии Русского государства IX-XI веков. Детальную регламентацию лечебной деятельности на Руси установил Петр I, издав одноименный документ. Неоценимый вклад в развитие врачебной этики внес Анатолий Федорович Кони – ученый-юрист, известный отечественный судебный деятель конца XIX-начала XX века. А.Ф. Кони обладал обширными знаниями в области философии, истории, русского и зарубежного права, психологии и медицины. Одним из аспектов его деятельности являлась разработка нравственных принципов деятельности врачей, особо пристально он занимался вопросами соблюдения врачебной тайны. До того момента в имеющемся законодательстве норм, регламентирующих этот вопрос, не существовало. В своей научной работе «К материалам о врачебной этике» А.Ф. Кони анализирует и вопросы медицинской деонтологии – нравственный долг врача по отношению к пациенту и его близким, об эвтаназии, то есть «о возможности ускорения смерти в безнадежных случаях».

С конца XIX века внимание медиков, философов и юристов привлекли морально-этические проблемы, связанные с пересадкой органов человека или трансплантологией. А.Ф. Кони впервые было дано правовое обоснование трансплантации желез внутренней секреции. Большой интерес представляет мнение А.Ф. Кони о врачебной этике, не раз высказываемое им в книгах, посвященных врачам. Слова «врач, осознающий свои обязанности и понимающий свое призвание, становится деятелем особенного искусства и науки, носителем сострадания к человечеству и очень часто видным общественным деятелем» (В.И.Смолярчук) подтверждают точку зрения А.Ф. Кони на взаимосвязь морали общественной и медицинской.

Также широкое распространение получили этические мысли ученых российской медицины – Ф.И. Гааза, М.Я. Мудрова и многих других. Вопросы медицинской этики нашли яркое отражение в художественных произведениях российских писателей: М.А. Булгакова, В.В. Вересаева, Б.Л. Пастернака, А.И. Солженицына, А.П. Чехова.

В советское время философско-этические размышления нашли место в работах Н.Н. Блохина, Е.А. Вагнера, С.Н. Давыдова, В.А. Еренкова, С.Б. Корж, Н.В. Ревякиной.

Особое место для становления врачебной этики среди зарубежных ученых XX века занимает имя американского врача-онколога и биохимика В.Р. Поттера. Для обозначения нравственных проблем, связанных с ожидающейся угрозой выживанию человеческого рода в стремительно прогрессирующем мире он впервые ввел понятие «биоэтика». Впервые вышеназванный термин упомянут в медицинской литературе в 1971 году. В медицинском журнале того времени биоэтика получила определение как «систематическое исследование ориентиров достижений биологических и медицинских наук, их нравственных параметров, моральную оценку, решения, поведение».

В современной России вопросами врачебной этики занимается широкий круг ученых. Каждая врачебная диссертация на соискание ученой степени допускается к защите только после одобрения этическим комитетом высшего медицинского учебного заведения. Труды современных отечественных ученых А.Я. Иванюшкина, Б.В. Петровского, А.Н. Орлова, И.В. Силуяновой, И.А. Шамова в области врачебной этики находят применение, как в обучении студентов медицинских учебных заведений, так и служат руководством для медицинских работников в повседневной работе.

Также широко известны имена зарубежных философов и врачей, таких, как А. Молль, М. Фуко, Ю. Хабермас, Р. Витч, Д. Пулмэн, Дж. Рейчелс, Э. Сгречча, В. Тамбоне, И. Харди, Н.В. Эльштейн, занимающихся вопросами врачебной этики.

В конце XX-начале XXI века вопросы врачебной этики волнуют все большее количество ученых в связи со стремительным развитием медицины как науки и внедрением новых технологий во все сферы врачебной деятельности, а также смежных с медициной наук. При неоспоримости положительного значения внедрения инноваций в медицину, моральные дилеммы, которые они за собой влекут, заставили ученых по-новому взглянуть на проблемы врачебной этики. Такие исследователи этических проблем современной медицины, как В.А. Рыбин, Г.А. Шутова придерживаются мнения, что традиционная модель врачебной этики Гиппократа более гуманна по отношению к больному человеку. Сторонники биоэтики – Л.В. Коновалова, Т.В. Мишаткина, И.В. Силуянова, И.А. Серова, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин, считают, что принципы биоэтики позволяют сохранить уважение достоинства личности в полной мере.

По мнению Т.В. Мишаткиной, характеризующей различия в определении биоэтики, биомедицинской этики и медицинской этики, «функционально их отличия состоят в том, что биоэтика регулирует отношение человека к жизни вообще, ориентируя его на защиту прав всего живого. Биомедицинская этика выдвигает на первый план защиту жизни и здоровья человека, а медицинская этика устанавливает нормы отношений в медицине между взаимодействующими субъектами – врачом и пациентом» (Т.В. Мишаткина).

Исследователи Т. Бьючамп, Д. Каллахан, Дж. Рэйчелс, В.Р. Поттер указывают на специфику факторов, свойственных западной культуре, и на американский генезис биоэтики. В.И. Покровский, И.Т. Фролов – отечественные ученые, во многом способствовавшие дальнейшему развитию

биоэтического мировоззрения во второй половине XX века. Ощутимый вклад в развитие биоэтической традиции в России вносят следующие ученые: А.Я. Иванюшкин, Л.В. Коновалова, И.В. Силуянова, И.А. Серова, П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин.

Труды западных философов Г. Йонаса, Ф. Фукуямы, Ю. Хабермаса, творчество которых сопряжено с переоценкой основ привычного подхода в изучении проблем этики ответственности современности, послужили материалом, способствующим пониманию противоречий биосоциотехнологического развития.

Основными источниками изучения вопросов этических аспектов проблемы соотношения ответственности и свободы в сфере профессиональной деятельности врача как специалиста, стали исследования А.А. Гусейнова, А.Н. Косинец, И.И. Ушаковой, И.И. Харди, И.А. Шамова.

Обзор литературы по вопросам медицинской этики показывает, что исследование данного раздела этики активно проводится представителями самых различных научных направлений, а также широко представлен в литературно-художественных произведениях, что подтверждает социальную значимость проблемы.

Анализ соотношения этического и правового регулирования вопросов современной медицины позволяет утверждать, что медицинская этика XXI века близка к кризису в связи с наличием моральных дилемм, продиктованных структурно-организационными, собственно медико-биологическими, экономическими, социальными факторами современного общества и ставящих под сомнение неразрывную взаимосвязь медицинской этики, общечеловеческих ценностей и принципов гуманизма.

Современная медицинская этика претерпела концептуальные изменения в результате социальных и технологических трансформаций в обществе и изменения образа человека в общественном сознании, выражением чего стала тенденция к замене постулатов традиционной медицинской этики принципами биоэтики. Наличие этических проблем в современной медицинской этике обусловлено размытием целостного, коррелирующего со здоровьем, образа человека в культуре и медицине, и последовавшим за этим замещением гуманистической модели взаимоотношений «врач-пациент» в медицине на биоэтическую (прагматически-правовую) модель.

По мнению автора, медицинская этика в ее современном состоянии близка к кризису и перестает быть частью общечеловеческих морально-нравственных норм, принятых в обществе (по крайней мере, в качестве идеальных регуляторов), что до начала прогрессивного развития медицины в XX веке было неоспоримым.

В связи с этим, монография ставит целью осуществить целостный проблемный анализ вопросов медицинской этики в условиях современного общества и на этой основе наметить перспективы оптимизации ситуации возврата к наиболее гуманному варианту воплощения принципов медицинской этики в жизнь.

ГЛАВА ПЕРВАЯ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МОРАЛЬНЫЕ ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОСТИ

1.1. Гуманизм медицинской деятельности в контексте современности

Мораль общества традиционно предполагала гуманное отношение к человеку и окружающему его миру. В силу своей общей гуманистической направленности, уважительного и бережного отношения к вековым желаниям народов, к поступательному развитию всего человечества, категория «общечеловеческие ценности» превратилось в современном мире в универсальное средство определения уровня цивилизованности государства. Ценности общечеловеческие, в отличие от прочих ценностей, выражают общие стремления всего человеческого рода, они свободны от политических, религиозных, национальных и прочих пристрастий, и в данном качестве представляют собой императив развития цивилизации человечества. Любой ценности, как философской категории, присуща антропоцентричность, то есть она исходит из интересов отдельных личностей и предполагает положительные значимости явлений. Антропоцентризм общечеловеческих ценностей основан на единстве значимых свойств человеческого существования – универсальных сущностей, не зависим от конкретных социально-культурных обстоятельств, и имеет характер социально-исторический. Общечеловеческими ценностями, признанными мировым сообществом, считаются жизнь, счастье, свобода, а также высшее проявление природы человека, раскрывающееся в его общении с себе подобными и с трансцендентным миром [125, с. 101].

Прежде всего, общечеловеческими ценностями предполагается понимание единства всего человеческого рода. Есть такие абсолютные ценности, которые важны для всего человечества, и без них единство человеческого рода не могло бы быть столь всеобщим [95, с. 6].

Современная ситуация в мире все более актуализирует проблему общечеловеческих ценностей. Об этом свидетельствуют процесс глобализации и общественный прогресс. Все более сложные технологии создают ложную ситуацию, в которой роль человеческого фактора как будто бы снижается. На наш взгляд, такое мнение ошибочно, потому что творения человека не могут превзойти его самого по причине того, что человек является саморазвивающимся существом, а техника и технология есть всего лишь усовершенствованные в результате эволюции науки орудия труда. Тем не менее, те творения человеческого рода, которые способны заменить мыслительные функции его самого, в некоторой степени обесценивают роль человека в обществе.

В ответ на вызовы технотронного обесчеловеченного мира гуманистами может быть противопоставлен лишь один принцип – единство всех людей, преданность жизни и человечеству в целом, что всегда и везде должно иметь

первостепенное значение по сравнению с приверженностью к любой отдельной группировке людей или разного рода идолам.

Исходя из сказанного, первое место в системе общечеловеческих ценностей должно быть предоставлено человеческой личности. Таким образом, человеческая личность – главная общечеловеческая ценность. Человеческая личность в системе ценностей должна занимать первое место и потому, что она является средоточием всех остальных. На личности концентрируются все политические, экономические, социальные и культурные явления и процессы, от ее деятельности создается на земле все хорошее и плохое. Главнейшей и определяющей ценностью, началом всякой системы ценностей является человек, его жизнь и достоинство, условия и смысл его существования, его счастья. Все остальные ценности предназначены для совершенствования и обогащения жизни человека, способствующие одновременно и общественному прогрессу, возрастанию степеней свободы. На протяжении многовековой истории формировались основные общечеловеческие ценности, следование которым обеспечивало общественный прогресс, и, согласно которым, самая высшая и абсолютная ценность – это сам человек, его жизнь. Он субъект ценностей и ценного отношения [77]. По Канту человек во всяких случаях должен быть целью, но не средством. В ином случае он не самоценность, а ничтожный винтик огромного механизма, в функционировании которого он не играет никакой роли, а выполняет лишь чужую волю. Личность самоценна в этом мире, а все остальное только производное, вторичны его мысли, воля, деятельность.

Медицинская этика – раздел этики, объектом деятельности которой во все времена являлась личность больного человека, потому как целью самой медицины является здоровье человека как индивидуума и как личности. Привычная медицинская этика, претерпевшая небольшие изменения, продиктованные временем, в основном своем виде сохранилась до момента открытий в медицине конца XIX – начала XX веков, позволяющих вмешиваться в организм человека, видоизменять его на всех уровнях, искусственно прерывать либо продлевать его жизнь. И общественная мораль, веками формировавшаяся, в том числе, под влиянием религии, и, согласно которой, человек является твореньем Божьим, до сегодняшнего дня не может сделать однозначных выводов по поводу этичности множества спорных вопросов «новой медицины», требующих дискуссий.

В определенном смысле начало современного этапа истории медицинской этики связано с событиями Второй мировой войны. После войны весь мир узнал о преступлениях фашистской медицины: насильной стерилизации почти полумиллиона (в основном) немцев, недобровольной эвтаназии более чем 100 тысяч неизлечимых душевнобольных (в основном) немцев, разнообразных и многочисленных, и, как правило, смертельных медицинских экспериментах на узниках концлагерей и т.д. К этой странице истории интерес не ослабевает и по сей день, потому что медицина в практике врачей-нацистов потеряла человеческий облик, опустившись до «этического нуля», и эта точка падения, «точка отсчета» в оценках морали медицинской практики, не теряет своей важности и сегодня. Принятый как «Приложение к

Приговору нацистам-медикам» в 1947 году «Нюрнбергский кодекс», представляющий собой 10 правил этики при проведении врачебных экспериментов на людях, можно считать, хотя сам термин биоэтики появился только через полвека, первым его нормативным международным документом.

Тогда же, в 1947 году образовалась Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) – объединение независимых организаций врачей мира, основной целью которой была определена разработка этических документов, регламентирующих медицинскую деятельность, число которых к настоящему времени исчисляется десятками. Особенно интенсивной стала эта нормотворческая деятельность ВМА в последние десятилетия XX века – в период становления биоэтики. Очевидно, что свод этических документов ВМА (как и аналогичных документов ВОЗ, ЮНЕСКО, Совета Европы и т.д.) – это и есть современная медицинская этика, а вернее – ее кодифицированная часть. К сожалению, ни советское врачебное сообщество численностью 1 млн. 200 тысяч человек, ни современное российское, численностью более 600 тысяч, до начала XXI века не входили в ВМА. По сути дела, советские и российские врачи не имели представления об ассоциации, занимающейся актуальными проблемами медицинской этики современности. Только в 1995 году этические документы ВМА были переведены на русский язык и изданы [39, с. 26]. По прошествии почти 20 лет это издание совершенно не знакомо подавляющей массе отечественных врачей (а также еще примерно 1,5 миллиону средних медицинских работников России) и даже большинству отечественных преподавателей биоэтики.

XXI век стал поворотным для развития медицинской этики во всем мире. Особое внимание к ее вопросам в мире обусловило несколько явлений: все усиливающаяся глобализация, развитие информационных технологий и открытия науки в сферах, касающихся здоровья человека. Достижения человечества в обеспечении основных человеческих прав в XX веке, в том числе права человека на жизнь и здоровое существование в обществе, проходят испытания в настоящее время новыми этическими вызовами и проблемами со стороны интенсивно развивающихся процессов глобализации; неконтролируемого потока информации; открытий современной науки, затрагивающей сами основы человека, его веру и мироощущение. Реальность современного мира грозит вычеркнуть важность человека как субъекта отношений «общество – государство», в силу чего ценность человека как единицы человечества теряет свое значение. Вследствие этого, приобретают особое значение исследования в области этики, философии и религиоведения, как основополагающих основ духовного мироощущения человека.

Потребность общества в обновленной системе духовных и моральных ориентиров, появление нового духовного потенциала привело к возникновению нового междисциплинарного знания – биоэтики. В условиях ускоряющегося распространения возникающих технологий, радикально воздействующих на жизнедеятельность, а также вторгающихся в саму человеческую природу, биоэтика призвана защищать фундаментальные ценности человека – право на жизнь, свободу выбора и автономию, обосновывая их этическим принципом

благоговения перед жизнью и нравственной ответственностью перед всем живым. Одновременно с этим, новые технологические возможности человека и современные социально-политические реалии привели к возникновению перед учеными новых этических проблем, ждущих своего ежедневного решения на практике. Этические подходы, существовавшие до технологического рывка в медицине, оказались не в состоянии с нравственной точки зрения осмыслить возникшие проблемы. Был необходим новый действенный этический подход, который можно было использовать на практике.

Биоэтика обязана своим рождением, прежде всего, тем грандиозным изменениям, которые случились в техническом переоснащении медицины современности, кардинальным скачкам в клинической практике, которые выразились в достижениях реаниматологии, биотехнологий, геной инженерии, трансплантологии органов, пластической хирургии. Все эти достижения привели к невиданному ранее обострению моральных проблем, встающих перед врачами, перед всем медицинским персоналом и даже родственниками больных. Морально ли произведение абортов или, может быть, аборт есть убийство живого существа? С какого момента зародыш следует считать человеком? Допустима ли эвтаназия? Каковы пределы поддержания жизни смертельно больных людей? В какой момент наступает смерть человека? Это лишь немногие вопросы, которые волнуют не только врачебное сообщество, но и широкую общественность в условиях все возрастающих возможностей медицины развитых стран. Всё ли допустимо с позиций этики? Как быть с оборотной стороной открытий в биологии и медицине, породивших идею евгеники, "генетическую" дискриминацию, суррогатных матерей, торговлю человеческими органами, эвтаназию? Надо ли всё это запрещать или разрешать? Должно ли общество устанавливать пределы и границы научных исследований живой материи, в том числе человека, и экспериментов с ними? Кто должен сказать решающее слово – медики, биологи, генетики, юристы или философы?

Биоэтика сформировалась в конце 60-х-начале 70-х годах прошлого столетия как направление науки междисциплинарного характера. В 1969 году Б. Поттер предложил для использования исследовательского направления данный термин. Трактуется он весьма разнородно. Чаще всего пытаются ограничить содержание биоэтики этическими проблемами взаимоотношений врача и пациента, то есть отождествить ее с медицинской этикой. Существует и более широкая трактовка термина, подразумевающая аксиологические проблемы профессиональных сфер, смежных с медициной, например, социальных проблем, связанных с системой здравоохранения или решения проблем отношения человека к живому на планете. Следовательно, в круг компетенции биоэтики входят вопросы прежде всего экологической этики. Кроме того, сам термин «биоэтика» говорит о том, что она ведает этическими проблемами при исследовании всего живого, независимо от того, применяются исследования при лечении людей или нет. Выражаясь иначе, биоэтика ориентирована на достижения биологии современности при обосновании или решении моральных дилемм, возникающих в процессе исследований науки. На

наш взгляд, более широкая трактовка термина «биоэтика» более точно отражает его суть.

Следующие проблемы биоэтики можно считать основными:

- защита прав пациентов (несовершеннолетних, ВИЧ-инфицированных, психически больных и других групп пациентов с ограниченной компетентностью);

- соблюдение принципов справедливости в здравоохранении;
- этические проблемы аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственного оплодотворения, оплодотворения в «пробирке», суррогатного материнства);

- проведение медицинских экспериментов на людях и животных;

- определение критериев наступления смерти;

- этические аспекты трансплантологии;

- этические аспекты генной терапии и генной инженерии;

- клонирование (терапевтическое и репродуктивное);

- оказание помощи смертельно больным людям (организация паллиативной помощи, хосписы);

- эвтаназия (активная или пассивная, принудительная или добровольная).

Основополагающими этическими принципами биоэтики являются:

1. Уважение личности:

- признание права на принятие самостоятельного, добровольного решения об участии в эксперименте при условии полной информированности;

- защита лиц, ограниченных в способности принимать самостоятельные решения, от любых форм принуждения к участию в эксперименте.

2. Милосердие:

- принятие исследователем на себя обязательств соблюдать два общих правила: "не навреди" и "добейся максимально возможной пользы без нанесения вреда".

3. Справедливость:

- честное распределение между бедными и богатыми слоями населения как пользы от проводимых исследований, так и связанного с ними риска.

Согласно основным принципам биомедицинской этики, регламентирующим проведение нетерапевтических исследований на человеке (применимы к исследованиям в авиакосмической и морской медицине), любые нетерапевтические исследования, проводимые на человеке, допустимы:

- только в случае, если они оправданы ценностью ожидаемых научно-практических результатов;

- только при наличии добровольного согласия обследуемого лица на участие в эксперименте, основанного на его полной информированности о рисках, которым он может подвергаться в процессе эксперимента и которые квалифицированы комиссией по биоэтике как "минимальные" или "допустимые", оправданные ценностью ожидаемых результатов;

- только в случае предоставления обследуемому лицу гарантий: достаточности принятых мер безопасности; сохранения конфиденциальности сведений, увязывающих полученные результаты с его личностью; оказания, при необходимости, медицинской помощи и компенсации возможного ущерба его здоровью в результате участия в эксперименте; его права на отказ от проведения или продолжения эксперимента;

- только при соблюдении мер, исключающих неблагоприятное влияние на ход эксперимента со стороны других экспериментов или осложняющих обстоятельств, а также несогласованного с обследуемым человеком изменения методики эксперимента;

- только после тщательной апробации методики эксперимента (в том числе, полетного) в серии предварительных отработок (наземных, лабораторных, если необходимо, то и на животных) [15].

Когда применяются названные принципы биоэтики, и в процессе морального выбора превалирует медицинская доминанта, в конкретных случаях часто возникают моральные дилеммы, которые вызывают острые споры, как в биоэтике, так и в целом в обществе. Например, даже в случае возможного неблагоприятного исхода заболевания, принцип уважения личности призывает правдиво информировать пациента о диагнозе и вероятном прогнозе. Однако в этом случае очевидно нарушение принципа «не навреди», потому что, правда может вызвать у пациента стресс, уменьшить его волю к выздоровлению и сопротивляемость организма.

В случае неизлечимой болезни, абсолютное следование принципу автономии пациента дает ему право распоряжаться своей жизнью по собственному усмотрению (дилемма эвтаназии), но так как существует действующий принцип неприкосновенности относительно жизни человека, он не может ею распоряжаться. Принцип неприкосновенности жизни человека имеет и религиозное, и философское обоснование. С позиции сознательности религиозной, человек является Божьим творением, то есть полностью принадлежит Богу и самовластье над собственным телом отрицает, потому что человек наделен не правом господства над самим собой, а ответственностью за себя. В философии этот принцип находит обоснование в том, что личность человека является первой и трансцендентной ценностью, мы впадем в полный релятивизм, если разрушим эту основу.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает проблема абортов. Согласно принципу автономии, женщина может распоряжаться собственным телом, но, согласно принципу человеческого достоинства, она не смогла бы самостоятельно решить судьбу эмбриона, потому что данный принцип гарантирует права человека, который не способен принимать решения самостоятельно. Очевидно, что решить проблему этичности аборта можно лишь решив вопрос статуса эмбриона. В этом случае нам приходится сталкиваться с проблемой не столько биоэтической, сколько философской, поскольку поднимается вопрос точки отчета человеческой жизни. Ответ на этот вопрос ученые ищут в острых интеллектуальных дискуссиях, которые преданы широкой публичной огласке, поскольку ответ на этот вопрос крайне значим для

общества. Вопрос о начале человеческой жизни может конкретизироваться следующим вопросом: "Является ли эмбрион частью организма матери, с которым она может совершать любые действия, или он социально признанный субъект нравственных отношений, и наделен человеческими качествами индивидуальности?" В зависимости от того, каким будет ответ на поставленный вопрос, можно выстраивать аргументации в пользу выбора «за автономию» или «за жизнь».

Сегодня в медицинской практике, практически повсеместно применяют контрацепцию и стерилизацию с целью профилактики искусственного прерывания беременности. Радикальные противники абортотворения считают, что применение контрацептивов есть скрытая форма аборта, однако при этом признают их двумя разновидностями зла по своей значимости.

На практике, как правило, соблюдение одного принципа биоэтики вызывает нарушение другого, поэтому принято считать, что вышеназванные принципы не могут иметь абсолютного действия по причине вынужденного отступления от них в конкретных спорных ситуациях. Но такое отхождение от них не может лишить выбор врача либо пациента морального вреда.

Вопросы соблюдения правил профессиональной этики и деонтологии в условиях современности, волнуют представителей многих научных направлений, но в медицине они стоят наиболее остро. На сегодня известны следующие модели медицинской деонтологии, сформировавшиеся в процессе изменения образа врачебной этики.

1. Модель Гиппократовская – «не навреди», содержит обязанности врача перед больным и принципы врачевания. Этот принцип был провозглашен Гиппократом и зафиксирован в его «Клятве». Обязательство «воздерживаться от причинения всякого вреда» стало со времен Гиппократовских не только главным моральным принципом медицинской деятельности, но и моральным основанием модели взаимодействия медицинских работников с пациентами, их родственниками, своими коллегами и учителями. В своей «Клятве» Гиппократ отразил все сферы врачебной деятельности, в которых врачу необходимо следовать принципу «не навреди»: физический (не способствовать абортам и ускорению смерти, лечить правильно, выбирать тот метод лечения, у которого наименьший побочный эффект для здоровья больного), правовой и социально-психологический (сохранение врачебной тайны), нравственный (благодарность и уважение учителям и коллегам). В «Клятве» сказано: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости» [46, с. 210]. Таким образом, соблюдение принципа «не навреди» возможно только при условии сформированности у медицинского работника нравственных убеждений и качеств личности, соответствующих требованиям врачебной этики. В соответствии с этим принципом на протяжении веков сформировались представления о враче как человеке, который, в силу своих профессиональных знаний и опыта, лучше знает, что является для пациента благом, а что вредом. Такое представление впоследствии было перенесено и на других медицинских работников. Модель Гиппократовская – это тип взаимоотношений медицинского работника и пациента в соответствии с этическим принципом не причинения

вреда пациенту и этическим нормам традиционной медицинской этики Гиппократата.

2. Модель Парацельса – «делай добро», здесь основное значение имеет патернализм (от латинского «pater» – отец) – духовный и эмоциональный контакт врача и пациента, который становится основой всего лечебного процесса. Принцип «делай благо» («твори добро») провозглашает нравственной нормой совершение действий для блага пациента. Этот принцип впервые был сформулирован Парацельсом. Основу этого этического принципа врачевания составили идеи христианства о том, что любовь к ближнему должна проявляться в добрых делах для них. Христианская заповедь «люби ближнего своего как самого себя» (Мф. 5, 44) в учении Парацельса преломляется к деятельности врача и выражается в словах: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь» [93, с. 86-87]. «Модель Парацельса» – это такая форма взаимодействия медицинского работника с пациентом и его родственниками, в которой нравственные отношения между ними являются одним из главных элементов терапии. В модели Парацельса ведущее значение приобретает учет индивидуальных личностных особенностей пациента и установление доверительных отношений между врачом (и другими медицинскими работниками) и пациентом. «Благодеяние», «благотворительность», «милосердие» являются неотъемлемой составляющей взаимоотношений медицинского работника и пациента в соответствии с принципом «твори добро». Принцип «делай благо» акцентирует внимание медицинского работника на необходимости активных действий по исправлению и (или) предотвращению вреда, а не просто его избегания. Целью медицины и здравоохранения становится не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов. Следование принципу «делай благо» может происходить по-разному. В самой крайней форме – это обязательное самопожертвование и предельный альтруизм. Но требовать от человека самопожертвования в форме смерти ради чего-то аморально. Принцип понимается не как моральное обязательство, а как моральный идеал. Но нельзя осуждать того и считать аморальным, кто делать добро другому отказывается, хотя следование принципу «делай добро» и заслуживает одобрения. В итоге, непростой вопрос о том, в каких случаях можно, и если да, говорить об обязанности делать добро, является обоснованием этого принципа. В разных теориях этики по-разному обосновывается обязанность делать благо. По мнению утилитаристов, она непосредственно вытекает из принципа пользы – мы увеличиваем общее количество добра в мире, делая благо.

В этике И. Канта это требование вытекает из сформулированного им высшего закона нравственности: «если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой, и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим» [77]. В отношениях с пациентами, согласно этике Гиппократата, врач всегда выступает как благодетель, как человек, который желает пациенту только добра и делает его в соответствии со своими возможностями в максимальной степени. В Клятве Гиппократата сказано: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...» [46, с.

210]. Таким образом, взаимоотношения медицинского работника и пациента в соответствии с моделью Парацельса также как и в модели Гиппократы, предполагают ведущую роль медика в решении всех вопросов, связанных со здоровьем пациента. Согласно этой модели, должны учитываться эмоционально-психологические особенности личности, а душевный контакт пациента с врачом признается необходимым элементом лечебного процесса. Врач оказывает на больного «целительное» воздействие, которое задано его способностью и возможностью делать добро пациенту, действовать во имя его блага. Принципы «не навреди» и «твори добро» тесно взаимосвязаны друг с другом, поэтому они часто объединяются в один принцип – «твори добро и не причиняй зла».

3. Деонтологическая модель – принцип «соблюдения долга», основой которой является принцип «соблюдения долга» (от греческого «deontos» – «должное»), то есть беспрекословное выполнение моральных предписаний, соблюдение установленного обществом и врачебным сообществом набора правил. Данный принцип вошел в медицинскую этику вместе с учением о профессиональном долге медицинских работников. Согласно этому принципу, медработник должен строго выполнять предписанные медицинской этикой нормы и правила и, в соответствии с ними, свои профессиональные обязанности. Требования профессионального долга неукоснительны для исполнения. В соответствии с этим принципом для медицинского работника становится профессиональным долгом следование принципам «не навреди», «твори добро» и другим этическим принципам и нормам. Нарушение требований профессионального долга влечет за собой те или иные меры наказания (моральные, административные, правовые). На наш взгляд, эффективность данной модели можно подвергнуть сомнению, потому что, как известно, мораль невозможно навязать «сверху», ее невозможно исполнять, мораль должна «вырасти» «снизу», опираясь на нравственность каждого субъекта врачебной этики.

4. «Биоэтика» – принцип «уважения прав и достоинства человека», где остро стоят вопросы соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдения прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) в связи с развитием современной медицины, биомедицинских технологий прогнозирования и управления наследственностью, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях» [16, с. 11]. Уважение прав и достоинств личности является в биоэтике ведущим, так как позволяет в наибольшей степени реализовать права пациента в отношении своей жизни и здоровья.

Оно осуществляется через следование четырем правилам этики: информированного согласия, справедливости, конфиденциальности и правдивости. Эти правила отражены в различной форме в статьях новых «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», а также закреплены Клятвой Российского врача. Добровольное информированное согласие подразумевает получение пациентом полной и достоверной информации о стадии своего заболевания, о рисках возможного вреда, запланированном медицинском вмешательстве, альтернативных способах лечения в той форме,

который понятен больному, и чтобы на основе этой информации он добровольно дал согласие на планируемое медицинское вмешательство. Правило правдивости подразумевает предоставление достоверной и полной информации как врачом (медсестрой и т.д.) пациенту, так и пациентом врачу (медсестре и т.д.). Получается, что компетентный медицинский работник предоставляет информацию больному, на основе которой тот окончательно принимает решение, опираясь на свои жизненные ценности и интересы. Вполне логично напрашивается вопрос – всегда ли пациент способен, не будучи профессионалом, объективно оценить степень ответственности принимаемого им решения, которое повлияет на его здоровье и жизнь.

В настоящее время остается дискуссионным вопрос о целесообразности информирования пациента в случаях наличия у него смертельно опасного заболевания. В зарубежной медицинской практике принято сообщать пациенту диагноз, независимо от его содержания. В отечественной – господствует принцип «святой лжи». Странники сообщения пациенту полной и достоверной информации о его здоровье, в том числе, и в случаях угрожающих жизни заболеваний, основываются на том, что неполная и ложная информация унижает и пациента, и врача, и их человеческое достоинство, а также не дает больному полноправно распорядиться временем собственной жизни, в результате чего возникает атмосфера неискренности и недоверия между врачом и пациентом, отрицательно сказывающаяся на всем лечебном процессе. «Правда остается основным условием, при соблюдении которого моральный акт может считаться объективно позитивным, поэтому следует избегать лжи, часто возводимой в систематический принцип родственниками и медицинским персоналом. ...Литература подтверждает, что, когда больному в нужный момент открывают правду, и он принимает ее, она оказывает положительное психологическое и духовное воздействие, как на самого больного, так и на его близких» [172, с. 362-363]. В последние годы наиболее широко применяется так называемый «субъективный стандарт» информирования, который требует от врачей и других медицинских работников в меру их компетентности, по возможности максимально приспособлять информацию к интересам конкретного пациента. С позиции биоэтики «субъективный стандарт» наиболее приемлем, потому что в основе своей содержит принцип уважения автономии больного человека, учитывает независимость личности в информационных потребностях и желаниях при предстоящих сложных решениях. «Хотя ложь нельзя принимать в качестве линии поведения и сообщение правды остается целью, к которой надо стремиться, следует, однако, помнить, что эта правда должна быть соразмерна способности человека, чтобы надлежащим образом принять её. ...Никогда не следует полностью отказывать больному в надежде, поскольку в медицине и на самом деле не существует абсолютно точных предсказаний» [172, с. 362-363]. В начальном периоде становления принципа информированного согласия основным вопросом споров являлась проблема предоставления информации больному. Сегодня ученых и практиков медицины больше волнуют вопросы понимания больным предоставленной ему информации, уровень его компетентности и достижения консенсуса при лечении. В биомедицинской этике под компетентностью имеется ввиду

способность принимать решения. Компетентность определяется по трем критериям: способности принять решение, которое основано на рациональных доводах, способности достичь в результате принятия решения разумных целей и способности вообще принимать решения. Под добровольным информационным согласием подразумевают невозможность применения со стороны медицинских работников обмана, угроз, принуждения и т.д. при принятии больным решения. И все же, на наш взгляд, в данном случае происходит, возможно, нарушение принципа «не навреди», сформулированного Гиппократом.

В современной биоэтике все чаще выделяют как самостоятельный этический принцип – принцип справедливости [20]. Проблема справедливости применительно к медицине – это проблема соблюдения прав всех членов общества на получение медицинских услуг в необходимом для каждого объеме, на одинаково высоком качественном уровне и в необходимое время, а также равных прав всех членов общества при их участии в биомедицинских исследованиях. «Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения» [177, с. 175]. В современной медицине и здравоохранении одновременно сосуществуют две формы справедливости, выделенные еще Аристотелем: справедливость в виде следования закону и справедливость в виде равенства прав всех членов общества в области удовлетворения главных потребностей человека – права на жизнь, здоровье, охрану чести и достоинства. Согласно теории Дж. Роулса, справедливость представляет собой согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества [166]. Она может быть достигнута при соблюдении трех последовательных принципов: равной свободы каждой личности, равных возможностей и различия. В соответствии с принципами равной свободы и равных возможностей, справедливым признается неравенство в доступности и качестве медицинских услуг. Принцип различия проявляется в признании справедливым получение определенной доли ресурсов общества – обязательного минимума и дополнительного объема в соответствии со своей ценностью для общества. В мировой философии широко распространена идея о справедливости неравенства. Идея справедливости как неравенства лежит в основе признания правомерности существования в обществе различных систем здравоохранения, в рамках которых функционирует система оказания медицинской помощи для привилегированных слоев общества. Данная система основана на практике «двойного стандарта». Она предполагает оказание более широкого и более высококачественного спектра медицинских услуг на бесплатной (за счет государственных средств) основе привилегированным категориям граждан. Это связано с дифференциацией членов общества по ценности их жизни и уровня трудоспособности для общества. К таким «привилегированным» группам относятся различные категории граждан: работники правительственных и государственных учреждений, инвалиды и лица, имеющие особые заслуги перед отечеством, дети, беременные женщины

и многодетные матери и другие. Каждая из этих категорий граждан имеет свою ценность для общества. Одни вносят значительный вклад в жизнедеятельность общества своей деятельностью (государственные деятели, военнослужащие и др.), другие являются залогом дальнейшего физического существования общества (дети, беременные, многодетные матери и т.д.), третьи (лица с ограниченными физическими возможностями и страдающие неизлечимыми заболеваниями) помогают сохранять обществу свой духовный, моральный потенциал – потенциал милосердия, человеколюбия, сострадания, доброты. Степень справедливости системы здравоохранения отражают показатели уровня здоровья граждан – уровень заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, рождаемости и другие, которые изучаются специалистами в области медицинской демографии, организации здравоохранения и социальной медицины, социологии и т.д. В настоящее время все более утверждается мнение, что невозможно считать справедливой такую систему здравоохранения, которая не может обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь для всех нуждающихся в ней людей.

Возникновение биоэтических принципов привело к формированию новых моделей взаимоотношений медицинского работника и пациента. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношений медицинского работника (врача) и пациента, существующие в условиях современной медицины. Это коллегиальная, контрактная, инженерная и пастырская (патерналистская) [20]. Как мы видим, от патерналистской (Гиппократ, Парацельс) модели отношений медицина постепенно сдвигается в сторону контрактной, в которой пациент, превращаясь в клиента, по законам рынка становится «всегда правым» несмотря на здравый смысл с точки зрения медицины. Очевидно, что это чревато причинением вреда пациентом самому себе посредством врача в результате своей же некомпетентности.

На сегодняшний день все новые и новые достижения медицины и техники вынуждают несколько по-другому рассматривать привычные нормы медицинской деонтологии. На смену принципу «врач-больной» приходит принцип «врач-прибор-больной», что ослабляет взаимосвязь личностей врача и пациента, а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника при этом не изменилась. То есть, можно сделать вывод, что для сохранения необходимого для больного человека взаимодействия с врачом, эмпатичное отношение к пациенту должно увеличиться обратно пропорционально утерянной в результате технизации медицины части контакта между субъектом и объектом лечебного процесса.

В статье Л.В. Коноваловой «Прикладная этика» сформулировано само понятие прикладной этики и описана природа образа новой этики, не существовавшей ранее, в которую включены все проблемы генетики, геной инженерии и вопросы, связанные с воспроизводством человека (клонирование, суррогатное материнство, искусственное зачатие) [90, с. 72-80]. В статье отмечается, что многие профессиональные проблемы медицинской деонтологии, такие как взаимоотношения врачей и пациентов, врачей и родственников пациентов, о вынужденной лжи и многие другие, в современной медицинской этике приобретают нетрадиционные решения. Власть медицины

над организмом человека в результате технических достижений в области медицины и биологии становится беспрецедентной, а потому пугающей и непредсказуемой. Поэтому появление в сфере здравоохранения принципа информированного согласия вызвано острой необходимостью, как для врача, так и для пациента, в решении возникающих дилемм в области медицины.

По мере специализации и дифференциации медицины, в результате формирования новых ее областей, появляются и много других, не менее сложных деонтологических проблем. К ним можно отнести следующие:

- 1) взаимодействие врачей разных специальностей в процессе лечения больного;
- 2) проблема «врач-прибор-больной»;
- 3) проблема коллективного труда в науке;
- 4) проблема сложных морально-этических вопросов, связанных с актуальными и спорными проблемами медицинской и биологической наук.

Каждая медицинская специальность, кроме общемедицинских деонтологических правил и положений, имеет и свои специфические аспекты. Причиной этого является то обстоятельство, что каждая конкретная возникающая в практике врача ситуация заслуживает индивидуального подхода и решения. Например, новые успехи реаниматологии, приведшие к тому, что можно длительно поддерживать жизнедеятельность ряда органов и систем после прекращения деятельности головного мозга, возрастающие потребности человечества в трансплантации органов, повлекли за собой возникновение новых морально-этических проблем в практической медицине, например, определение достоверных критериев наступления смерти человека.

В сфере медицинских биотехнологий появилось такое явление как «улучшение человека», то есть использование достижений технологий в области биомедицины путем прямого вмешательства в организм с целью изменения не патологических, а нормальных его процессов (при помощи внедрения в тело механических либо компьютерных имплантов, с помощью медикаментов, геной инженерии). Возможности инструментов «улучшения» позволяют использовать их в качестве механизмов биотерроризма (измененные генетически микроорганизмы, стойкие к воздействию имеющихся медикаментов, или лекарственные средства, вызывающие амнезию); агентов социального контроля (например, в качестве препаратов, усмиряющих хулиганов или блокирующих рождаемость у лиц, нуждающихся в социальном пособии и (или) защите); в качестве средств, предназначенных для усовершенствования или улучшения умственных или телесных характеристик (медикаменты, улучшающие память, или мускулы, развитые в результате геной инженерии) [101, с. 282-308]. Патентование права на производство новых генов и их модификаций, клонов клеток, тканей, органов и целых особей может привести к монополизации бизнеса, связанного с биотехнологиями, в руках небольшой группы компаний, и одновременно поставить людей перед сложными нравственными дилеммами, например, такой как определение организма человека или животного как Божьего творения или запатентованного продукта бизнесменов.

Появление новых сложных медицинских систем послужило росту требований к медицинскому персоналу. С одной стороны, каждому медицинскому работнику необходимо владеть в совершенстве медицинскими навыками, и он обязан владеть навыками работы на современном медицинском оборудовании. Современные обстоятельства глобализации и распространения сферы предпринимательства на область научной и практической медицины подвергают изменениям и социальные ориентации, затрудняя моральный выбор. Р. Маслоу, президент Всемирной врачебной ассоциации неврологов, считает: «Этика нашей профессии все более становится непосильным, изматывающим душу бременем» [71, с. 38]. Биоэтика, юриспруденция, философия, религия и многие другие науки, лежащие в основе деонтологии, провоцируют этические конфликты и неоднозначности морального выбора, который им сопутствует. Каждый человек обречен принимать тот или иной нравственный довод, учитывая свои человеческие и (или) религиозные утверждения, и с дальнейшим развитием медицины деонтологические проблемы будут рождать новые и новые споры.

На сегодняшний день сфера медицины регламентируется моралью и правом – двумя формами общественного регулирования. Принципиальным отличием регулирования через право человеческих отношений, в отличие от морального, является реализация норм правового регулирования через законодательные акты, судебные решения, правительственные постановления. Переплетение правового регулирования моральных вопросов врачебной деятельности с принципами биоэтики отражено в законодательных актах разных государств. А моральное регулирование, в то же время, осуществляется индивидуальным нравственным сознанием и общественным мнением. Таким образом, нравственные требования предполагают добровольное и свободное их исполнение, а правовые требования, напротив, допускают косвенное или прямое принуждение. Несмотря на то, что в современных правовых государствах происходят серьезные изменения, направленные на рост влияния правосудия охранительного, в пределах которого права и свободы человека признаны ценностями, становящимися приоритетной задачей охраны системы правосудия, все же, принудительный характер права не теряется.

К. Ясперс, известный немецкий психиатр и философ, утверждал, что XX век породил не только бактериологическое оружие и атомную бомбу, но и стал свидетелем рождения феномена преступной государственности, в котором абсолютное моральное зло нашло свое политическое и юридическое легальное воплощение [244, с. 214]. По утверждению Ж. Доссе, людям следует бояться не научных достижений, а режимов, которые при поддержке законодательства смогут применить их против достоинства личности [64, с. 7]. Мы согласны с утверждением обоих авторов. На наш взгляд, врач, не ограничивающийся в своей практике лишь механическим исполнением норм права, а стремящийся к исполнению своего долга осмысленно и добровольно, осознает, что одной из важнейших для него задач совершенствования во врачебном мастерстве является освоение реальности морально-нравственного знания. В таком случае, несмотря на противоречия в современной медицинской этике, врачебная

деятельность не будет нарушать самой простой и самой важной заповеди – «не навреди».

В отличие от юридических норм, моральные нормы не предусмотрены законами. Они определяются многочисленными нравственными правилами и требованиями и регулируются общественным мнением, традициями, обычаями, на основе которых оцениваются поступки и поведение людей. Требования морали налагают на человека строго обусловленные обязанности. Независимо от профессии человек в своих поступках и поведении руководствуется высшим нравственным кодексом – моралью. Тем более, на наш, взгляд, если все спорные этические вопросы медицины будут регулироваться только юридическим правом, то врачебная этика потеряет свое былое значение как форма профессиональной этики.

У современной медицины множество проблем: асимметричность информации, слабость диагностики, отсутствие преемственности между специалистами и учреждениями, излишняя специализация врачей, избыток сложных диагностических пособий, коммерческая направленность лечения, низкий уровень практических навыков у врачей, отсутствие понимания пациентами понятий болезни и здоровья. Современная врачебная этика имеет целый ряд неразрешенных проблем: вопросы коллегальности и преемственности во врачебной деятельности; неизлечимые заболевания и эвтаназия; проблемы аборта; продление жизни новорожденных с врожденной патологией; этические дилеммы как результат достижений современной биомедицины (генная инженерия и искусственное оплодотворение); этические проблемы, связанные с трансплантацией человеческих органов и т.д.

На наш взгляд, на современную врачебную этику действуют новые факторы (вызовы времени), ставящие перед медициной вопросы и проблемы, которые не могут быть разрешены принципами биоэтики. Такие факторы можно разделить на:

- структурно-организационные – возрастающая узкая специализация врачей;
- собственно медико-биологического характера (трансплантология, ЭКО, пластическая хирургия и др.);
- экономические – коммерциализация медицинских услуг в рамках либеральной модели экономики, которая господствовала в последние 20-30 лет, что привело к сужению возможности оказания медицинских услуг беднейшим и бедным слоям населения;
- социальные – широкие возможности информационного пространства и растущий уровень образованности населения.

Иными словами, общественная реальность резко и сильно изменилась, а развилась ли медицинская этика за это время в достаточной степени? Или медицинская этика должна иметь свойство метафизичности, и вообще не должна меняться в своих основных постулатах? А вновь возникающие медицинские и биомедицинские проблемы должны регулироваться юридическим правом?

Спорных вопросов в медицинской этике с каждым днем становится все больше – от не теряющих своей актуальности так называемых «старых» проблем, таких как медицинская этика при испытании фармакологических препаратов и оборудования при участии пациентов, до «новейших», таких как наличие контрафактных лекарственных средств на фармацевтическом рынке, получение и использование стволовых клеток в медицинской практике и т.д.. Таким образом, «старые» и «новые» проблемы медицинской этики свидетельствуют о значительном расширении спектра этических проблем в здравоохранении.

Материальное положение работников здравоохранения, условия их труда, правовая защищенность – вот круг проблем, которые также требуют своего решения. Потому что голодному врачу свойственно, в первую очередь, думать об удовлетворении собственных жизненных потребностей и только потом об общественном благе.

В последние годы коммерциализация здравоохранения создает новые проблемы этического характера. Высокие темпы коммерциализации видоизменяют психологию медицинских работников. Так, британские специалисты отмечают, что в тех лечебных учреждениях, где наравне с государственными койками существуют частные койки, моральный климат в коллективе хуже, чем в лечебных учреждениях, где функционируют только так называемые бюджетные койки национальной системы здравоохранения. Вывод таков: элемент платности деформирует мораль медицинских работников, поэтому следует избегать «смещения» платных и бесплатных услуг в одном лечебном учреждении. Некоторые организаторы здравоохранения США считают, что прибыль – главная цель здравоохранения, и что здравоохранение полностью подвержено рыночной философии [75]. Можно утверждать, что такой подход противоречит всем основным принципам врачебной этики, и термин «здравоохранение» подразумевает «охрану» «здоровья», а не исключительно извлечение прибыли. Следование предпринимательской модели здравоохранения может, в конечном счете, оправдать торговлю человеческими органами, и сбыт опасных для здоровья и жизни медикаментов.

Когда между пациентом и врачом «стоят деньги», искажаются профессиональная сущность и восприятие получаемых и оказываемых услуг, и об этом надо помнить, так как платная медицина расширяет свое место в повседневной лечебно-диагностической практике.

Увеличение удельного веса платных услуг в системе здравоохранения Российской Федерации мотивируется рыночными взаимоотношениями, рыночной экономикой, и если полагать, что здравоохранение является объектом рынка, то все происходящее в системе здравоохранения может быть объяснимо в той или иной степени.

Платные медицинские услуги в нашей стране были введены около 20 лет назад. Это рассматривалось первоначально как прогрессивный элемент так называемых реформ здравоохранения. Но эти нововведения не повлияли положительным образом на показатели здоровья населения – стали привычными за последние два десятилетия естественная убыль населения и происходящий прирост населения страны за счет мигрантов. Говоря о

медицинской этике, о ее месте в здравоохранении, целесообразно обращаться к международному опыту, извлекая полезную информацию для оптимального построения отечественного здравоохранения и формирования его философии.

Если придерживаться философии предпринимательства, то лечить некоторые категории населения бессмысленно с экономической точки зрения. Например, пенсионеры, инвалиды, онкологические больные на последних стадиях заболевания бесперспективны с позиции социальной рентабельности. Данная категория граждан находится на государственном обеспечении, не платит налогов, не может рассматриваться в большинстве случаев как потенциальная рабочая сила. Но, тем не менее, государство обязано о них заботиться, это отражает степень его цивилизованности и социальной направленности. Но, тем не менее, нам еще далеко до цивилизованности в ее западном проявлении. Например, рак в большинстве случаев можно вылечить, что доказывает мировая практика. Российский же опыт показывает совсем иное: тем, у кого обнаружили злокачественное новообразование, часто приходится бороться за себя, отстаивая гарантированное государством каждому гражданину право на диагностику и лечение, в том числе на получение лекарств, на уход и заботу. Больше всего спорных ситуаций возникает из-за отказа в лекарственном обеспечении или из-за несвоевременного обеспечения лекарствами, хотя людям со злокачественными новообразованиями они положены бесплатно [3].

В медицине продолжается процесс все более узкой специализации. В современной медицине более 170-ти специальностей, более 10-ти тысяч заболеваний включены в номенклатуру болезней. Этот процесс приводит к тому, что больной предстает не перед одним, а перед множеством врачей, а это может приучить врача смотреть на больного под углом зрения его «специализированного кредо», что ведет к недооценке не только целостности организма человека, но и к недооценке, а иногда и игнорированию личности больного. Узкая специализация питает и нигилистическое отношение врачей к психотерапии. По мнению еще советских врачей-философов «...узкая и сверхузкая специализация ведут к такому изменению мышления врача, при котором он подчас забывает, что больной – это прежде всего человек со всеми его личными особенностями, с его тревогами, сомнениями, требующими психологического подхода, лечения не только тела, но и души... врач может быть специалистом узкого профиля, но не может быть узко мыслящим врачом» [89, с. 43]. При наличии узких специалистов ответственность врачей перед больным как бы расчленяется, распределяется между массой специалистов и исчезает персональная моральная ответственность перед пациентом, то есть происходит нарушение гуманистических принципов, заложенных еще в этических моделях Гиппократ и Парацельса. Поэтому встает задача найти оптимальный способ взаимодействия врачей различных специальностей и адекватную форму нравственной ответственности «узкого» специалиста за состояние здоровья больного. К сожалению, пока решение этой проблемы – дело будущего. Непрерывающийся поиск врачами новых, наиболее эффективных способов лечения пациентов всегда должен иметь гуманистическую направленность – «не навреди», «делай добро» – особенно

она важна при решении проблем сохранения здоровья людей глобального характера, и необходимо ее придерживаться на всем протяжении исследований: от осознания проблемы до ее разрешения на практике.

Стремительный прогресс медицины поставил перед практическими врачами и учеными-исследователями множество проблем философско-этического порядка, касающихся как допустимости применения тех или иных биомедицинских технологий, так и границ информирования, которая обязательно должна, или только может быть сообщена пациенту, его родным. Следует, на наш взгляд, создать систему единых гуманных принципов поведения ученых и врачей при участии в решении задач глобального масштаба на основе идеологии общечеловеческих ценностей, что, кстати, лишь частично осуществляется сегодня в рамках выработки единых биоэтических принципов, которые приобретают с каждым днем все более широкое международное признание. Дальнейшее глобальное распространение только несовершенных, на наш взгляд, принципов биоэтики, чревато катастрофическими для человечества последствиями в виде возвращения врачебного сообщества к состоянию «этического нуля», имевшего место быть в середине XX века.

Мы придерживаемся мнения, что медицинская этика XXI века близка к кризису по следующим причинам:

- существующее противоречие между принципами традиционной гиппократовской медицинской этики и принципами биоэтики, содержащими моральные дилеммы, в свою очередь рождает новое противоречие между врачебной этикой, общечеловеческими ценностями и принципами гуманизма, ибо гуманность в чистом виде не предполагает совершение одного добродетельного поступка в ущерб другому;
- введение юридического регулирования этических вопросов при внедрении в медицинскую практику новых технологий, не получивших удовлетворительного этического разрешения и обоснования в обществе, приводит через конфликт права и общественной морали к конфликту в самом общественном сознании;
- коммерциализация и прагматизация медицины влечет расхождение врачебной этики с общечеловеческими ценностями и следование ее философии предпринимательства, основной целью которой является исключительно извлечение прибыли;
- узкая специализация врачебной деятельности расчленяет моральную ответственность врачей перед личностью пациента и не позволяет воспринимать больного человека как единое моральное целое, то есть нарушается принцип «лечить больного, а не болезнь».

Таким образом, можно сделать вывод, что существует противоречие между постулатами традиционной гуманистической медицинской этики, ориентированной на общечеловеческие ценности, и этическими компонентами современной медицины, ориентируемой положениями биоэтики. На наш взгляд, указанное противоречие должно являться объектом исследования и социально-философского анализа.

1.2. Трансформация медицинской этики: историко-генетический аспект

Врачебная этика – разновидность профессиональной этики, содержанием которой является определение и обоснование миссии врача, системы нравственных ценностей врачебной профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям. Благодаря врачебной этике происходит передача от учителей к ученикам моральных принципов и норм, регулирующих врачебную практику, сохраняется традиция поддержания высоких этических стандартов этой профессии [74, с. 10]. Безусловно, медицинская этика, как и любая другая корпоративная этика, является частью общественной морали.

Медицинская мораль является одним из важнейших источников регулирования деятельности врачей. По словам представителей чикагской школы, которые занимаются социологией профессий, «положения врачебной этики в определенном смысле являются более значимыми для медицинских работников, чем нормативные документы, установленные государственными органами» [245, с. 172]. Высокий статус медицинской деятельности тесно связан с идеей особой миссии врачей. В настоящее время этой проблеме посвящено сравнительно малое число социально-философских исследований. Остались малоизученными социальные аспекты трансформации профессиональной медицинской этики. С самых ранних этапов формирования медицинской науки как особенного социального института, вопросы профессиональной морали и этики стали объектом рефлексии врачей.

Мы предлагаем выделить 4 этапа развития врачебной (медицинской) этики:

- 1) догуманистический или догиппократовский (с древнейших времен до V-IV веков до н.э.);
- 2) гуманистический традиционный или гиппократовский (с V-IV веков до н.э. до конца XIX века);
- 3) неогуманистический или технологический (конец XIX – конец XX века);
- 4) постгуманистический или биотехнологический (с конца XX века по настоящее время).

На наш взгляд, каждый этап медицинской этики имеет свои характерные особенности, которые необходимо рассмотреть. Медицинская этика прошла, на наш взгляд, длительный, сложный путь своего становления. Ее история богата яркими, порой драматическими фактами и событиями. Истоки медицинской этики следует искать в глубокой древности. Однако профессиональные обязанности всегда состыковывались с темой достоинства человека и достоинством самой жизни человека. При этом, медицинская этика обладает именно той «неприкосновенностью» к теме достоинства человека, которая обладает смыслом исключительно в межличностных отношениях. Эти отношения связаны, на наш взгляд, с темой взаимного признания личностей. Термин «неприкосновенность» не есть простой синоним понятия «неподвластности» личности чуждому влиянию [209, с. 45].

В процессе развития медицинской этики появилось понятие медицинской деонтологии. Сам термин «деонтология» впервые озвучен английским философом И. Бентамом в XIX веке для обозначения теории общественной нравственности. Но еще медицина Древнего мира руководствовалась в своей деятельности ее основами [134, с. 192-193].

Медицинская деонтология (от греческого «deon», «deontos» – надлежащее, должное и «logos» – учение) – совокупность морально-нравственных норм поведения медицинских работников при исполнении профессиональных обязанностей [138, с. 191-192].

Заметим, что сами термины «медицинская этика» и «медицинская деонтология» далеко не тождественны. Одной из главных проблем медицинской этики является проблема долга; следовательно, медицинская деонтология отражает социально-этические концепции, однако имеет более конкретный и прагматический характер. И, в то же время, не бывает отдельной этики хирурга, этики терапевта и т.д., то есть медицинская этика вовсе не содержит специфики, диктуемой той или иной врачебной специальностью. Медицинская деонтология же имеет признаки специализации как следствия ее прикладного характера, взаимосвязями с той или иной врачебной специализацией (существует деонтология онколога, рентгенолога, хирурга, педиатра, венеролога, гинеколога и т.д.).

В зависимости от господствовавшей в определенном обществе морали, в каждую историческую эпоху требования медицинской деонтологии имели свои присущие времени особенности, но, все же, внеклассовые, общечеловеческие, нравственные нормы профессии врача, диктуемые ее гуманистической направленностью – стремлением к облегчению страданий людей и желанием помочь больному, оставались неизменными на протяжении веков.

Принципы медицинской деонтологии определялись также уровнем развития медицины, от которого также во многом зависят действия самих врачей. Если рассмотреть догуманистический этап развития медицинской этики, мы увидим следующее. Еще в рабовладельческом обществе, в связи с произошедшим разделением труда, когда врачевание стало профессией, сформировались морально-нравственные требования к людям, сутью которых стало исцеление больных. Древнейшим источником сформулированных требований к врачу и к его профессиональным правам, можно считать относящийся к XVIII веку до н.э. свод законов Хаммурапи, который приняли в Вавилонии. Также медицинская деонтология нашла отражение в древнейших индийских литературных источниках – в своде законов Ману (около II – I вв. н.э.) и в «Аюрведе» («Книге жизни» – IX – III вв. до н.э.). «Аюрведа» известна в трех редакциях как своеобразная медицинская энциклопедия древности; врач Суштра является автором наиболее полной редакции книги. В одной из редакций «Аюрведы» сказано, каким должен быть врачеватель, каково должно быть его поведение, когда, что и как он должен говорить больному. Согласно тем древним представлениям, врач должен обладать высокими моральными и хорошими физическими качествами, проявлять к своим пациентам сострадание и участие, быть терпеливым и спокойным, не терять самообладания ни при

каких обстоятельствах. Пациент же должен объявлять истиной саму жизнь и бороться против праздности.

В Древней Индии существовали также правила поведения врача по отношению к пациентам перед операциями и после них, правила поведения при лечении умирающих больных, а также правила поведения с родственниками умирающих пациентов [49, с. 73; 50, с. 92]. Согласно легендам Древней Индии, одним из четырнадцати драгоценных созданий, которых сотворили боги путем смещения земли и моря, стал ученый-врачеватель. Положение врача в обществе было настолько высоким, что и требования к нему предъявлялись весьма большие. Лекарю было необходимо одинаково хорошо владеть всеми сторонами врачебной деятельности. "Подобно трусливому солдату, впервые оказавшемуся в бою, неискусный в операциях врач, приходит у постели больного в замешательство», – писал Сушрута в своих трудах. – «Врач, только умеющий оперировать и с пренебрежением относящийся к теоретическим знаниям, не заслуживает никакого уважения и подвергает опасности даже жизни царствующих. Любой из таких врачей разумеет лишь половину своего мастерства и подобен птице только с одним крылом" [50, с. 121].

В Древней Индии была написана проповедь, которую учитель профессии врачевания говорил своим ученикам на торжественной церемонии, посвященной окончанию обучения искусству лечения. Она содержалась в трактате "Чарака-самхита": "Вы должны всем сердцем желать излечения больного. Вы не можете предавать людей, которых излечиваете, даже ценой своей жизни... Вы не можете пьянствовать, не смеете творить злых дел или иметь плохих друзей... Вы обязаны быть мудрыми и рассудительными, и всегда стремиться совершенствовать своё мастерство. Все ваши слова, мысли, разум и чувства должны быть направлены ни к чему другому, кроме только как к своему больному и его излечению, когда вы пойдете в дом больного человека... Ничего из происходящего в доме вашего больного, не следует открывать тому, кто, используя полученные знания, мог бы повредить больному человеку..." [50, с. 134].

Этика врачей в Древней Индии предъявляла жесткие требования к тому, чтобы врач, который желает успешной карьеры, сам был здоров, терпелив, опрятен, скромен, чтобы борода его была коротко остриженной, ногти обрезанными и хорошо вычищенными, одежда была белой, пахнущей благовониями, и чтобы он выходил из дома только с палкой и зонтиком, а в особенности избегал излишней болтливости [49, с. 84; 50, с. 150].

Право на врачебную деятельность давалось раджей, и он сам внимательно наблюдал за деятельностью врача и соблюдением им профессиональной этики, исключавшей всякую праздность. Особенно строго преследовалось неправильное и ошибочное лечение. Врач, совершивший ошибку в лечении, платил большой штраф. Самый высокий предполагался за неправильное лечение чиновников, средний – за ошибку в излечении людей средних каст, самый низкий штраф был предусмотрен за врачебную ошибку, допущенную при врачевании животных. Плату за помощь запрещалось брать от нищих и обездоленных, друзей врача, который лечит, и служителей культа – брахманов.

Методам нравственной, психологической подготовки врачей, а также их отбору в целом в Древней Индии уделялось очень большое внимание. Основными нравственными критериями отбора для будущих лекарей служили благочестие, скромность, целомудрие. Эта «небесная забота» врача является особенной. И все же быть верным работе врача – означает считать реальность «превращением», разрывом, воплощенным в событии. Врач балансирует на грани миров, преодолевает свою «самобытность», указывает тот путь, где он может преклонить свою голову.

Наиболее важной обязанностью древнеиндийского учителя наряду с обучением профессии врача было воспитание у молодых людей чувства справедливости, смирения и любви к истине. Тот, кто хотел стать врачом, был обязан избавиться от разного рода порочных страстей: хитрости, ненависти, корыстолюбия. В Древней Индии подготовка врачей осуществлялась специальными наставниками, опытными врачами. Существовал специальный ритуал приема в ученики к врачу. Учитель-врач говорил, принимая нового ученика: "Теперь оставь ты всякое порочное поведение и свои страсти, а также лень, гнев, корыстолюбие, гордость, безумство, зависть, грубость, шутовство, тщеславие, фальшивость. Теперь ты будешь носить твои ногти и волосы коротко остриженными, в одежду красную одеваться, жизнь чистую вести..." [49, с. 102; 50, с. 158]. Соблюдение врачебной тайны считалось крайне важным: врач не мог разгласить каких бы то ни было сведений о больном, а также сомневаться вслух относительно исхода его болезни. Только свято храня чужие тайны, врач мог рассчитывать на полное доверие больного. И это составляло важнейшую ценность, связанную с выздоровлением. Но в Древней Индии советовалось лечить только тех людей, чья болезнь была излечима, от больных же неизлечимых надо было отказываться, как и от не излечившихся в течение года [234, с. 91-93].

В книге Хуан ди Нэй-дзиня "О природе и жизни", своего рода памятнике китайской медицины, отражена глубоко гуманистическая трактовка роли медицины в укреплении здоровья самого человека. Попытка составить свод правил профессионального поведения, которыми должен был руководствоваться врач в своей практической деятельности, отражена в данной книге. Одно из правил говорит о необходимости внушить пациенту уверенность в обязательном исцелении. Учету особенностей характера заболевшего, индивидуальному подходу к каждому пациенту придавалось особо большое значение. Среди правил, написанных в книге, есть также такое, которое рекомендует врачам не допускать чрезмерной эмоциональности, правильно оценивать разного рода жизненные ситуации, то есть, "уметь держать сердце в груди" [49, с. 111; 50, с. 183].

О глубоком понимании роли профилактики в здоровье человека в Древнем Китае свидетельствует следующее наставление: "Медицина не может спасти от смерти, но также в состоянии продлить жизнь, укрепить государство и народы своими советами". Большое внимание наряду с нравственным воспитанием уделялось также совершенствованию врачебного мастерства. С этой целью всячески поощрялись беседы с коллегами, обсуждение со старшими

и более опытными врачами сложных заболеваний. Начинающим врачам рекомендовали развивать свою память и мышление [49, с. 187].

Вместе с тем, нравственные требования к врачу, как и вообще мораль, имели в рабовладельческом обществе классовый характер. Например, в Древней Индии врач не должен был прописывать лекарства тем людям, которые находились в немилости у раджи [50, с. 192].

В Древнем Китае очень высоко ценился подвиг врача во имя больного. Об этом красноречиво свидетельствует пословица, бытовавшая в те времена: "Спасти одну человеческую жизнь лучше, чем построить семиэтажную пагоду" [49, с. 120; 50, с. 197].

В древней персидской медицине важнейшими требованиями, предъявлявшимися врачу, были его широкая образованность, глубокое знание медицины, начитанность, умение общаться с больным, спокойно выслушивать его и добросовестно лечить. В Персии существовали три категории врачей: "исцелители святостью", "исцелители знанием" и "исцелители ножом". Наиболее распространенной была первая категория врачей, обязанностью которых было не только врачевание в самом прямом смысле, но и умение психологически влиять на больного собственной личностью, своими душевными, нравственными качествами [50, с. 201].

История медицины свидетельствует о том, что древние медики обучались искусству наблюдения, позволявшему определить болезни в самом начале их развития. Методы их диагностики были невероятно эффективны. Врач был бесконечно внимателен к пациенту и неистово терпелив в своих наблюдениях, что позволяло ему выявлять такие тонкости, которые непосвященному представлялись просто невероятными [49, с. 123]. Далеко не случайно великие врачеватели прошлого оставили память о себе, которая пережила века. Очевидно, секрет их успеха заключался в сочетании лекарственной терапии или использовании естественных природных факторов с тонким пониманием психологии больного и умением на нее воздействовать. Во всех странах в рабовладельческую эпоху личность врача считалась одной из наиболее почитаемых и уважаемых, поскольку от врача во многом зависели здоровье и жизнь самого человека. Нередко врач приобретал ореол великого и всемогущего человека, наделенного Богом неземными возможностями. Не случайно в странах Древнего Востока некоторые известные врачи были возведены в ранг богов. Одним из первых был обожествлен легендарный греческий врач Асклепий – отец Гигеи – покровительницы здоровья и Панацеи – покровительницы лечебной медицины [194, с. 19-20].

Таким образом, гуманизм догиппократовской медицины имел ограниченный характер, поскольку предполагал дифференцированное отношение к больным различных социальных сословий. Необеспеченным, а также безнадежным больным врачи вообще отказывали в помощи. С появлением социального расслоения, к тому же, отношение пациентов к врачам изменилось: представители угнетенных классов считали их господами, а господствующих слугами.

Развитие подлинной гуманизации медицинской этики началось с появлением Гиппократ в медицине (Гиппократ II, сын Гераклида, «отец

медицины», примерные годы жизни – 460-360 гг. до н.э.). Он первым попытался систематизировать правила медицинской этики на основании опыта медицины. В знаменитой «Клятве», в трудах «О врачах», «Об искусстве», «О благоприятном поведении» и в «Афоризмах», увидевших свет чуть менее двух с половиной тысячелетий назад, он создал кодекс норм морали, ставший обязательным для тех людей, для кого врачевание на всю жизнь стало призванием [49, с. 127]. Под влиянием идей Гиппократ в Древней Греции исключительное внимание уделялось нравственному, моральному облику самого врача. Нормы поведения врача были сформулированы в соответствии с существующими в тот исторический период знаниями о человеке и его здоровье. Гиппократ рекомендовал направить на излечение больного человека усилия не только врача, но и всех окружающих людей: "Не только врач должен употребить в дело все, что необходимо, но и сам больной, и окружающие его, а также и все обстоятельства внешние должны помогать врачу в его работе" [49, с. 130; 50, с. 213]. Ни в одном трактате Гиппократ не сказано о различиях между свободными и рабами; за всеми людьми признавались одинаковые права на внимание, заботу, уважение со стороны врача. Чтобы оценить гиппократовский гуманизм в полной мере, необходимо отметить, что великие мыслители Древней Греции, такие, как Платон и Аристотель, жившие после Гиппократ, считали раба "говорящим одушевленным орудием" и отказывали рабам в праве называться человеком. *Гуманизм медицины Гиппократ заключается именно в том, что она самоотверженно служила каждому больному человеку, независимо от его социального положения и ожидания.* Гиппократ создал свод законов для последующих поколений врачей, и они достойно несут, на наш взгляд, сквозь века идеи истинного гуманизма, зажженные великим мыслителем древности.

Обычно к окончанию срока обучения Гиппократ, обращаясь к своим ученикам с напутствием, говорил им о том, что настоящий врач должен быть добрым, справедливым, человеколюбивым, бескорыстным, что он обязан помнить и о внешнем приличии, быть скромным в своем поведении и одежде. В самом завершении учебы ученики давали Клятву Гиппократ, впоследствии ставшую самой знаменитой клятвой медиков за всю историю социального врачевания. Клятва Гиппократ пережила многие века и дошла до наших дней практически без больших изменений. То, что во время II Международного деонтологического конгресса в Париже в 1967 году, врачебное сообщество сочло возможным рекомендовать только одну фразу «Клянусь обучаться всю жизнь!» в дополнение Клятвы Гиппократ, говорит об актуальности слов «Клятвы» до сих пор.

Клятва Гиппократ, дошедшая до наших дней, не теряет своего философского значения и морально-этической ценности до сих пор потому, что представляет собой каноны общепринятых нравственных требований ко всему медицинскому сообществу. Это превращает ее в нечто целостное – аксиологическую установку, нравственный закон, которым руководствуются врачи на протяжении всей истории медицины. Деонтология, представленная И. Бентамом, стала олицетворением прагматического подхода к моральным принципам и нормам долга, нравственным правилам поведения врачей, которые

должны сводиться к пользе решений врача для больного. Не случайно медицинская деонтология стала дифференцироваться, дробиться на части соответственно разделению труда медиков: деонтологию в хирургии, терапии, психиатрии и т.д. Иными словами, произошла естественная коррекция и конкретизация жестких моральных требований в различных отраслях медицины.

Неогуманистическим этапом медицинской этики мы предлагаем определить этические проблемы конца XIX-начала XX вв., которые связаны с появлением новых методов лечения, позволяющих нарушать природную целостность человека чем-либо чужеродным, то есть с трансплантологией, трансфузиологией, психофармокологией. Соответственно этике менялась и деонтология.

В советскую медицину понятие деонтологии было введено профессором Н.Н. Петровым в 40-х годах прошлого века. Оно использовалось в большинстве своем для обозначения строгого соблюдения долга медицинских работников в реально существующей практике.

В современном понимании деонтология принимается медиками как профессиональное учение о долге в медицине, о долге врача перед обществом в целом, а не только перед своими пациентами.

Медицинская деятельность является единственной, в которой человек без преувеличения держит в своих руках болезнь и здоровье, жизнь и смерть другого человека, психологически взаимосвязан с личностью пациента, его нравственным началом, отношениями с коллективом, семьей и т.д. Благодаря деонтологии медик развивается как личность, ответственный гражданин, высококвалифицированный специалист, который способен поступать в соответствии с нормами морали и права.

В современных условиях вопросам медицинской деонтологии во всех странах уделяют весьма значительное внимание. Принят целый ряд деклараций, кодексов и правил, призванных определить этические нормы поведения врачей. Во многих странах (Франции, ФРГ, Италии, Швейцарии, США и др.) существуют национальные деонтологические кодексы медицинских работников. Целый ряд документов имеет международный характер. К ним следует отнести «Женевскую декларацию» (1948), «Международный кодекс медицинской этики» (Лондон, 1949), «Хельсинкско-Токийскую декларацию» (1964, 1975), «Сиднейскую декларацию» (1969), Декларацию, выражающую отношение врачей к пыткам (1975), и ряд других актов [107, с. 15; 237, с. 27]. Однако в международных документах по вопросам медицинской этики и деонтологии не всегда учитываются конкретные условия жизни той или иной страны и ее национальные, культурные особенности.

В основе «Женевской декларации» лежит Клятва Гиппократова, но в ней также отражены и наиболее актуальные социальные проблемы XX века. Например, в «Женевскую декларацию» внесены следующие фразы: «Я не позволю влияния на выполнение моего долга религии, национализма, расизма, политики или социального положения... Не использую даже под угрозой свои знания в области медицины в противовес законам человечности». В последней фразе, отражающей скорбный опыт самой страшной войны XX столетия,

закреплены тезисы «Десяти Нюрнбергских правил», которые подчеркивают недопустимость незаконных опытов на самих людях. Международный кодекс медицинской этики (Международный кодекс по деонтологии), конкретизировавший целый ряд положений «Женевской декларации», одобрен генеральным директором ВОЗ и является наиболее распространенным документом, на который ссылаются многие исследователи проблем медицинской деонтологии. В нем обращается внимание на вопросы оплаты врачебной помощи, на недопустимость переманивания пациентов, саморекламы и т. д.

На Международном конгрессе историков медицины (Бухарест, 1970 г.) и X терапевтическом международном конгрессе (Варшава, 1970 г.) также обсуждались актуальные вопросы медицинской деонтологии. А в 1973 году XV Международный философский конгресс в Варне определил предметом своих обсуждений деонтологические проблемы медицины в условиях научно-технического прогресса. В 1974 году состоялся XVIII Международный конгресс по прикладной психологии в Монреале, на котором также обсуждались вопросы медицинской деонтологии. А в 1989 году печатный орган Всемирной организации здравоохранения «Здоровье мира» посвятил специальный номер проблеме «этика и здоровье» [29, с. 108-109; 42, с. 62-70].

Еще в некоторых документах Древней Руси аспекты медицинской деонтологии получили свое правовое отражение. Например, указание о том, что в монастыре могут найти приют не только богатые, но и бедные, и больные, содержалось в «Изборнике Святослава» (XI век). Положение о праве на медицинскую практику, а также установление законности взимания врачами с заболевших платы за лечение было утверждено в XI-XII веках в «Русской правде» («Своде юридических норм Киевской Руси»). Морской устав Петра I также содержит требования к врачу, но обязанности врача при этом рассматривались людьми независимо от моральных норм и врачебных прав.

В царской России выпускниками высших медицинских учебных заведений давалось факультетское обещание. Основное внимание в нем уделялось взаимоотношениям между врачами-коллегами: «Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам... Буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям...».

В СССР разработка вопросов медицинской этики получила дальнейшее развитие в трудах многих медиков и философов. При этом нравственные вопросы деятельности медиков нашли отражение в принятых Верховным Советом СССР в 1969 г. «Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» и утвержденной Указом Президиума Верховного Совета СССР 26 марта 1971 г. «Присяге врача Советского Союза». Наряду с другими положениями в ней определена роль врача в охране и улучшении здоровья людей, в предупреждении многих заболеваний. Этим подчеркивается профилактическая направленность советского здравоохранения. В связи с важной ролью врачей в борьбе за мир, Указом Президиума Верховного Совета СССР в 1983 году «Присяга врача СССР» была дополнена предложением, отражающим актуальную тревогу врачебного сообщества в отношении применения ядерного оружия и о возможных его

последствиях, и содержащим в тексте обещание борьбы за мир и против ядерной угрозы [73, с. 37-40].

Как, начиная с 90-х годов прошлого века, риторика медицинской деонтологии в руководствах для медицинских работников трансформировалась в медицинскую этику или биоэтику, можно проследить по изменениям названий пособий для обучающихся, посвященных этическим проблемам медицины. Например, учебная литература периода 40-70-х годов XX века говорит названиями об отражении в ней проблем деонтологии (Е.И. Лихтенштейн «Пособие по медицинской деонтологии», «Помнить о больном», Н.П. Петров «Вопросы хирургической деонтологии» и т.д.). Примерно с середины 80-х годов «этика» и «деонтология» уже соседствуют в названиях учебных пособий и методических руководств в работах А.А. Эльгарова «Медицинская этика и деонтология» и т.д. Но уже к 90-м годам «этика» и «биоэтика» бесспорно лишают «деонтологию» места в заглавиях публикаций (Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко «Введение в биоэтику» и т.д.).

На наш взгляд, 70-80-е годы прошлого столетия следует считать началом постгуманистического этапа врачебной этики – когда личность человека затмили техника и технологии, позволяющие его исследовать и изменять.

П.Д. Тищенко и Б.Г. Юдин справедливо отмечают, что появление медицинской этики как нового знания, логично. Объясняется это новациями в медицинских технологиях; коммерциализуемостью медицины, преобразованием её в сферу услуг. Вследствие чего изменились требования к медицинским профессионалам, развилась доктрина прав человека, появился абсолютно новый характер взаимоотношений врача и пациента. Новые отрасли медицинской науки, такие как вспомогательные репродуктивные технологии, медицинская генетика, трансплантология, поставили перед врачами-учеными и практиками множество новых морально-этических вопросов. Необходимо подчеркнуть, что если деонтологические тексты содержали обсуждение, в основном, общих принципов взаимодействия медицинского работника и пациента, то этика сосредоточенно рассматривает то, каким образом возможно в неординарных ситуациях принятие морально-нравственных решений. Довольно часто в качестве таковых ситуаций выступает столкновение принципов правого характера, являющихся базовыми. Этические правила выступают как своеобразный стандарт, который показывает, какое моральное требование предпочтительное в ситуациях определенного типа. В одном из источников литературы по медицинской этике об этом можно прочитать следующее: «...на уровне конкретных решений и поступков люди чаще всего действуют спонтанно, интуитивно, руководствуясь сложившимися стереотипами и прошлым опытом. Однако уже на этом уровне возникают ситуации, требующие морально осознанного выбора, и тогда для основания выбора требуется апеллировать к этическим правилам. Каждое из этих правил можно рассматривать как профессиональную, техническую норму деятельности врача» [20, с. 37]. Второй фактор, который определил перемены в медицинской морали, а именно коммерциализация сферы здравоохранения, можно выразить словами доктора медицинских наук, эстонского гастроэнтеролога Н.В. Эльштейна: «В капиталистическом обществе этика

взаимодействия между врачом и пациентом подобна, в основном, отношениям продавца и покупателя» [232, с. 9]. Сложно с этим не согласиться. В этом случае медицина стала соответствовать определению «тип общественных отношений, которые предполагают определенные обязанности по обеспечению блага – это взаимоотношения между специалистом, с одной стороны, и пациентом-клиентом, то есть потребителем услуг специалиста, с другой» [20, с. 61]. Врачи, да и государство, представляют из себя уже не источник отеческой опеки над людьми, а внешний гарант прав и свобод участников взаимодействия, являющихся совершенно равноправными. Теперь мы можем говорить и о третьей черте, свойственной современной медицинской этике – ее ориентированности на правовые нормы и логику юрисдикции. В сборнике Б.М. Чекнева и Д.Д. Бенедиктова «Биомедицинская этика» о данном сходстве читаем следующее: «И законодательство, и этика регулируют, в основном, одни и те же вопросы – взаимные права и обязательства общества, врачей, и пациентов по отношению друг к другу, условия оказания медпомощи, качество данной помощи, размеры, сроки и порядок оплаты за труд и другие вопросы. Законы опережаются этикой, они закрепляют сложившееся и апробированное этикой» [33, с. 24]. На наш взгляд, последнее утверждение спорно в условиях современной медицины – порой законы опережают этику.

Представленная в таких дисциплинах, как медицинские этика и деонтология, медицинская мораль есть один из значимых нормативных источников регулирования деятельности медицинских работников. Принципы врачебной этики представляют собой продукт определенной эпохи и определенного общества, не являясь при этом универсальными догмами.

Современная медицинская этика обозначена, на наш взгляд, широким кругом проблем, таких как взаимоотношения между медиками в процессе лечебной деятельности, отношения медицинских работников с пациентами, их близкими, со здоровыми людьми во время профилактических мероприятий. Необходимое для больного отношение врача предполагает сострадание, моральную доброжелательность, максимальную отдачу своих знаний и умений, которые основаны на постоянном самосовершенствовании и высоком профессионализме. Главным принципом в отношении врача к больному является следующий: необходимо относиться к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились к тебе в аналогичном положении. Больной, в конечном счете, представляет собой наивысшую моральную и социальную ценность.

Взаимоотношения медицинских работников и родственников пациента заключается в привлечении последних к борьбе за выздоровление близкого им человека, а также в психологическом воздействии, направленном на смягчение их переживаний в случае неэффективности лечения. При этом нельзя забывать о психотравмирующем эффекте заболевания на родственников пациента, их реакции на неблагоприятный исход болезни, желании и возможности сотрудничать с врачами. При этом врач требует постоянного возобновления здоровья пациента, его хорошего самочувствия.

В результате научно-технического прогресса в области медицинской этики произошло возникновение целого ряда новых морально-нравственных проблем. В частности, этический вопрос взаимодействия медицинских

работников между собой, сказывающийся существенно на качестве самой медпомощи. Узкая специализация в медицине и научно-технический прогресс привели к резкому увеличению числа врачей и средних медицинских работников, участвующих в лечебном и диагностическом процессах. В связи с этим значение сотрудничества между ними возросло [195, с. 7].

Вопрос о том, что медицинская аппаратура и техника, разнообразные лабораторные анализы в современной медицине постепенно отдалили медика от пациента и обезличили самого больного, обсуждается на многих, посвященных вопросам медицинской деонтологии, научных форумах [3, 15]. На фоне улучшения технического оснащения сферы здравоохранения и прогрессирующей специализации врачей утрачивается не только целостное восприятие пациента, но и интерес к самой его личности. Это явление стали называть дегуманизацией или «ветеринаризацией» медицины.

Жизнь с каждым днем меняется все стремительнее. Врачи, медицинские работники и медицина в целом подчиняются новым требованиям, которые предъявляет жизнь. То, что ускоряющееся развитие науки и техники влечет за собой не только новые успехи, возможности, надежды, но и новые этические-деонтологические проблемы в медицине, является неоспоримым фактом. В связи с этим некоторые нормы медицинской деонтологии требуют пересмотра применительно к сложившимся реалиям. Улучшающаяся с каждым днем оснащенность медицинских центров современным оборудованием, узкая специализация врачебных кадров, работа над повышением квалификации медицинского персонала обеспечивает эффективный результат лечения. Но все вышеперечисленные факторы препятствуют полноценному психологическому взаимодействию врача с больным. При игнорировании общепринятых этических-деонтологических правил это приводит к, так называемой, технизации и способствует появлению барьера между пациентом и медиком. А это нежелательно в связи с тем, что установление доверительных отношений с больным чрезвычайно важно во врачебной деятельности. Иногда сам врач уподобляется аппарату и не видит за результатами обследований очевидной истины, что пациент является единым организмом и, прежде всего, личностью, которая переживает болезнь соответственно своему восприятию. И поведение врача в данной ситуации играет не последнюю роль. Независимо от специализации, врач любой специальности должен владеть вопросами психотерапии и уметь обеспечить обратную связь с больным. В противном случае, доктор сам может стать причиной тяжелых переживаний пациента, спровоцировать их невнимательностью к реакции больного на состояние его здоровья.

При всем том, что техника, особенно компьютерная, способствует объективизации диагностического, лечебного и прогностического процессов, медицина была и остается сегодня сплавом науки и искусства. «При лечении должно использоваться два крыла – искусство и наука, а не одно – наука», – писал А.Ф. Билибин. – «Нужен взмах обоих крыльев для полета настоящего (врачевания). Лечение не может быть полноценным без проникновения во внутренний мир больного, чему способствует искусство». «Знающий врач и хороший врач – не синонимы», – выражает эту же мысль Б.Е. Вотчал [3, с. 38].

В литературе по вопросам медицинской этики уделяется сегодня мало внимания проблеме старения населения, росту удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, которое отмечается за последние десятилетия и станет еще более актуальным в будущем. Медики недостаточно знакомы с психологией старения, прекращения профессиональной деятельности, одиночества, которое сегодня продолжает усиливаться. Эти обстоятельства могут быть причиной возникновения психических травм у пациентов, да и у всех людей, которые утрачивают себя.

Несоблюдение норм нравственности само по себе не является предметом юриспруденции; в качестве судей выступает общественность, а если проступок не обусловлен некорректируемыми особенностями личности медработника – собственная совесть. Преступления же медиков рассматриваются в уголовных кодексах с учетом особенностей той или иной страны. Одни из самых серьезных нравственных конфликтов возникают в связи с врачебными ошибками [63, с. 13].

В 1956 г. в Гаване совместным научным комитетом в составе Международного комитета Красного Креста, Международного комитета по военной медицине и фармации, Всемирной медицинской ассоциации при участии в качестве наблюдателя ВОЗ были приняты «Положения на период вооруженного конфликта». Документ гласит, что требования медицинской этики и деонтологии в период вооруженного конфликта идентичны принципам отрасли в мирное время. Врач обязан оказывать необходимую помощь больному независимо от его расы, национальности, вероисповедания, политических убеждений, принадлежности к той или иной воюющей стороне. Врачебная этика есть важнейшая социальная и духовная ценность.

На состоявшейся в Праге (1974) IV Международной медико-правовой конференции было высказано мнение, что в связи с появлением новых морально-этических проблем в медицине целесообразно создание медицинского права [42, с. 47]. Положения медицинского права частично нашли свое отражение в принципах биоэтики.

Медицинскую этику сегодня нельзя рассматривать в отрыве от отношения общества к медикам. Возросшая образованность людей, значительные возможности ознакомления с медицинской литературой, не всегда правильно проводимое гигиеническое воспитание населения, которое порой превращается в упрощенное обучение самодиагностике и самолечению, привели, в конечном счете, к некоторой «деромантизации» медицинских профессий среди самого населения. В известной степени этому способствуют увеличение численности врачей и отсутствие четкой системы определения их пригодности к данной социальной профессии. Отрицательную роль играют саморекламные выступления некоторых ученых и не всегда обоснованная оценка тех или иных фактов социальной жизни средствами массовой информации, распространение паранаучной информации в СМИ.

Профессия врача предполагает гармоничное сочетание высоких качеств нравственности, гуманизма и высокий уровень профессиональных знаний. Тот факт, что присяга, которую дают представители только врачебной профессии, свидетельствует об уникальности деятельности врача.

Разумеется, весьма трудно оспорить высочайшие достижения современной медицины: информативные диагностические методы с использованием компьютерной медицинской техники, высокоэффективные медикаментозные средства и т.д. Однако на фоне социально-технического прогресса медицины, деонтологические аспекты приобретают сегодня еще большую значимость. Их актуальность обусловлена многими причинами. Основными являются достаточно высокий уровень образованности населения, как общей, так и в области медицины, общая доступность медицинской информации и ее прозрачность, доступность медицинской аппаратуры и медикаментов, предвзятое восприятие фактов, касающихся достижений и недостатков медицины, освещаемых в средствах массовой информации.

Еще одной не менее важной причиной повышения значимости этической составляющей личности во врачебной деятельности в России является изменение привычной для советских людей системы здравоохранения. Часть медицинских услуг стала сегодня платной, возникла страховая медицина, как обязательная, так и добровольная; пациент получил возможность выбирать врача исходя из собственных соображений и предпочтений. Также изменился и сам врач, его духовный облик. Он стал более узко специализированным, что негативно сказалось на общем уровне его образованности и культуры. На общем фоне повышения потока информации, врачам с узкой специализацией гораздо тяжелее в настоящее время повышать свой квалификационный, культурный уровень.

Современный этап реформирования системы здравоохранения в России в очередной раз доказывает непреходящую актуальность здоровья как социальной ценности. Реформа российского здравоохранения на современном этапе декларирована на общедоступность качественного медицинского обслуживания независимо от места проживания пациента, на обеспечение качественной медицинской аппаратурой, необходимым количеством узких специалистов, а также данная реформа направлена на обеспечение рациональной оплаты труда медицинских работников [3]. Основной причиной реформ в отечественном здравоохранении является политика достижения повышения демографических показателей, таких, как продолжительность жизни населения и уровень его рождаемости. Изменения в системе медицинского обслуживания предполагают и изменение подходов к коммуникации с пациентами, заключающегося в доверительном расположении пациента к врачу путем уважительного отношения к личности заболевшего человека.

Впечатление пациента о предоставленных медицинских услугах складывается из разных составляющих: как быстро человек смог попасть к врачу, что этому предшествовало (как правило, длительное болезненное состояние приводит к изменению восприятия человека), как быстро ему был выставлен диагноз, когда были готовы результаты обследования, и как скоро было начато адекватное лечение, доброжелательны ли были врач и медсестра. Для медицинского учреждения в современных условиях несоблюдение правил профессиональной этики персоналом имеет гораздо более далеко идущие последствия, нежели раньше. Пациент приравнен к клиенту и несет в

учреждение деньги (сам, либо за него платит страховая компания). То есть в случае неудовлетворенности качеством услуг, он может выбрать другого врача или учреждение.

Часто несогласованность в работе поликлиник, службы скорой помощи и стационаров приводит к тому, что больные часто «путешествуют» по городу в связи с тем, что по одному заболеванию пациент относится к данному стационару, а в случае исключения этого заболевания и подозрении на другое, человека переправляют в другую больницу. Данная ситуация не может не сказаться негативно на впечатлении пациента, находящегося в болезненном состоянии и остро реагирующего на действия медицинских работников. Такие ситуации также являются результатом узкой специализированности лечебных учреждений.

Люди часто выражают недовольство результатами своего лечения, однако часто по собственной вине или по вине окружающих поздно попадают к врачу, и помочь им порой бывает просто невозможно. Особенно это касается людей суеверных, которые предпочитают визиту к врачу хождения по различным «знахарям», «целителям» и «лекарям». Например, в борьбе с онкологическими болезнями драгоценное время зачастую бывает утрачено. Хотя на сегодняшнем этапе развития медицина и владеет хорошей диагностической аппаратурой и эффективными методами лечения онкологических заболеваний, однако, попавший поздно к врачу тяжело больной человек, склонен обвинять в безрезультатности медицину, что подрывает доверие к ней самого пациента, его родственников и окружающих. Такие ситуации также требуют от медиков соблюдения принципов врачебной этики согласно сложившимся обстоятельствам.

Несмотря на увеличивающуюся с каждым днем внедрение инновационных технологий и современной диагностической аппаратуры в медицину, дегуманизация профессии врача налицо: врачи вынужденно становятся более равнодушными к восприятию болезни пациента, поскольку рассматривают его сквозь призму результатов лабораторных и инструментальных исследований. Врачи зачастую абстрагируются от самой истории болезни пациента.

Опыт медицины показывает, что конфликтные этико-деонтологические ситуации редко вызваны каким-то одним нарушением профессионального поведения медицинского работника. Как правило, это комбинация из нескольких неблагоприятных факторов и причин.

Как бы ни продвинулась техника вперед в своем развитии, человек остается человеком и требует к себе душевного отношения. Развитие технологий не должно создавать барьеров в общении врача с пациентом, когда врач запоминает не индивидуальность больного, а показания приборов. В современных условиях медицинская этика призвана сохранить общепринятые принципы поведения медработников во время выполнения ими своих обязанностей и должна быть направлена на создание необходимых условий для повышения уровня лечения пациентов, а также на ликвидацию негативных последствий некачественной медицинской помощи. Медицинская этика является философией деятельности медицинских работников.

Издревле лечебная деятельность сопровождалась размышлениями, спорами и поисками врачами многих народов и стран. Это отражено в древнейших письменах индийских, египетских, китайских, персидских и русских ученых. В этих памятниках старины, наряду с медицинскими наблюдениями, содержатся мысли и высказывания о качествах, которые необходимы врачу. Эти высказывания находились в довольно разрозненном состоянии до «Клятвы», в которой Гиппократ систематизировал и сформулировал морально-нравственные нормы врачебной деятельности [46, с. 54]. Текст «Клятвы» отражает гуманистический подход автора к проблемам человека. Гиппократ считал, что человек является венцом природы, и его жизнь бесценна. У. Пейнфильд написал, что в Клятве Гиппократа заключены непреходящие истины, и время над ними неподвластно.

Разумеется, каждая профессия и сфера человеческой деятельности имеет свой свод правил и деонтологические нормы. Но нет больше такой профессии, как врачебная, когда в руках врача находится жизнь и смерть человека. И нет такой профессии, которая настолько сильно связана с личными качествами лечащего человека, его нравственными представлениями и отношением к обществу. «Основная задача любой медицинской деонтологии состоит в том, чтобы неустанно напоминать медицинским работникам, что медицина призвана служить пользе пациента, а не пациент – пользе медицины. Вроде на первый взгляд, такие напоминания излишни, все ясно само собой. Однако, опыт медицины показывает, что такие напоминания крайне важны не только в медицине, но и во всех сферах деятельности человека, потому как любые специалисты очень легко и довольно часто склонны переоценивать значение своей деятельности, преуменьшая значение того, кому их профессия должна служить», – написал Н.Н. Петров, известный русский онколог [171, с. 90-93].

Медицинская этика и деонтология насчитывают многовековую историю, и их успехи, безусловно, налицо. На научных и научно-практических конференциях, съездах, встречах и симпозиумах, во многих публикациях и статьях разрабатываются и широко освещаются вопросы медицинской этики и деонтологии. Однако применительно к современному уровню развития медицинских и биологических наук, многие ученые отмечают недостаточность теоретических разработок, которые не поспевают за практической медициной. В связи с этим обстоятельством следует расширить область исследований в данной области и активно внедрять результаты в медицинскую практику. На наш взгляд, медицинская этика должна основываться в своем существовании на гуманизм, принципом которого является утверждение, что высшая ценность мира – человек.

В современной технифицированной медицине возможность применения психотерапевтических приемов ухудшается, и врачи зачастую лечат не самого больного, а болезнь. В связи с этим возникают предпосылки для нарушения принципов, изначально являющихся основой деятельности врача. Потребность в добром отношении к себе у пациента в таких условиях становится еще большим.

В случае нарушения деонтологических постулатов, возможно возникновение ятрогенных заболеваний у пациента, которые в серьезных

случаях могут потребовать вмешательства специалистов. Ятрогения (от греческого «iatros» – «врач» и «genes» – «возникающий») – последствия неверных профессиональных действий медицинских работников, причинение вреда здоровью пациента [185, с. 10-14]. В основном, она выражается в негативных изменениях психики человека. Не последнюю роль в возникновении ятрогенных заболеваний играет склад и черты характера больного, такие как мнительность, неуверенность в себе, тревожность, склонность к ипохондрии, эмоциональная лабильность, ранимость, которые предрешают повышенно нервное отношение к любой медицинской информации, касающейся пациента. Разумеется, неосторожные, ранящие человека высказывания медицинского работника в данном случае многократно увеличивают риск развития ятрогении. Публикация в научно-популярных и массовых средствах информации спорных, а порой даже недостоверных медицинских материалов, неверная санитарно-просветительская работа тоже могут привести к возникновению психической ятрогении.

Сфера медицины представлена не только лечебно-профилактическими учреждениями, но и различными научно-исследовательскими центрами, в которых работают ученые-медики. Эти коллективы имеют свою атмосферу морально-нравственного климата. В наше время невозможно заниматься наукой в одиночку, поэтому нравственные отношения между членами таких коллективов достаточно сложны с точки зрения этико-деонтологических позиций. Необходимо, по нашему мнению, распространить этические требования, которыми руководствуются практикующие врачи, также и на исследователей в области медицины, потому что только с добрыми помыслами возможно творить добрые дела, а злой гений только разрушает.

Несмотря на прогресс в области медицинских технологий и техники, неверно противопоставлять его врачебному мышлению, профессиональному опыту врача и его грамотному психологическому подходу к личности пациента.

Личная и коллективная ответственность перед больными, а в их лице и перед обществом, должны стоять во главе повседневной деятельности каждого врача. Из собственного врачебного опыта, глубоких знаний психологии пациента и его заболеваний, индивидуального подхода к каждому человеку, а также своих личных качеств, складывается личная ответственность врача. Под коллективной ответственностью следует понимать деятельность лечебно-научного учреждения, содержащую концепции, идеи, опыт и традиции самого учреждения с опорой на основные принципы современного здравоохранения.

Современный врач регулярно сталкивается с ситуациями, когда в считанные минуты приходится принимать ответственные решения, решать сложные проблемы, от него в это момент зависят жизнь и здоровье другого человека. Это касается не только диагностических процедур, но и оценки степени риска той или иной процедуры или операции. Это и усилия, направленные на убеждение в целесообразности и получение согласия на экстренное хирургическое вмешательство пациента или его близких. Принятие столь ответственных решений требуют от врача большой концентрации моральных сил, адекватного осознания степени ответственности перед пациентом, коллективом лечебного учреждения, обществом, молниеносной

мобилизации знаний и опыта. Сложность ситуации в подобных случаях заключается в том, что врач не может гарантировать успех на сто процентов, но, в то же время, должен найти оптимальное решение, снижающее риск при операции, и он должен сказать правду, когда операционный риск превышает риск самого заболевания.

С каждым днем возможности медицины возрастают, что повышает требования к работе медицинских работников. В век компьютерных технологий новые методы исследования в медицине приходят на смену старым, но не следует забывать, что основной целью медицины является благополучие человека, и техника не должна препятствовать установлению доверительного отношения пациента к врачу.

Забота о здоровье человека, о том, какими должны быть отношения между медицинскими работниками, пациентами и их родственниками, а также между врачами в коллективе лечебных учреждений и целыми учреждениями, занимающимися вопросами здоровья, – непреходящая проблема людей, которые посвятили себя этому благородному и нелегкому ремеслу. В последние годы, когда уровень развития науки стремительно повышается день ото дня, особенно актуальны вопросы медицинской деонтологии как учения о долге, науке о медицинской морали, нравственном, эстетическом, интеллектуальном облике врача.

Научно-технический прогресс, как известно, не оказал ожидаемого влияния на развитие нравственности общества. Он идет гораздо быстрее, чем эволюция сознания и морали человека, чем изменение его личного и социального поведения. Человечество слишком долго уповало на технику, в которой искало решение различных жизненных проблем. Поэтому выработанное многими поколениями ценность альтруизма, представления о гуманизме, милосердии оказались размытыми, а самым тяжелым следствием этого оказалась проблема экологии.

Проведенный анализ развития врачебной (медицинской) этики дает нам все основания утверждать, что данный раздел этики представляет собой социально-культурный феномен, практически не имеющий исторических аналогов. Профессия врача является уникальной по возможному влиянию и воздействию на здоровье и саму жизнь человека, она дает огромную власть над отдельным человеком и обществом в целом. Под воздействием медицинской науки происходит ускоренное изменение жизнедеятельности человеческого рода – диалог с природой на основе принципа невмешательства прерывается, люди все более зависят от медицины и ее достижений. Несмотря на многообразие социальных ролей, которые выполняет каждый человек, он обречен, тем не менее, оказаться в роли врача в силу полученного образования, или пациента, что наиболее вероятно. Все это кристаллизует медицинскую этику в оригинальный социокультурный феномен, требующий дальнейшего исследования.

Можно утверждать, что в результате увеличивающейся технизации медицины и дробления медицинской науки на множество специальностей, возникла тенденция, уводящая от восприятия больного как единого морального целого, и как следствие, отдаления принципов медицинской деонтологии от

принципов гуманизма и милосердия в обмен на принцип технического прагматизма. Данное обстоятельство вызывает в обществе неудовлетворенность практической медициной, деятельностью многих медицинских работников, что не может не сказаться на престиже самой медицины как социальной ценности. Врач должен помнить всегда, что технизация и специализация в медицине не должны заслонять и умалять саму личность больного. Медицина была и должна быть медициной личности, медициной человека, развития его сущностных сил.

Таким образом, можно утверждать о размывании этических границ и положений, как для врача, так и для пациента из-за прогрессивно повышающегося уровня технизации медицины и узкой специализации врачей, что доказывает острую социальную значимость и необходимость расширения диалога по этической проблематике медицинской науки с обществом.

Что же явилось причиной изменения принципов медицинской этики не в пользу личности пациента? На наш взгляд, изменение общественной морали и изменение места человека в обществе в индустриальный и постиндустриальный периоды истории, стали причинами дегуманизации принципов медицинской этики.

Человек является общественным существом, в сущности неким «гармоническим ансамблем» всех общественных отношений. Потому, что только при условии освоения им специфического образа принятия духовной и материальной культуры человеком, то есть социализации индивида, он может комфортно существовать в обществе. И еще потому, что в современном обществе существует широкое разделение материального и духовного труда, что делает взаимозависимость людей теснейшей. Два этих фактора, которые являются непременным условием совместной жизни в обществе – социальная взаимосвязь людей и их взаимозависимость, и составляют объективную сторону существования основного духовного регулятора жизни общества – морали. С целью достижения сопоставимости личных и общественных интересов исторически возникла система оценок, правил, и норм, которую мы понимаем как мораль. Поведение человека, которое принимается обществом как наиболее верное в данный момент истории, определяется моральным сознанием, которое выражено неким алгоритмом, шаблоном, стереотипом поведения [138, с. 402].

Правила и нормы морали формируются в большинстве своем стихийно, естественно-исторически. Они возникают на основе многолетнего житейского, повседневного поведения людей и превращаются в некий эталон только в случае, если общество осознает их бесспорную пользу общему моральному единству на интуитивном уровне. Получается, что проявление коллективной воли людей, которая через некую систему правил, требований, оценок стремится согласовать интересы отдельных друг с другом людей и с общественным интересом в целом, можно считать моралью. Мораль есть не нечто данное, она означает сбалансированность самих государственных отношений. Любая мораль возникает социально-исторически. Облик морали в конкретную историческую эпоху определяется целым рядом факторов: характером социального расслоения, типом материального производства,

системой общепринятых социальных ценностей, уровнем государственно-правовой регуляции, условиями общения, средствами коммуникации и многими иными факторами. Поэтому, можно сделать вывод, что различные типы моральных систем появляются в качественно разнородных типах общества. Таким образом, каждый тип моральной системы своеобразен, и отражает в себе особенности своей исторической эпохи [216, с. 34].

Например, первобытную мораль отличают непосредственный коллективизм, уравнительное равенство, безусловная взаимоподдержка членов общины. Хотя это трудно назвать моралью, поскольку первобытный человек, абсолютно растворенный в роде, еще не созрел как личность, между тем установившиеся в родовом обществе поведенческие нормы еще не стали самостоятельной формой сознания, не отделились от реального жизни соплеменников в виде недостижимого образцового эталона.

Только в цивилизации с разделением на классы возникла мораль в том значении слова, в котором мы ее знаем. Возрастающая сила производительности общества с последующим разделением труда и появлением частной собственности разрывают естественно-родовую связь самих индивидов. В сложившейся ситуации жесткое урегулирование родовой жизни становится совершенно бессмысленной, человек становится относительно самостоятельным, при этом расширяется сама свобода выбора. Появляется новый нравственный «вектор», суть которого состоит в утверждении нравственной самооценки, суверенности отдельного индивида. Появляется осознание того, что можно выбирать, как себя вести, а не только воспринимать сущностные силы индивида из необходимости, обусловленной некими внешними земными факторами.

При переходе от первобытности к цивилизации, моральный человек – это, в основном, набор добродетелей, воплощение мудрости, дружелюбия, справедливости, мужества, чувства меры, правдивости и т.д. Моральность в раннеклассовом обществе понимается нами как недостижимый идеал, к которому человек должен стремиться всеми своими силами. Мораль, как комплекс отвлеченных, внешних по отношению к отдельному индивиду норм, и нравы, реально проявляющиеся в жизни, зачастую противостоят друг другу. В итоге мораль становится далекой от настоящих обычаев, момент ее возникновения отдалается от реальной жизни, в иной мир, мир, неполненный идеалами. Правила морали понимаются как Божьи заповеди в императивных выражениях, таких как «не укради», «не убий», «не прелюбодействуй» и т.п. [97, с. 57].

С начала буржуазной эпохи мораль становится несколько иной. Ее отличают, на наш взгляд, резко выраженная индивидуалистическая направленность нравов, их эгоистический характер. Смысловым стержнем моральных систем буржуазной эпохи следует признать сам культ разума. Свои ведущие черты данный тип морали сохранил и поныне, хотя в процессе эволюции постепенно увеличилась степень моральной свободы, возросла терпимость общества к различиям личностей людей, возросло уважение к индивидуальным особенностям каждого человека.

Современная мораль является единой и «всемировой», хотя она и учитывает некоторые национальные особенности стран и распространенные религиозные доктрины. Развитие морали и этики происходит при этом в нескольких направлениях. Современная мораль во многом публична. Мирровая глобализация постепенно привела к возникновению проблем, связанных с отношениями между собой крупных территорий, стран и больших групп людей – наций, народов, между гражданами государства и властью. Отдельные люди начинают выполнять публичные функции и встают в особое положение к остальным гражданам. Появилось много категорий граждан, к которым предъявляются особые требования. Это находит выражение в появлении корпоративных и профессиональных кодексов и закрепления определенных норм и правил поведения. Это касается также экономических регионов и городов. В силу этого мораль перестает базироваться на универсальных нравственных принципах. Мораль разрыхляется, и врачебная этика вынуждена обособляться в самостоятельную сферу. Мораль в обществе из теоретических обоснований переходит в сферу сугубо практической деятельности. Создаются комитеты и комиссии по этике, апелляционные комитеты. Отдельным лицам предоставляется право выносить нравственные, этические суждения. Они по форме являются администраторами и осуществляют контакт с различными звеньями: школой, государственными предприятиями, бизнес-структурами. Но по существу, идет снижение моральной ответственности самих граждан.

Мораль стала прогнозировать будущее развитие социальных событий, чего ранее не делала или не могла делать из-за отсутствия возможности производить анализ ситуации, предвидеть кризисы развития в экономической, демографической и экологической областях, самой нравственной культуре. Мораль практически вышла сегодня из сферы религиозного влияния и развивается, на наш взгляд, как светское направление науки. В связи с этим по-новому оценивается сам смысл жизни человека. Человека больше заботят проблемы материального, чем духовного характера. Новая мораль порождает новое отношение к таким нравственным ценностям, как патриотизм, мужество, героизм. При этом, эти нравственные ценности, хотя и соответствуют духу врачебной этики, но, тем не менее, выходят далеко за границы обычных норм.

Изменение моральных принципов произошло в связи с усилением процессов всеобщей глобализации. Миграционные процессы настолько сегодня сильны, что для людей перестала иметь значение общепринятая мораль в рамках какой-либо одной страны. Вопрос защиты своего Отечества перестал быть ценностной добродетелью, поскольку рождение человека на данной территории могло оказаться случайным. Традиционные моральные ценности, такие как смирение, непотворение злу насилем, необходимости отвечать добром на зло, в современном мире практически оказались нивелированными. Общество поддерживает развитие в людях эгоизма, себялюбия, достижения личных целей любыми средствами. Мораль утрачивает свое воспитательное значение для формирования личности и перемещается в сферу корпоративных отношений. А корпоративный дух, как известно, срастается с технократическим духом, который, в целом, оказывает вредное влияние на само общество и личность человека. В результате значимость отдельно взятой личности в

общественной жизни снижается, человек превращается в винтик глобального механизма, средство для достижения общемировой научно-предпринимательской идеи. Ценность человека начинает рассматриваться обществом с позиции его «пользы» для реализации корпоративно-технократической идеи, то есть его трудоспособности. В данной сложившейся ситуации медицина также вынуждена рассматривать человека как механизм, состоящий из частей, каждую из которых необходимо приводить в нормальное дееспособное состояние. Гуманизм в медицинской этике, который был обретен Гиппократом, в таких условиях обесценивается и теряет свое онтологическое значение.

Итак, можно сделать вывод, что изменения принципов медицинской этики произошли в результате преобразования общества и изменения положения человека в обществе; что нашло свое отражение в предложенной нами классификации этапов развития медицинской этики.

ГЛАВА ВТОРАЯ. СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ДЕГУМАНИЗАЦИИ И ГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ

2.1. Социально-философский анализ антропологической компоненты современной медицинской этики

С изменениями общества менялся и сам человек, что, в свою очередь, привело к изменению принципов медицинской этики, объектом которой во все времена являлись межличностные взаимоотношения врача и пациента. На наш взгляд, необходимо рассмотреть изменение образа человека в философии, медицине и культуре для понимания того, что представляет собой образ человека сегодняшнего в качестве потенциального пациента в первую очередь, то есть человека, которого следует исцелить.

Для того, чтобы представить, каким мы хотим видеть человека, прошедшего на сегодняшний день путь от первобытных потомков до современного состояния деятельности, нужно иметь представления о том, каким должен быть человек, и что называется образом человека. Образ человека – ориентир воспитания, в нём запечатлеваются наши ценности, цели, мотивы, установки, ожидания, представления [115]. Образ человека определяет образ идеального «Я», образ «Я», что задаёт целостность личности. Образ человека определяется культурой, а все культуры можно разделить на два типа: индивидуалистические (западные) и коллективистические (восточные). Краткая характеристика двух культур (двух типов цивилизаций) и, соответственно, двух образов человека и базируется на отношении человека к другим людям. Образ человека западных культур характеризуется ценностями индивидуализма: закрытое и автономное «Я», высшая ценность – самореализация и удовлетворение, предпочтение отдаётся самостоятельности и личному благополучию, самостоятельные решения принимаются зачастую против желаний и требований социального окружения. Образ человека восточных культур характеризуется открытой «Я»-концепцией и видится в неразрывной связи с другими, процесс целеполагания выступает как гармония между собственными целями и целями социального окружения. Расхождение между действиями индивида и представлениями о том, каковы они должны быть, порождает ряд негативных последствий, среди которых внутреннее напряжение и невротизация современного человека, что и наблюдается в современном мире.

Образ человека лежит в основе построения «Я» идеального, образа «Я», при разрушении которых теряется способность координировать своё поведение. На чём же базируется идеальное «Я», которое должно быть у каждого человека, что интегрирует личность, даёт человеку возможность быть целостным, для того, чтобы действовать, руководствуясь обобщёнными представлениями о человеке?

Согласно утверждению В.А. Рыбина, «каждой исторически конкретной форме медицины соответствует собственная «антропологическая мера», т.е. тот образ человека, который предпосылочно задается в культуре в качестве «нормы», в качестве цели (если возникает необходимость «исцелить» человека, вернув его в состояние «нормы») и в качестве критерия, определяющего «можно» и «нельзя» по отношению к человеку, т.е. задающего «антропологическую границу» [168, с. 30]. На наш взгляд, именно «нормальный» образ человека определяет характер медицинской этики, то есть восприятие врачом личности пациента.

Исходя из материала предыдущей главы, мы предлагаем рассмотреть формирование понятия «нормы» для исцеления человека через призму 4-х этапов становления медицинской этики: догуманистического (до IV – V вв. до н.э.), гуманистического (V век до н.э. – конец XIX в.), неогуманистического (конец XIX – конец XX вв.), постгуманистического (биотехнологического) (с конца XX в. по настоящее время).

На наш взгляд, изучение изменения образа человека в указанные периоды с позиции философии имеет важнейшее значение. В познании и осмыслении мира философия занимает свое определенное место. В отличие от наук, которые при изучении мира «разорвали» его на специфические части, именуемыми природными или социальными объектами со своими особенностями и законами развития, когда каждый объект изучения отделен друг от друга определенными, хотя и условными, границами, философия изучает мир как единое неразрывно развивающееся целое. В поле философской рефлексии находятся и ненаучные знания, социокультурные ценности, многовековой опыт развития человечества во взаимосвязи с миром и многое другое. Не только с высоты одной науки, – пусть даже самой высокой, какой является сейчас, например, биология, – невозможно осмыслить эволюционирующий мир, но его нельзя всецело охватить мыслью и с высоты философии, и даже от суммирования и интеграции всех наук. Философия все больше и больше играет интегрирующую роль, поскольку через ее «всеохватное око», с обобщающим видением явлений, процессов и событий, философы способны проанализировать взаимодействующие части мира, схватить и описать их в виде системного эволюционирующего целого.

На наш взгляд, анализ образа человека, соответствующего эпохе доисторической медицины, не имеет, в данном случае, решающего значения потому, что как сам вынятый социальный образ человека на тот момент еще не сформировался, как и его представления о самом себе и окружающем его мире. Как не сформировалась и медицина в привычном для нас представлении «врач-пациент».

Рассмотрим образ человека, соответствующий предложенному нами догуманистическому этапу медицинской этики, то есть эпохе медицины, соответствовавшей части первобытно-общинной и части рабовладельческой формаций. Как известно из истории философии, в античности человек не рассматривал себя отдельно от Вселенной, Космоса, что предполагало существование его в гармонии с природой. Природа воспринималась как воплощение совершенства. По мнению А.Ф. Лосева, например у древних греков

Космос является первообразом: «то, что имеется в космосе, имеется и в человеке, а специфически человеческое есть и в космосе. Не существует никакого раскола, никакой бездны между космосом и человеком» [110, с. 137]. Если говорить о различиях философии античности и Древнего Востока, то здесь есть существенные отличия в понимании человека. Древневосточная философия видит человека органичным соединением души и тела, которые определяют друг друга, а не просто взаимосвязаны. В западной философии, начиная с учений Платона, заостряется противостояние души и тела, где душа является утраченной страдающей космической частицей, а тело изначально является природным творением [138, с. 453].

Медицинская культура народов Древнего мира, от Востока до Запада, представляла собой суеверные действия, основанные на многолетних наблюдениях, но не всегда имеющие под собой рациональные, подкрепленные медицинскими знаниями, начала. Объединяющей чертой всех медицинских школ древности являлось отсутствие анатомии и физиологии как частных наук, они были идеализированы. Таким образом, образ человека был нерушимым, целостным и неотделимым от природы. В таких условиях говорить о врачебной этике, направленной на успокоение души человека в нашем привычном понимании, на наш взгляд, преждевременно. Человек получал не больше душевного тепла, чем любое другое творение природы – животное или растение. В дальнейшем, с возникновением классового расслоения, отношение медицины к человеку в большей степени определялось его социальным положением, опиравшимся, тем не менее, на всю ту же целостность и неприкосновенность его образа, то есть тела и души. На *догуманистическом* этапе развития медицинской этики мы характеризуем образ человека как *синкретичный с природой*.

Со временем, совпавшим с приходом в медицину Гиппократов, связавшего воедино все разрозненные медицинские школы древности, мы связали начало гуманистического этапа медицинской этики. Этому послужило создание Гиппократом его знаменитой «Клятвы», воплотившей в себя гуманистическое отношение к человеку, к его личности, независимо от его социального или иного положения. На наш взгляд, «Клятва» является первым документом врачебной этики, в котором отражено истинное милосердие метафизического свойства, над которым неподвластно время.

Уже в это время, представители Милетской школы (V-VI до н.э.) начали высказывать предположения об эволюционном происхождении человека, предполагая его происхождение от другого животного. В то же время формировалось и понятие о душе человека, которая, по мнению Гераклита, не только соотносилась с телесной субстанцией, но и с Логосом. Софист Протагор высказал мысль: «человек – есть мера всех вещей». Ученик Платона Аристотель стремился к преодолению дуализма «душа-тело» [138, с. 47-49].

Благодаря мнению Протагора мы можем все же сделать вывод, что античность была более гуманистической эпохой, чем последовавшие за ними Средние века, которым был свойственен теоцентризм. Значимость человека уменьшалась, поскольку он считался творением Божьим, не имеющим существенной автономии в собственных помыслах. Но в нем видели высшее

воплощение акта божественного творения. Ему поручалось, как пишется об этом в Библии, господствовать над рыбами и птицами, пресмыкающимися и прочими животными, которые населяют планету [9]. Так постепенно в сфере сознания и практики человек и природа теряли свою прежнюю синкретичность, и все более обособлялись как противоположности.

Медицина развивалась, как и вся человеческая культура, несмотря на сопротивление Церкви. В средние века анатомы подвергались осуждению и преследованию со стороны религии за стремление посягнуть на неприкосновенность человеческого организма при попытках проведения вскрытий трупов в научных целях. Но, тем не менее, анатомия привела к развитию хирургии, которая не могла еще считаться отраслью медицины, хирургов относили к ремесленникам. Античные врачи, в отличие от средневековых, с научными целями вскрывали в основном животных [233]. Одновременно усиленно развивались орудия труда и культура в целом. Человек терял привычную зависимость от природы все больше и больше. По сути, религия являлась тем сдерживающим фактором, который мешал приравнять труд хирурга-анатома к труду врача, не нарушающего целостность человеческого тела. Религия предполагала духовность человека, то есть в эту эпоху душа имела преимущество над грешным, с точки зрения веры, телом. Соответственно, отношение медицины к человеку тоже предполагало душевность, сострадание, милосердие.

Хирурги были приравнены к врачам в начале XVIII века. По мнению некоторых авторов, это была вынужденная мера со стороны университетской медицины потому, что получило широкое распространение огнестрельное оружие, применявшееся как на войне, так и при личных конфликтах [221]. Профессия хирурга стала востребованной. Но хирурги не имели технологических возможностей внедрения в организм чужеродных тканей и органов, то есть на *гуманистическом* этапе развития медицинской этики *целостный самодостаточный* образ человека не нарушался. Но, предпосылки нарушения целостности образа человека, на наш взгляд, уже возникли.

Индустриальная революция, выразившаяся в интенсивной технификации всех видов ручного труда, резко изменила образ природного человека. Индустриальная (промышленная) цивилизация в основном завершила космологическое и теологическое существование человека, противопоставила его окружающей природе и обострила противоречия между ними. Духовные предпосылки для этого сложились еще в эпоху Возрождения, которая подчеркивала активность и всемогущество человека, его притязания на власть над природой. В Новое время природа начала рассматриваться как объект деятельности человека, как, прежде всего, его гигантская мастерская. Образ человека начал складываться в форме как исключительно умелого и инициативного работника. Природа – это великая арена практической деятельности, сфера проявления человеком своих сущностных сил. Полагалось, что от природы якобы не следует ожидать милостей, и поэтому ее надлежит подвергать настойчивому штурму с помощью знаний, техники и изощренных технологий, не задумываясь о возможных последствиях этого.

В медицине, как неотъемлемой части культуры, также появились изобретения, направленные во благо человечества. Мы предлагаем считать началом неогуманистического этапа врачебной этики конец XIX века, берущего свое начало чуть ранее 1900 года, когда австрийский врач Карл Ландерштейнер открыл существование трех групп крови (хотя успешные трансфузии выполняли и за несколько лет до этого). Позже, в 1930 году, он получил общественное признание за свое открытие, как и другой Нобелевский лауреат 1912 года Алексис Каррель, получивший свою награду за трансплантацию сердца. С этого момента активное аппаратное вмешательство и вживление в человека чужих человеческих органов стало считаться нормой. Что, как мы считаем, изменило и привычную «антропологическую норму» человека, изменило его образ как чего-то целостного, «неделимого». Такое изменение образа человека изменило и врачебную этику, являющуюся, как мы уже отмечали ранее, частью общественной морали. Мы характеризуем образ человека во медицинской этике *неогуманистического* этапа как *трансформный*.

Еще в 30-40-е годы прошлого столетия В. Вернадский предупреждал, что человеческое общество, ставшее силой геологической, способно и на эволюцию планетарного целого [36, с. 204, 282], «человеческий разум и воля способны целиком переработать всю его природу» [37, с. 272]. Человек начал активно вмешиваться не только в окружающую, но и в собственную природу. Успехи медицины в XX веке продолжали прогрессировать: психофармакология, почечный диализ, трансплантация органов, медицинские безопасные аборты, противозачаточные пилюли, пренатальный диагноз, широкое использование средств интенсивной терапии и искусственной вентиляции легких, драматическое смещение смерти дома к смерти в больнице или других учреждениях, первые проблемы генетических разработок и др. Имелось много технологических достижений, давших, в основном, осязаемые положительные результаты в биомедицинских исследованиях. Но имело место и их применение врачами-нацистами во время Второй мировой войны. Эти факты вместе привели к возникновению широкого диапазона трудных и совершенно новых морально-этических проблем [247]. Достижения биомедицины и их технологическое применение изменили традиционные представления о природе человека и возможностях медицины. А самое главное, о месте человеческой жизни в культуре. Медицина превратилась из диагностической и паллиативной в средство, способное коренным образом изменить течение болезни и отодвинуть смерть. Понятия о жизни в традиционном понимании были заменены на более длительное предвкушение ее проживания, на контроль за воспроизводством человечества, на психотропные препараты, способные менять мысли и эмоции. Мы считаем, что реакцией общества на столь ощутимые представления о человеческой жизни стало появление биоэтики в 1971 году. Как считает Д. Каллахан, все это привело к возникновению глобального вопроса: «Как людям разумно противостоять моральным проблемам, которые были вызваны слиянием больших научных и культурных изменений? Но этот большой вопрос скрыл пугающий диапазон более конкретных проблем: кто должен иметь право контролировать

(управлять) новыми технологиями на стадии становления? Кто должен иметь право или привилегию принимать судьбоносные моральные решения? Как индивидуумам можно было бы помогать в извлечении выгоды от новых медицинских технологий или, если надо, защитить от их вреда? Какие плоды медицинских достижений могут лучше быть представлены? Какое из человеческих достоинств способствовало бы более мудрому использованию новых технологий? Какие учреждения, законы или инструкции необходимы для разрешения возрастающих изменений?» [247, с. 184].

На наш взгляд, с этого времени наступает этап постгуманистической (биотехнологической) медицинской этики. Основной причиной определения «постгуманистической» можно считать следствие нарушения привычной закономерности в общественном сознании, которое выразилось в том, что общественная мораль опережала право, которое, как правило, следовало вслед за моралью. В случае же с биоэтикой, которая представляет собой законодательно разрешенное, но не полностью нашедшее разрешения в общественной морали, применение ряда биотехнологий (суррогатное материнство, использование донорского генного материала и т.д.), наличие моральных дилемм и разрыв между этикой и правом будут, на наш взгляд, только увеличиваться. С появлением новых биотехнологий актуализируются не только морально-этические проблемы социального масштаба, но становится массовым появление морально-нравственных коллизий и психологических проблем для субъекта, вовлеченного, порой помимо своей воли, в сферу биотехнологического процессинга. Например, человек, родившийся при помощи донорского генетического материала, скорее всего, выразит желание узнать свое биологическое прошлое с целью самоидентификации.

Постгуманистическому этапу медицинской этики соответствует историческая эпоха, в которой эволюция жизни органически связана, как никогда ранее, с усложняющимся техногенным общественным развитием, его характером, размахом, направлениями и целями деятельности, с достижениями науки и философии, с научно-философским осмыслением и пониманием современной эпохи и ее глобальных процессов и проблем. Речь идет о стремительно усложняющихся процессах не только общественного развития на основе использования достижений науки, технологий и техники, но и социотехноприродной эволюции земного мира. Ведущей стороной в развитии жизни на планете выступает уже не биосфера с ее накопившимися природными ресурсами в ходе саморазвития жизни, а техногенный социум, стремительно развивающийся и соответственно изменяющий биосферный мир, свое природное окружение.

С позиции всеобщего и проникающего вглубь охвата противоречивого бытия, его множасьих предметов и явлений в основном за счет развития бытия социального и духовного, сейчас исследуются достаточно много крупных и не очень крупных областей взаимосвязанной жизни природы и общества. С вершин же интегрированного философско-научного знания и мировоззрения анализируется и сама усложняющаяся и дробящаяся жизнь – биологическая, общественная, социоприродная, социотехногенная, социотехноприродная, а теперь уже и наступающая искусственная. Рефлексия техногенности развития

человека, его природы – это новое направление в антропологии, связанное с бурным техногенным развитием современного мира. Она становится важнейшим направлением в области философии и науки, поскольку техногенный характер эволюции современного человека, с одной стороны, возносит его на вершины социальности, научно-философских знаний, а с другой – ведет к деградации природного организма, сформированного биосферой. Это особенно ярко проявляется в процессах стремительного роста «цивилизационных» (по сути техногенных) болезней, разрушения психики, морали, сознания, изменения тела человека и его телесности, интеграции человека и техносферы, появлении технологического человека, роботочеловека при внедрении самодействующих органов взамен изношенных и т.п. Человечество находится в начале XXI-го века, и это начало несет в себе весь тот потенциал, достижения и изменения, которые были заложены в веке XX-м. Скорость изменений такова, что осмыслить и извлечь уроки человечество не успевает. Как следствие, возникают крупномасштабные задачи, которые ждут своего решения, и проблемы врачебной этики здесь отнюдь не последние. Частично попытки решить проблему предпринимаются биоэтикой.

Профессиональная власть медиков, традиционно создающая впечатление, что имеет право распоряжаться телами, здоровьем, а нередко и жизнью, исходя из блага «страдающего другого», нередко мало учитывает мнение конкретного другого по поводу содержания этого блага. Следовательно, индивидуальность или «наличность» другого начинает по-новому опознаваться в современных медицинских ситуациях и прежде всего во взаимоотношениях врача и пациента [187, с. 104-113].

«Тот, кто хочет представить себе свою жизнь в целом, обосновать жизненно важные ценностные решения и удостовериться в самостождественности, не может допустить, чтобы в этически-экзистенциальном дискурсе его заменил кто-то другой, будь то лицо или инстанция, которым оказывается доверие. ... Отдельный индивид обретает необходимую для рефлексии дистанцию по отношению к собственной жизненной истории только в горизонте жизненных форм, в которых он участвует вместе с другими, и которые, со своей стороны, образуют контекст для весьма различных жизненных проектов» – дал уточнение П.Д. Тищенко [187, с. 104-113]. Ю.М. Лопухин, академик РАМН, замечает: «Одним из важнейших итогов прошедшего XX столетия является осознание мировым сообществом потенциальной опасности необоснованного внедрения новых достижений биологии в практическую медицину. В конце века в силу ряда причин страх перед атомной бомбой сменился страхом перед «бомбой» медико-биологической» [108, с. 11]. Начало XXI века дало только усиление этой тенденции. Эксперты считают, что через два десятка лет, согласно прогнозам, нас ожидает целый ряд действительно революционных результатов в изучении человеческого генома, и в генной терапии в том числе [19, с. 64-65].

Все это, по мнению Е. Водопьяновой, для человечества «будет означать внедрение геннозамещающих технологий, возможность генетической корректировки всех психических характеристик индивида даже применение «генетической косметики» с целью выбора цвета глаз, волос и, возможно, и

роста. Углубление в тайны мозга, безусловно, внесет вклад в улучшение человеческих способностей и позволит понять загадки духовного мира людей. В свою очередь, перспективы освоения технологий клонирования ряда органов и выращивания тканей человеческого организма, причем с использованием для этого биологического материала самого пациента, позволят снять проблему отторжения органов и дефицита доноров» [41, с. 134-135].

Как считает Ф. Фукуяма, наиболее серьезной угрозой, создаваемой современными биотехнологиями, является возможность изменения человеческой природы и в результате этого перехода к «постчеловеческому» историческому этапу. И подчеркивает: «...человеческая природа существует, и это понятие является существенным. Оно создает стабильную преемственность нашего видового опыта. Человеческая природа формирует и ограничивает все возможные виды политических режимов, и, поэтому технология, достаточно могучая, чтобы изменить нас, может иметь потенциально зловещие последствия для либеральной демократии и самой природы политики» [207, с. 18-19]. Ф. Фукуяма, говоря об этом, акцентирует внимание на наиболее актуальных, с позиции последствий для природы человека и прогресса социальной инженерии, современных научных направлениях: нейрофармакологии, геной инженерии, продлении жизни, роста уровня знаний о мозге [207, с. 31].

Как считают ряд исследователей, контроль человеческого поведения, связан ли он с желанием изменить его природу или стабилизировать ее, актуализирует такое явление и понятие как «биовласть». Сегодняшняя власть опирается в своем проявлении на определенную человеческую природу (моральную, коммуникабельную, социально адекватную и т.д.). Всякое ее изменение можно рассматривать как покушение на основу власти, которое может привести к ее уничтожению. Поэтому биовласть неслучайно становится сегодня настолько актуальной, потому что «от того, какова есть природа человека, зависит прочность общественных и властных конструкций современного мира» [222, с. 24].

Обозначенные выше проблемы касаются основ сохранения личности человека, его самого как биосоциальную структуру в условиях процессов отчуждения, усиливающихся и всесторонних. Последний вопрос часто представляют как антропологический кризис современности. Под этим можно подразумевать угрозу телесности человека, которую представляет для нее активно деформирующийся современный техногенный мир.

С целью полного представления проблемы современного образа человека, на наш взгляд, необходимо рассмотреть его также и в современной культуре. Каким образом культура формирует личность? Культура есть та жизненная среда, в которой только и возможна реализация личности. Слагаемые личности, которую формирует культура: система ценностей (среди них – идеал личности); социальные роли, играемые личностью в различных ситуациях; комплекс представлений о себе, созданный из мнений других. Сумма этих элементов – есть социальная личность индивида.

Если проецировать данный взгляд на представление о человеке с позиции философской антропологии, то, в нормальном, на наш взгляд, случае

идеальное «Я» здорового человека базируется на представлениях о том, каким должен быть здоровый человек, то есть на образе здорового человека. По мнению В.А. Рыбина, «здоровье – это антропологический образ исторически конкретной культуры, т.е. Образ Человека, воплощающий в себе полноту человеческих возможностей на определенном этапе развития человечества» [197, с. 11-14]. Сегодня же мы имеем дело с зарождением новых парадигм социокультурного устройства мира:

- возможностью заменить поврежденные или отработавшие свой срок органы и ткани, постановкой на поток пластических операций по изменению внешних данных. Известно, что важнейшими основаниями, по которым человек идентифицируется в социуме, являются его происхождение, характеристики телесные и характеристики личностные. От такой идентификации зависят его публичный и приватный статусы, правоспособность, функциональность и др. Наличие некоей критической массы замен органов и тканей рано или поздно поставит вопрос о тождестве исходного и производного. Благодаря современным технологиям физическое изменение организма стало массовой рыночной услугой. Ряд авторитетных представителей научного сообщества и энтузиасты – адепты инновационной идеологии всерьез ставят задачу уже в ближайшей перспективе разработать новое искусственное и более совершенное тело человека;

- возможностью клонированного происхождения отдельных индивидов. Здесь можно предвидеть аргументированные возражения, опирающиеся на существующий в большинстве развитых стран запрет на репродуктивное клонирование человека. Однако подобный запрет не является фатальным и может быть преодолен (как путем официального снятия, так и несанкционированно) в любой момент. Достаточно того, что технологии репродуктивного (собственно человека) и терапевтического (отдельных органов) клонирования не отличаются. Как справедливо отмечает П. Калинин, «клон человека — это не атомная бомба, лаборатории, в которых он может быть произведен, мобильны, а информация об этом относительно открыта. Клонирование человека может быть осуществлено при соответствующем техническом обеспечении в любой из развивающихся стран. Но, как правило, правовое регулирование этой сферы в развивающихся странах отсутствует» [18, с. 38]. Сами же технологии постоянно совершенствуются на животных, клонирование которых уже становится массовой рыночной услугой. Да и законодательство о клонировании постоянно смягчается по мере готовности общественного сознания к новым открытиям науки [176, с. 161-163].

На наших глазах меняются представления о фундаментальных социокультурных феноменах, таких как родство, Родина, личность, идентичность. Пластичность физических и личностных характеристик человека – его ускользающая сущность – набирающая силу тенденция, которая уже начинает вносить существенные коррективы в представления о человеке как социальном субъекте и культуре как регуляторе социальной жизни. Начало использования в Европе метода геной терапии – ожидаемый медицинский факт, кладущий в то же время начало переосмыслению социокультурных парадигм, поддерживающих природное таинство

происхождения человека и описывающих процессы социализации и обучения как медленные, рутинные воспроизводственно-упражненческие процедуры. Данный факт материализует многочисленные прогнозы изменения самой природы человека благодаря такому научному направлению, как биоинженерия. «Достоверно установлено, что преимущественно генами определяется множество психологических и интеллектуальных характеристик человека. Например, такие фундаментальные качества, как активность и пассивность, мнительность и тревожность, экстравертность и интровертность, самостоятельность и зависимость, альтруизм и эгоизм, интеллект, агрессивность или сексуальность», – пишет В. Вельков [32, с. 17]. Человек получает возможность проектировать самого себя, манипулируя генами, исходя из тех или иных феноменологических представлений о себе «идеале» или в целях предотвращения вероятных проблем со здоровьем. Сама по себе такая возможность преодолевает божественное таинство зарождения жизни, в значительной степени разрушает фаталистическое мировоззрение, наделяя ответственностью за выбор самого человека.

Сегодня медицинская биотехнология усиленно развивается во всем мире, в некоторых странах, например, Японии, биотехнология объявлена «стратегической индустрией», а в других, Израиле, входит в число научных направлений с указанием «национальный приоритет». Иными словами человек из априори природного существа постепенно превращается в существо изначально культурное. Не в смысле врожденного присутствия хороших манер и готовых знаний, а в смысле искусственно отобранных и технологично скомпонованных качеств, набор которых ранее был непредсказуем. Сам человек, как будто какой-либо предмет, начинает создаваться искусственно, исходя из замысла создателя – другого человека. Данная тенденция потребует пересмотра как статуса родителей, становящихся в прямом смысле творцами будущего своих детей, так и самой логики социализации. Возможно, социализация будет начинаться с проекта будущего ребенка, а ее технологии будут основаны на непротиворечивом подборе генов, выполняемом медицинскими специалистами по предписанию психологов и педагогов. В этом вопросе, тем самым, уравниваются позиции Бога и человека, и это послужило возникновению дискурсивной биоэтической площадки между академической наукой и религией. И здесь нельзя не согласиться с П.Д. Тищенко, подчеркивающим, что в «эпоху биотехнологий человек разыгрывает самую опасную игру – он «играет в Бога» [20, с. 108].

Сегодня, во втором десятилетии XXI века (ноябрь 2013 года), один из пионеров расшифровки человеческого генома и создатель первого синтетического организма американский биолог и генетик Крейг Вентер, рассуждая о прошлом, настоящем и будущем синтетической биологии, говорит: «Индустриальная эпоха заканчивается, переходя в эпоху биологического дизайна. Уже сейчас ДНК существует в виде оцифрованных данных. Благодаря развитию генетической инженерии и синтетической биологии мы можем манипулировать ДНК, как нам заблагорассудится, а благодаря оцифровке биологической информации способны передавать её с помощью электромагнитных волн куда угодно, как если бы у нас был «биологический

телепортер». Геном — это что-то вроде программного обеспечения клетки, и чем больше мы про него знаем, тем лучше понимаем, как работает клетка. Более того, мы можем отредактировать этот «софт» так, чтобы изменить работу «железа», то есть клеточных молекулярных машин». Так Вентер комментирует этичность проводимых исследований: «Проблема исследовательской ответственности сопровождает любое открытие и любую технологию... Разумеется, важно прилагать все усилия во всех общественных областях, от образования до политики, чтобы новые технологии оставались не только эффективными, но и безопасными. Меня пугают не столько новые технологии, сколько упущенные возможности» [34].

Мы характеризуем образ человека, соответствующий *постгуманистическому* этапу медицинской этики, как образ *«биологического дизайна»*.

С каждым днем все большую популярность приобретают идеи трансгуманизма. Главной целью этого мировоззрения является бесконечное совершенствование человека, основанное на внедрении новейших технологий. «Сегодня трансгуманистическое движение набирает силу по всему миру. С 1998 года действует Всемирная Трансгуманистическая Ассоциация, объединяющая более 3000 членов» [165].

Казалось бы, сами технологии не несут угрозы для физического здоровья человека, скорее, наоборот, осуществится мечта человечества о бессмертии, жизни без болезней, неограниченных умственных и физических возможностях. Но велика вероятность, что биомедицинские инновации будут доступны преимущественно так называемому «золотому миллиарду», и это, по сути, может расколоть общество на два вида *Хомо сапиенс*: смертных и бессмертных. И тогда единство человечества может уйти в историю. К тому же, с ростом возможностей биомедицины, цена технологической ошибки для личности ощутимо возрастает. Благодаря возможностям биодизайна человек начнет сам определять и задавать телесное и смысловое содержание своей жизни (увеличение продолжительности жизни, достижение здоровья через генетические коррекции), то есть континуум человеческой жизни будет задаваться самим человеком, а здоровье и сама жизнь могут стать прямыми объектами купли-продажи, что определенным образом обесценивает личность человека.

Один из пунктов, предложенный трансгуманистами для достижения своей основной цели, заслуживает, на наш взгляд, особого внимания — «как можно более отдалить, а в идеале — отменить старение и смерть человека, дать ему право самому решать, когда умирать и умирать ли вообще» [102]. По сути, если человек, имеющий возможность продолжать жить, станет решать, имеет ли смысл это делать, то здесь речь идет о возможном самоубийстве, и, как следствие, возможной эвтаназии, потому как вероятна, при возможности «хорошей жизни», и возможность «хорошей смерти». На наш взгляд, суть данного пункта идеи *трансгуманизма* идет в разрез с принципами *гуманизма*.

По нашему мнению, само мировоззрение трансгуманизма и прогрессирующее применение биотехнологий, в конечном счете, несут угрозу привычной общественной морали как регулятору общественных отношений.

Возможно развитие сценария, когда исторически сложившиеся ценности и нормы, определявшие социальные взаимодействия на протяжении веков, сменяются исключительно правовым (юридическим) регулированием. Понятие «нормы» для человеческого организма перестанет иметь четкие границы в связи с постоянным внедрением в него последних достижений биологии, дающих новые возможности, облегчающие существование физического тела. Значение личности в сложившихся условиях потеряет былую значимость, как и, возможно, исчезнет привычное понимание категорий «здоровье-болезнь». Все это может привести к изменению привычного для нас представления медицины как модели взаимодействия «врач-пациент» в результате размывания внятного социального образа человека в связи с потерей основной природной компоненты. Таким образом, мы можем вернуться к такому уровню этических отношений, который можно характеризовать как их отсутствие. На наш взгляд, может наступить *постврачебный* этап этики в медицине, в котором образ человека можно будет охарактеризовать как *отчужденный от тела*.

Взлеты и трагедии XX столетия привели к тому, что философы во многом по-новому задумались над вопросами места человека в мире и мира самого человека. Эти вопросы в экзистенциальной философии стали главными, хотя и в других философских направлениях (социобиологии, герменевтике, фрейдизме, структурной антропологии и др.) они прослеживаются хорошо. Основной проблемой философии с этих взглядов должно стать бытие человека, на первом плане должно быть значение личности, индивидуальности, конфликта жизни и смерти, личности и общества. Именно конкретная индивидуальность, реальный гуманизм, забота и внимание к каждой личности становятся сильной стороной современной философии. Вопросы жизни и смерти, «пределной ситуации», этической ответственности личности знакомы любому человеку, умеющему мыслить, что и делает ответственным настоящим философские концепции за мораль происходящего в техногенном мире. В связи с появлением новой проблематики существования человека как продукта «биологического дизайна» возникает необходимость в открытии «второго дыхания» экзистенциальной философии, которая была бы призвана помочь решать жизненные коллизии, совершенно немислимые еще вчера.

Западная цивилизация, поднявшись до фантастических технологических высот, создала человеку высочайший уровень автономности от общества, практически устранив естественный отбор. Уже миллионы новых людей на Западе рождаются и выживают после рождения, интегрируются в сообщества, оставляют потомство не вследствие природной силы организма или интеллекта, но благодаря высоким технологиям и социальному обеспечению. Продолжительность жизни европейцев и американцев (США и Канада) растет в силу развития медицинской науки. В этих условиях самоорганизация общества, основанная на правах и свободах личности весьма высока, а регулярно сменяемые члены правительств мало чем отличаются от обычных граждан. Религиозная составляющая в миропонимании и восприятии все больше отходит на второй план. Религия остается хранителем этики, моральных ориентиров, для некоторых даже только ритуалом, выполняющим во многом терапевтические функции. Экономическая экспансия Запада (нужно

было продвигать свои товары и услуги по всему миру) способствовала формированию таких культурных норм и ценностей как открытость миру, толерантность (восприятие другого как потенциального покупателя), готовность к диалогу.

Итак, мы можем обозначить основные тенденции социокультурных трансформаций в XXI веке, явно проявившихся к началу его второго десятилетия: кризис идентичности, пластичность социокультурных характеристик человека, принадлежащего культуре современного общества, и разрушение традиционных оснований идентификации личности.

В результате проведенного выше анализа можно предположить, что образ человека в медицине до конца XIX века не претерпевал критических изменений в силу постепенного прогресса медицины. С конца же XIX века, в связи с появившейся, благодаря новым открытиям в области трансплантологии и фармакологии, возможностью вторгаться в организм человека и моделировать его, границы «нормального» антропологического образа человека стали терять четкие очертания. Вторая половина XX века дала миру еще более угрожающие, с точки зрения нарушения природной целостности человека, открытия. Возможность влиять на процессы зачатия и рождения человека, на продолжительность его жизни, успехи в области генной инженерии привели в начале XXI века к тому, что понятие «нормы» здоровья человека является весьма относительным и во многом зависит от прогресса медицины, а не от природы. Соответственно, достаточно ощутимо теряет свои привычные контуры и образ человека, а вслед за этим смысл и ценности его бытия. Все это привело к тому, что вместо гуманистических принципов во врачебной этике стали превалировать принципы биологического прагматизма, продиктованные принципами современной биоэтики. При имеющейся эволюционной тенденции к усложнению социализации личности человека, наблюдается некое упрощение восприятия его медициной через призму биотехнологий, что низводит его до уровня любого другого живого существа.

Таким образом, с каждым новым внедрением биотехнологий в медицину, увеличивается несоответствие между потребностью личности пациента во внимании врача к нему как к личности, в демонстрации гуманизма и милосердия, и отношением врача к пациенту как к успешному результату биотехнологий.

Вывод: трансформация антропологической компоненты медицинской этики есть результат размывания целостного образа человека в медицине и культуре с конца XIX века вследствие неуклонной технологизации всех сторон общественной жизни, результатом чего явилась замена гуманистической модели взаимоотношений в медицине на биоэтическую или прагматически-правовую.

2.2. Этические ориентиры при разрешении современных проблем медицинской этики

В результате проведенного социально-философского анализа проблем медицинской этики в современных условиях можно утверждать о необходимости создания института медицинской этики, опирающегося на философский подход в медицине, подразумевающий целостное восприятие человека как объекта врачебной деятельности. В данное время произошло размывание гуманистической ответственности врача в результате узкой специализации медицины, ее коммерциализации, перехода отношений от категории «врач-пациент» к категории «врач-прибор-пациент» и «поставщик-потребитель медицинских услуг». Каждая из новоявленных моделей отношений между лечащим и больным человеком, в конечном счете, искажает истинную цель медицины – возвращение человека к здоровому, гармоничному, предписанному природой существованию.

Модель отношений «врач-прибор-пациент» исключает восприятие личности нуждающегося в медицинской помощи человека в полной мере. Показания высокотехнологичных приборов с точки зрения современной медицины объективнее оценивают его физическое состояние, нежели его же субъективные страдания. В результате может стать так, что даже при положительном результате лечения человек окажется неудовлетворен качеством медицинского вмешательства, так как для пациента его душевное благополучие имеет не меньшее значение, чем отсутствие физической боли.

При контрактно-предпринимательской схеме отношений между врачом и пациентом гуманное отношение к больному, либо к желающему получить медицинскую услугу человеку, нередко заменяется со стороны медицины доминирующим, в данном случае, желанием получения прибыли. В результате развития технологий, позволяющих моделировать человеческий организм в обход природе, здоровый, с точки зрения медицины смысл, может уступить место неоправданному с позиции здоровья желанию пациента (клиента).

В данных обстоятельствах заповедь «не навреди» приобретает новое значение. Согласно принципам биоэтики, ставшим этическим руководством для представителей медицины конца XX – начала XXI века, содержащим в себе принципы информированного согласия и добровольного участия в медицинских вмешательствах, человек сам может принимать решение о допустимых вторжениях в его организм.

На наш взгляд, Клятва Гиппократа, практически без изменений пережившая около 2500 лет, и служившая неким корпоративным кодексом чести для врачей в различные периоды истории медицины, в современных реалиях подвергается замене на прагматичные принципы биоэтики, представляющие, по сути, некий синтез правового регулирования спорных этических вопросов медицины и попытки переложить часть ответственности с врача на пациента. Свобода совести, возрастающая с увеличением доли регулирования всех сфер общественной жизни правом, постепенно распространяется и на медицину. Последствия данного обстоятельства могут

иметь далеко не прогрессивные для человечества последствия. Врач, биолог, призванием которого на протяжении всей истории медицины являлось лечение и продление жизни пациента, в результате возросших возможностей медицины, начинает выполнять не свойственные для себя функции – творит человека или становится исполнителем желаний больного человека, способными нанести вред ему самому. Крайне предельным результатом данной подмены функций врача может стать узаконенное исполнение смертного приговора, вынесенного себе пациентом, – эвтаназия.

Сегодня, на наш взгляд, возникла необходимость создания неформального института медицинской этики, опирающегося на принципы Клятвы Гиппократова, в связи с возникшей социальной потребностью целостного восприятия личности пациента в медицине.

По мнению Э. Дюркгейма, общественные институты – это «фабрики воспроизводства общественных отношений», а врачебная этика в ее современном состоянии как никогда нуждается в воспроизводстве и возрождении былых ценностей, одной из которых является восприятие, в первую очередь, пациента и только потом болезни. По мнению американских исследователей Дарона Аджемоглу и Джеймса А. Робинсона именно характером общественных институтов, которые существуют в той или иной стране, определяется успех либо провал развития этой страны. Авторы утверждают о невозможности экономического развития общества без опережающего общественного развития, то есть без образования социальных институтов [249]. Учитывая, что проблемы врачебной этики сегодня становятся интересны все большему количеству людей, создание института медицинской этики актуально.

Исходя из высказываний вышеназванных авторов, нами предлагаются следующие принципы института медицинской этики: прозрачность, гуманизм, милосердие, преемственность.

Нами предлагаются следующие функции, которые следует выполнять институту медицинской этики: образовательная, воспитательная.

Необходимо, на наш взгляд, в рамках данного подхода, ввести обязательное повышение квалификации по актуальным вопросам врачебной этики и гуманитарным дисциплинам для всех категорий медицинских и фармацевтических работников со сдачей экзамена по аналогии с повышением квалификации по специальности.

Сегодня структура обучения в медицинских вузах выглядит следующим образом: гуманитарные науки занимают 15%, медико-биологические – 28% и профессиональные – 57% [123, с. 91]. Мы считаем, что для гармоничного развития личности врача, способного принять ответственные гуманные решения, доля изучаемых гуманитарных дисциплин должна составлять не менее трети от их общего числа. Мы рекомендуем внедрить в учебный процесс изучение социологии, культурологии, философской антропологии, медицинской антропологии, социальной антропологии, истории медицинской этики и деонтологии. А на сегодняшний день будущим врачам преподают лишь психологию, философию, правоведение, экономику и историю Отечества.

В современных условиях необходимо проводить курсы по медицинской деонтологии для всех медицинских работников, психологических тренингов с целью гуманизации современной медицинской деятельности. Основным правилом при этом должно быть утверждение, что больной всегда прав, так как цель современной медицины – благополучие самого человека.

Понимание таких важных категорий духовного мира, как смысл жизни, концепция индивидуальности, невозможно приобрести, опираясь лишь на медицинские знания. Ведущую роль в постижении аксиологических проблем человеческой жизни, формировании системы ценностных ориентаций аксиологического «Я» играют социально-гуманитарные науки. Вершиной системы ценностных ориентаций является концепция жизни во всех разновидностях.

Поэтому в процессе усвоения науки необходимо сделать решающий шаг, который формулируется обычно как переход от знаний к убеждениям. Такой переход предполагает глубокую перестройку внутреннего мира человека, взятого в единстве всех его компонентов – гражданских, интеллектуальных, психологических, этических и т.д. Убежденность выступает как синтез, сплав сознания и поведения: чем выше уровень сознания человека, тем содержательнее в общественном смысле его поведение. По какому признаку можно судить об истинных чувствах и помыслах личности? Такой признак может быть лишь один: действия личности. Убежденность предполагает последовательное претворение идей во всех своих делах и поступках.

Усвоение и принятие той или иной духовной ценности человеком первично проходит стадию осознания, осмысливания и затем уже определения своего отношения к ней. В этот процесс включаются психологически обыденное сознание, сфера эмоций и переживаний. Знания превращаются в убеждения, если они глубоко прочувствованы. Безразличие человека свидетельствует о разрыве, несовпадении содержания знания с интересами и целями личности. Убежденность выступает как результат рационального познания мира и как выражение эмоционально-оценочного отношения к нему, а поэтому представляет собой единство знания (разума) и чувства (эмоций). Только в этом случае проявляется существенная особенность общественного (и индивидуального сознания) – его активность, способность регулировать поведение и деятельность личности.

Убеждение не может быть получено человеком извне в готовом виде. Убежденность не является результатом пассивного созерцания, а предполагает активность обучающегося. Здесь важное значение приобретает метод самоубеждения, когда студент-медик сам на основе знаний и собственной практики делает вывод о ложности или истинности тех или иных убеждений, того или иного способа поведения. В формировании убежденности у будущих врачей значительную роль играет личность преподавателя, его знания, моральные качества, общественное лицо. Особо важное значение имеют такие черты, как органическое единство знаний и чувств, добра и красоты, культура общения, неукоснительное исполнение долга перед пациентами и коллективом, а также повседневные нормы поведения, как честность, правдивость, скромность, доброта, эмпатия и т.д.

Клятва Гиппократа, воплотившая в коротком тексте всю философию гуманистической медицины, сегодня актуальна как никогда ранее. Слова, содержащиеся в ней: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария» [46, с. 10], свидетельствует о невозможности участия врача в каких-либо действиях, направленных на причинение смерти пациенту.

Следующая фраза из Клятвы – «Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство» [46, с. 10] предполагает восприятие врачами принципов гуманистической этики Гиппократа как образа жизни. Противопоставить этому можно сегодняшние профессиональные кодексы врачей, предписывающие вести себя этично в отношении к пациенту лишь в рабочее время. На наш взгляд, данное обстоятельство является следствием предпринимательских отношений в медицине как результата утраты образа человека в культуре и медицине. И выходом здесь может стать разграничение этики собственно медицины и медицинских услуг, не имеющих жизненной необходимости.

По нашему мнению, только человек с высокой степенью нравственности, находящей отражение во всех жизненных ситуациях, в том числе и вне работы, может вызывать полное доверие пациента. Потому что не может быть у человека двух моралей по отношению к больным людям – во время рабочего времени и вне него. Возможно, такое отношение к людям применительно в любых других сферах деятельности, где человек почти всегда является клиентом, которого воспринимают как орудие для добывания денег, а вне рабочего времени человек не воспринимается вообще. То есть, образ человека исчезает совсем. Для медицины, на наш взгляд, данный подход абсолютно неприемлем. Потому как в часы отдыха врача от работы пациент не может перестать существовать с позиции бытия, которая представлена в медицине состояниями здоровья и болезни, не зависящими от рабочего времени как врача, так и самого больного.

Важно, на наш взгляд рассмотреть, насколько соответствует Клятва Гиппократа ситуации в западных странах, благодаря достижениям которых мы получили новые биомедицинские технологии. На современном Западе некоторые ее пункты противоречат реальному положению вещей. В Бельгии, Нидерландах и некоторых штатах США эвтаназия разрешена законодательно, на аборт в большинстве государств запрета нет. В США врачебная помощь террористам и потенциальным террористам признана незаконной и уголовно наказуема, что противоречит словам Клятвы Гиппократа. В связи с заметным несоответствием современным реалиям Клятва была признана устаревшей, и в 2002 году авторитетными американскими и европейскими медицинскими организациями разработана Хартия медицинского профессионализма, которая выглядит очень многословной и малоконкретной [54]. Основные ее принципы: исключительное право пациента на окончательное решение, обязательная полная информированность больного по всем вопросам, включая врачебные ошибки, одинаковая доступность лечения по действующим стандартам для всех пациентов. От Клятвы Гиппократа сохранились положения о врачебной тайне,

недопустимости сексуальных домогательств и использования служебного положения в личных целях. Подробно освещается необходимость сохранять, развивать, углублять и совершенствовать профессионализм. Принципиально новый и интересный аспект (актуальный ныне и для нашей страны) – врач должен «распознавать и доводить до сведения широкой публики конфликты интересов, которые возникают в его профессиональной деятельности». Речь идет об отношениях с коммерческими структурами – фарминдустрией, страховыми компаниями, производителями медтехники. Западный менталитет допускает мысль, что медицина для доктора – это работа, а не смысл и единственное наполнение жизни. Резюме Клятвы и присяги – понятие в большой степени ритуальное. Тот же менталитет допускает, что гуманизм профессии врача – не следствие чувства ответственности за нарушение Клятвы Гиппократа. Наоборот, у тех, кто выбирает медицину по призванию, исходно присутствуют соответствующие нравственные установки и ориентиры. Профессиональные этические принципы продолжают формироваться и в процессе обучения, и по ходу приобретения врачебного опыта. Каждый врач дает себе клятву сам, и только он сам знает ее суть. А возможно, что некоторые врачи и вовсе не считают нужным обязывать себя какой-либо бы то ни было клятвой... Возникает вопрос. А в чем может выражаться суть своей клятвы для врача западной культуры, сформировавшейся под влиянием общественной морали, главное для которой – состояться как успешный предприниматель? Ответ, на наш взгляд, очевиден.

Для возвращения профессии врача в гуманное русло необходимо привести состояние врачебной этики в соответствие с общечеловеческими ценностями, которые в связи с трансформацией общества в сторону преобладания технологий в социальных отношениях, тоже претерпевают изменения.

В современных реалиях, в связи с существенными изменениями социальных, политических и культурных условий жизни общество, материальные ценности возобладали над духовными. Преобладание техники над общечеловеческими ценностями, средств над смыслом, смысла над целью, являющимися основными чертами технократического мышления, стало нормой. Материально это выражается развитием информационно-технического потенциала, увлечением общества продуктами научно-технического прогресса. В России ситуация обостряется еще и тем, что страна находится в переходном состоянии, экономика, образование и другие сферы жизнедеятельности находятся в затруднительные положения.

Основные силы человека в таких экстремальных условиях направлены на зарабатывание денег, а не на моральное благополучие и сохранение психического здоровья. Это становится причиной равнодушия по отношению ко всему окружающему и нарастания агрессии.

Все эти обстоятельства вынуждают нас признать, что нашему обществу необходимо обратиться к культурным ценностям, одним из которых является милосердие. Оно есть действенная и сострадательная любовь, которая распространяется на все живое и выражается в желании помочь каждому, кто в

этом нуждается. Милосердие противопоставляется агрессии и равнодушию. На наш взгляд, именно милосердие является основой идеи Клятвы Гиппократа.

Задолго до того, как люди назвали милосердие милосердием, появилось само это явление. В Древней Греции, Древнем Риме обеспеченные граждане старались оказывать помощь нуждающимся в пище и одежде. Было привычным организовывать общественные обеды, раздавать беднякам пищу, одежду, деньги. Однако, как считает Гусейнов, все это не может рассматриваться как благотворительность и милосердие, потому что помогали пищей и деньгами не всем, а только состоявшим в патриархальном родстве. Тем более, что пожертвования носили не добровольный характер – богатые были обязаны помогать бедным, а нуждающиеся требовали помощь как свое законное право, а не просили о ней. Тот общественный строй нуждался в благотворительной деятельности, но моральные нормы Афин и Древнего Рима гуманное отношение к людям отвергали [154].

На разных стадиях развития общества складывались разные представления о гуманизме и милосердии. На наш взгляд, только деятельное милосердие является истинным. Задача педагога заключается в раскрытии потенциала положительных эмоций в человеке для пресечения проявления агрессии, выраженной в отрицательных поступках, потому что в каждом человеке и добро и зло заложены изначально. Семья тоже играет немаловажную роль при воспитании позитивного и доброго восприятия мира воспитуемым. Полюбив родителей и близких людей в семье, человек переносит любовь на все окружающее.

Нельзя выделить какой-то ведущий мотив совершения добрых поступков, их достаточно много, например: являющийся отрицательным мотив возвышения своего «я» в собственных глазах; являющийся основой, способствующей развитию дальнейшей мотивации в положительную сторону, мотив желания соответствовать морально-нравственной норме; внешний мотив реакции окружающих на поведение и поступки; и мотив высокой степени развития мотивации – эмпатия как внутренний мотив.

Истинное проявленное милосердие совершенствует человека, развивает его духовно, формирует любовь к человеку. Умение любить человечество в целом является самой высокой ступенью развития души. Оно является результатом возникновения нравственных задач, при ситуации сочувствия другому человеку, когда решение задач происходит без полного наличия требования готовности решения.

В своих трудах большое количество деятелей образовательных школ уделяли внимание вопросу воспитания милосердия (Д.С. Лихачев, А.С. Макаренко, Ш.А. Амонашвили). В литературных источниках отражены многообразные средства и методы, направленные на решение этой задачи.

Решение проблемы агрессивности в общественных отношениях исследователи связывают с гуманизацией отношений между людьми. Воспитание основ милосердия у молодежи и подростков можно рассматривать в качестве одного из способов достижения этой цели. Результаты воспитания милосердия невозможно увидеть незамедлительно, они отодвинуты во времени

достаточно далеко в будущее, само воспитание данного феномена требует продолжительной педагогической работы.

Специфика педагогики гуманистической может быть обозначена как система воспитания информационной цивилизации, и она имеет конкретные установки и приемы воспитания гуманности. Основные из них – воспитание уважением к личности, заботой о ней, доверием к человеку; воспитание через призыв к ответственности, здравомыслию; привитие творчества как образа жизни; воспитание обучением исследованиям в пределах нормы морали и нравственности; обучение принятию гражданских, экологических, правовых и нравственных решений; воспитание через решение проблем экзистенциального характера; воспитание творчеству и установлению смыслов [68].

Все эти образовательные методы объединяет то, что учитель заставляет обучающегося самому оказаться в этих состояниях и переживаниях – жизненных ситуациях выбора, разных смысловых ситуациях, этических дилеммах, творчестве, доверии, ответственности. Невозможно научить молодого человека, подростка всему этому, находясь морально и психологически выше него, только совместное переживание общей ситуации, обогащающей как внутренний мир и опыт педагога и ученика, может научить сочувствию и милосердию.

Согласно мнению сторонников гуманистического воспитания, для становления самодостаточной, милосердной личности, человек должен чувствовать себя любимым, окруженным благожелательными людьми. В результате правильного воспитания он должен прийти к мнению, что его окружают заботящиеся о его благе люди, и что требования их носят благие помыслы, а вовсе не враги с ним рядом, желающие навязать свое мнение. Педагог в то же время должен всегда давать понять обучающемуся, что даже при самом гуманном отношении к нему, он должен сам принимать решения, выбирать жизненный путь, чувствовать и мыслить. То, что образование в данном контексте, процесс двусторонний, забывать не стоит.

Философы, психологи, педагоги, сторонники гуманистической идеи, многократно озвучивали мысль о том, что формирование общих ценностей нашей жизни происходит при испытании конкретных переживаний. Например, мнение П. Куртца таково, что только там, где люди полнокровно живут и действуют, делая при этом сознательный выбор, происходит возникновение человеческих ценностей. Ценности – это то, что уважаемо и предпочтительно в обществе. Известный психолог Маслоу, приверженец гуманистической мысли, пишет о важности деятельности, направленной на формирование ценностей и интересов. Его мысль о том, что человек захочет совершенствоваться, чтобы стать лучшим в своем окружении, только при удовлетворении базовых физиологических и метапотребностей в справедливости, совершенстве, красоте, правде и прочем, широко известна. Задача педагогики гуманизма – помочь воспитаннику осознать, принять их в качестве духовно-нравственных ценностей. Функция образования в том, чтобы суметь подтолкнуть, побудить личность к осмыслению своих высших духовных нужд и их актуализации. Таким образом, человек будет огражден от «болезней расчеловечивания» и сохранит здоровой психику. Маслоу собрал эти болезни в каталог и дал им

название «метапатологии». К данному виду нездоровья психолог отнес экзистенциальный вакуум, пораженчество, отказ от жизни, духовные кризисы, скуку, ноогенные неврозы, тоску, бессмысленность, вандализм, утрату свободы воли, апатию, безразличие, чувство бесполезности, цинизм, бесцельную деструктивность и т.д. [115, с. 342].

Построенное на принципах милосердия, помогающее уберечь человека от ошибок в развитии личности, гуманистическое образование позволяет надеяться на достижение социальной гармонии в цивилизации нового, более гуманного, типа.

Получается, что педагогика гуманизма старается вернуть утрачиваемое многими людьми искусство жизни, забывающийся вкус к ней, остроту переживания путем формирования ценностных ориентиров. Умение получать радость от жизни есть важнейший фактор становления полноценной личности. Ф.А. Достоевский как-то сказал, что больше смысла нужно любить саму жизнь. По этой причине и психологи-гуманисты, люди, знающие все тонкости чувственной природы человека, часто говорят, что чем дольше готовишься к счастью, тем меньше шансов стать счастливым. В. Франкл часто повторял, что чем меньше человек думает о счастье и успехе, тем больше шансов, что они придут, и что они должны придти к нему сами [160, с. 79].

Высшей целью жизни человека или его главным принципом не могут стать сами по себе ни стремление к непосредственному счастью ни стремление обрести его эфемерные гарантии в виде власти, славы денег. Привлекательный мир может стать отталкивающим, если неудачи и разочарования в поисках счастья становятся слишком частыми. На смену спешке приходит скука, потому что психологически два этих состояния схожи во многом. Люди используют жизнь в надежде испытать счастье в будущем, превращая свое настоящее в препятствие на пути к будущему. Именно таким образом человек утрачивает вкус к жизни. В процессе гуманистического воспитания личность, используя в качестве высококачественного строительного материала такие ценности, как переживания (доверие), отношения (ответственность), конструктивную деятельность (творчество), начинает строить свою жизнь с высоких стартовых позиций.

Еще во времена Возрождения возник образец гуманистического человека – мудрого и спокойного душевно, величественного и творчески активного. Только задача реализации личности в нравственном и творческом отношении сосредотачивалась на изменении внешнего мира. Сегодня же, спустя многие столетия, можно утверждать о реализации идей гуманизма через гуманистическую психологию и педагогику.

Основная задача человека в этом мире – научиться доверять жизни, принять ее как свою уникальную миссию, как полное возможностей неповторимое путешествие, отправиться в которое можно, только начав доверять себе и окружающим. Педагог должен научить формирующегося человека с тревожными чувствами неизвестности и беспомощности. Стать личностью, способной ради неизвестного будущего оторваться от уютного прошлого, умеющей полнокровно жить в меняющемся мире – значит, стать открытым жизни человеком, относящимся к ней творчески. Это достаточно

сложная задача, иногда она кажется невыполнимой, потому, что никто не может предугадать свое будущее, но каждый человек хотя бы примерно желает знать, что готовит ему жизнь. Применяя при общении с неизвестностью ложные методы, человек становится еще более далеким от понимания собственного предназначения, потому как единственным способом узнать, что «уготовила тебе судьба», является способ применения своих сил и возможностей на деле. В связи с этим ни в коем случае нельзя преуменьшать свои достоинства, стать решительным и смелым и, самое основное, научиться доверять себе. Старая мудрая мысль о том, что хорошо выполнять должное, испытывая при этом удовлетворение и радость, доподлинно отражает понимание счастья жизни. Как считают психологи, осознание необходимости решения задач, поставленных перед человеком судьбой, помогает справиться с жизненными трудностями лучше всего. Высочайшим искусством жизни является умение довериться себе самому и сложившейся ситуации.

В мысли, что сегодня воспитание ответственностью стало основным методом гуманистического воспитания, современная педагогика уверена более, чем когда либо. Воспитывая в обучающемся человеке самостоятельность, мы достигаем того, что он начинает знать, чувствовать и переживать ответственность перед окружающими, а не поступает так или иначе, чтобы избежать наказания или порицания с их стороны. В начале процесса это почувствует только его ближайшее окружение, но постепенно сфера охвата его ответственностью расширится. В итоге, человек начинает чувствовать ответственность за свои поступки перед окружающими и перед всем обществом, как перед собственной личностью с ее совестью. Таким образом, будет формироваться потребность по максимуму использовать время всей своей жизни, в конкретных делах реализовывая ее смысл, в идеале не упустив ни одной возможности, предоставленных жизнью.

Еще одним аспектом гуманистической педагогики является воспитание «актуализированного», самостоятельного человека через приобщение к творчеству. Каждый человек в разной степени наделен склонностью к творческой деятельности. Она является определяющей характеристикой человека как разумного существа. Воспитание творчеством имеет большое значение при образовательной работе над личностью потому, что оно будит в нем заслуженное самоуважение, учит человека быть свободным, самодостаточным, независимым, и опираться преимущественно на собственные силы. Безусловно, воспитывая творчеством, можно развить в человеке как практические навыки, так и такие познавательные навыки, как, например, интуицию, воображение. Серьезная деятельность, являющаяся общественной полезной, невозможна, кроме того, без таких качеств, как самодисциплина, упорство, целеустремленность. Самоактуализация личности – это прежде всего кропотливый труд, а не только увлеченность, и необходимо довести до воспитанника, что в любом деле одного вдохновения и озарения творчества мало, что личные достижения имеют свойство накапливаться постепенно, поэтому важно учиться доводить до конца все начинания и идеи. Таким образом, разовьется преданность по отношению к своему делу и ответственность за результат начатого [228].

И в обыденной жизни творческие задатки человека достаточно востребованы. Решение нравственно-этических проблем для педагога-гуманиста не является прописным и шаблонным, как, скажем, истина библейских заповедей, – каждое истинное решение уникально и возможно только в процессе творческого поиска. На практике подводя воспитанника к постулатам гуманизма, педагог учит его не только повторять и запоминать сказанное, а искать и мыслить, и привести в итоге к нравственному творчеству, его созданию и реализации через исследование и осмысление.

Гуманизм сегодняшнего дня является новейшей формой рационализма, вобравшего в себя достижения методологии психологии, научного познания и философии XX-XXI веков. Молодежь необходимо учить рациональности как образцу соответствующего мышления и поведения. Как ранее говорилось не раз, гуманистическая педагогическая мысль признает одной из важнейших своих задач воспитание в человеке навыков здравого мышления и критики в мышлении, скептицизма при научном познании, способности разумно подходить к решению жизненных проблем. Необходимым методом и элементом гуманистического воспитания становится тактика предоставления обучающимся максимально достоверной и полной информации без оценочного влияния педагога и совместное обдумывание проблемных ситуаций. Данный метод позволяет совершенствовать способность воспитанников к правильному выстраиванию процессов выбора или принятия решения, здоровому критицизму, осмыслению реальных проблем, рефлексии.

Гуманистическая педагогика вырабатывает в человеке способность отличать достойное от недостойного, хорошее от плохого, желательное от нежелательного через такие качества, как реалистичность и здравомыслие, явившиеся следствием осмысления цели жизни и способов ее осуществления. В принятии решений и поведенческих поступков личности должен решать именно разум, являющийся высшим даром человеческого существа [30].

Если человек постигает свою идентичность через переживание, то применяя здравомыслие и отдавая предпочтение гуманистическим ценностям, он самосовершенствуется. И все же, нравственное обучение не может быть только интеллектуальным, в его процессе участвуют, воспитываясь, и эмоции. Консолидация разума, убеждений и чувств – лучший результат, на который можно рассчитывать при воспитании.

Исходя из материала предыдущих параграфов, можно повторить еще раз, что врачебная профессия во все эпохи предполагала человеческое и сострадательное отношение к человеку, потому что главной целью любого врача является сохранение здоровья и жизни пациента. Поэтому воспитание гуманности в будущем медике имеют для педагога первостепенное значение. Непреложной истиной является факт, что для успешного медицинского труда необходимы такие качества как сопереживание, сочувствие. Нравственным ориентиром для врача в его отношении к страданиям пациентов служит его сострадание, оно помогает врачу сохранить баланс между его разумом и чувствами больного. Состраданием можно назвать способность чувствовать страдания другого человека, сопереживать, сочувствовать. Соболезновать человеку может тот, кто способен почувствовать себя в ситуации другого, такое

качество, на наш взгляд, необходимо врачу. Основой способности соболезновать является развитая максимально сторона эмоционально-чувственных составляющих морального облика человека. Можно сказать, что для врачебной специальности это качество характеризует уровень его профессионализма [128, с. 59-81].

Конечно, некоторые исследователи придерживаются мнения, что сострадание отвлекает врача на чувственные переживания, и он может оказаться не в состоянии сконцентрировать все свои внутренние ресурсы и направить их на рациональный и детальный анализ заболевания, способы его эффективного лечения. Многие сторонники такого рационального подхода к лечению пациентов считают, что сострадание мешает мгновенному принятию решения, вынуждает врача колебаться, что может привести к потере ценного времени в экстренные моменты (из-за этого, если следовать их мысли, женщины реже становятся хирургами из-за более сильно развитой эмоционально-сострадательной сферы относительно рационально-аналитической). На наш взгляд, вполне возможно сочетать сострадание и адекватную профессиональную реакцию на состояние пациента, если врач получил гуманистическое воспитание и научился правильно распоряжаться своими эмоциями.

Важно не только декларативно пропагандировать милосердие, а проявлять его в деятельности. Милосердие врача является для пациента самой эффективной формой сострадания. Оно признано одной из общечеловеческих ценностей, благодаря которой человек является человеком. Известный российский доктор Владимир Даль, создавший широко известный словарь, дал определение милосердию – любовь на деле, любовь сердцем, желание творить добро каждому [139]. Не высокопарные фразы, а реальные хорошие дела по отношению к тому, кто находится в беде, характеризуют личность милосердную от жестокой и равнодушной.

В медицинской практике, где врачи, фармацевтические работники, медсестры часто имеют дело с инвалидами, немощными стариками, тяжелобольными, роль милосердия особенно важна.

Анализ медицинской истории показывает, что весьма часто врачи становились творцами хороших дел, что отражало их любовь к окружающим, приверженность милосердию и гуманизму. Более 50 лет бескорыстно помогал людям известный врач-гуманист Фридрих Гааз. В XIX веке на свои деньги он содержал клинику для бесприютных людей, пострадавших от голода, холода, пожаров. Народ сложил о нем поговорку «У Гааза нет отказа» [49, с. 102].

Во время второй мировой войны врачи, медсестры и санитарки совершили огромное количество добрых дел. И сегодня, во время природных и техногенных катастроф, медики всегда придут на помощь пострадавшим людям. А.П. Чехов провозгласил, что врачебная профессия является подвигом и возможна только при чистых душе и помыслах [218].

Пациенту необходима не только доброта со стороны медицинского персонала, но и сопереживание, исходящее от него, – эмпатия по отношению к больному. Она выражается соучастием и сочувствием. Внимательное выслушивание пациента, выражающее ему сочувствие, есть возможность

облегчения его душевного состояния со стороны врача и медицинской сестры. Самой высокой степенью эмпатии является соучастие. Соучастие требует самоотдачу соболезнующего, выражающаяся в деятельной помощи. Нельзя забывать, что постоянное проявление милосердия со стороны медицинского персонала, может привести к противоположным результатам для пациента. Регулярно освобождая человека от необходимости преодолевать страдания и трудности, можно в итоге получить хронического страдальца, которому нравится такое положение. Человек становится подобен ребенку, капризничает, ведет себя пассивно в процессе лечения, не борется с болезнью.

Бесспорно, деятельность врача, как и всех медицинских работников в целом, предполагает гуманное и милосердное отношение к пациентам. Признание человеческой жизни высшей ценностью творения природы, принятие на себя ответственности за сохранение разума и тела человека, служение во благо здоровья – предназначение врача, его обязанность. Ответственное, осознанное отношение к природе, социуму, миру человека – главная идея современной гуманистики. Независимо от исторической эпохи профессия врача должна остаться самой гуманной из всех существующих. Вряд ли кто сможет поспорить с этим утверждением.

Очевидно, что важнейшей ценностью медицины должно быть здоровье людей. Эта валеологическая ценность для будущего врача является одновременно и профессиональной ценностью. На наш взгляд, с развитием науки и общества, с изменениями окружающей среды и экологии, их влияния на состояние здоровья человека возникает необходимость перехода от односторонне-гносеологического («здоровье – болезнь» или «здоровье – патология») подхода к ценностному подходу в смысле здоровья человека. Осознание ценностного содержания понятия «здоровье человека» – шаг к решению многих проблем медицины.

Медицинское образование как комплекс медицинских дисциплин не формирует отношение врача к таким важным проявлениям человека, как боль, страдания в философском понимании этих явлений. Однако без таких мировоззренческих, этических, эмоциональных знаний врач не имеет права на профессиональную деятельность. Вопрос боли, страдания, смерти, отношение к ним должны стать для врачей вопросом аксиологического, этико-деонтологического содержания. Накопления «опыта страдания» во врачебной деятельности формирует жертвенность, учит искренне отзываться на страдания людей.

В современную эпоху особую актуальность приобретает изучение человека как предмета философии и естествознания. Биологическое и социальное, физиологическое и психологическое, сущность и существование, свобода и необходимость – все эти вопросы, отражающие сложный мир человеческой природы, сейчас выдвигаются на передний край научного познания.

Естественные науки в содружестве с обществоведением ведут плодотворный поиск в изучении биохимических и физиологических основ психики, исследуется биогенетическая природа памяти, задатков, способностей и темперамента личности.

Все важнейшие составные части разносторонней деятельности личности находятся в органическом единстве. Богатый внутренний мир личности – это ее научное мировоззрение, идейная убежденность, широкий кругозор, культура, нравственные идеалы, развитый эстетический вкус. Духовное богатство питает широкие жизненные интересы. Эти интересы не безразличны для физического и психического совершенствования личности.

Культура духовная напрямую связана с культурой физической, с уровнем развития телесной организации. Здоровье личности – это здоровье физическое, характеризующееся отсутствием телесных болезней, и духовное, выражающееся широтой жизненных интересов, идейной убежденностью, высокой нравственной культурой и нравственной чистотой. Важнейшими признаками духовного здоровья являются выразительная эмоциональность, богатые чувства, острота реакции, уравновешенность психического состояния.

Морально-этическое воспитание будущего врача – процесс сложный и противоречивый. При выборе «философии жизни» сами по себе моральные знания еще не определяют успех дела. Одних знаний недостаточно, какими бы глубокими они ни были. Можно знать, притом достаточно основательно, ту или иную теорию из области философии, биологии, медицины, но на практике вовсе не следовать присущим ей методологическим и гуманистическим установкам. Допустим, будущий врач хорошо усвоил естественно-научную теорию человека. Однако из этого еще не следует делать вывод о том, что принципы медицины в его гуманистическом измерении стали системой собственных взглядов и ориентацией будущего специалиста-медика, которыми он руководствуется в жизни, и с которыми соизмеряет свои действия и поступки. В этом случае возникает своеобразная раздвоенность сознания, когда студент, прикрываясь высокими принципами гуманизма, на практике проявляет равнодушие, совершает аморальные поступки.

Одним из результативных средств, помогающих в воспитании будущих врачей, равно как и другой молодежи, является знакомство с жизнью и деятельностью идеалов-образцов – представителей своей профессии, которые обладают значительными эстетическими качествами и творческими талантами. Многие известные русские писатели, поэты, музыканты были врачами: В.В. Вересаев, А.П. Чехов, М.А. Булгаков и другие. Но при этом необходимо учитывать высказывание Г.Селье, что «идеалы создаются не для их достижения, а для указания пути» [173, с. 112.]. Вполне можно утверждать, чтение книг, художественной литературы с главными героями-альтруистами, которым свойственно обостренное чувство ответственности, чести, долга, определенные философские взгляды, эстетические пристрастия, которые впоследствии станут любимыми, приведет к становлению нравственно-эстетических, духовных качеств у студентов-медиков. Когда один начинающий медик поинтересовался у Т. Сиденхема, известного врача-ученого XVII столетия, признанного Гиппократом своей эпохи, что тот рекомендует читать, чтобы стать хорошим врачом, Сиденхем сказал: «Читайте, мой друг, «Дон Кихота» [121, с. 90]. Тогда, как рыцарь печального образа, медицина предпринимала попытки борьбы с недугами, сущность которых, их причины, природа, были ей неясны.

Сложно недооценить впечатление, полученное человеком, решившим стать врачом, от прочтения опубликованной в 1926 году книги «Записки юного врача», автором которой является М.А. Булгаков, и которая посвящена культурному возрождению русской нации, и ее интеллигенция. Глубокие профессиональные знания, достигаемые с помощью все ускоряющегося технического прогресса, успехи в трансплантации органов и тканей, возможность вмешательства в сам факт зарождения новой жизни, способность неоднократной реанимации и реабилитации тяжелых больных с возвращением их к труду – все это является реальностью медицины настоящего времени. На наш взгляд, решение указанных и других проблем медицины не может быть достигнуто только путем получения научных знаний и мастерства. Возникает острая потребность в воспитании нравственной культуры врача путем всех накопленных веками нравственных общечеловеческих ценностей. Незыблемым ориентиром в формировании нравственных ценностей, положенных в основу врачебной этики как части общественной морали, по-нашему мнению, выступает культурное наследие отдельных народов. Реализация воспитательных функций, нашедших свое выражение в эпосе отдельного народа, связана с развитием сознания человека, с формированием идеалов его нравственности, формированием общественной морали, частью которой является врачебная этика. В частности, в эпосе «Урал Батыр» излагаются жизнеутверждающие основы человеческого бытия, раскрываются идеалы нравственности, показывается значимость жертвенности человека во имя жизни. Урал Батыр живет ради жизни других людей, он «дает живую воду другим» [170, с. 220-223].

Еще во времена античности формировались первые кодексы морального облика и поведения врачей, писались работы на эту тему, представляющие интерес и сегодня. К таким работам относятся, например, сочинения, вышедшие из школы древнегреческого врача Гипократа, в первую очередь «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприятном поведении». Содержащиеся в них глубокие мысли на протяжении многих столетий служили мерилем высоких принципов врачебной профессии и во многом сохранили свое значение и до наших дней.

Для большинства этических учений прошлого и настоящего характерна гуманистическая направленность. Яркие примеры гуманизма врачей дает изучение мировой и отечественной истории медицины. Известно немало имен деятелей науки, которые ради блага людей жертвовали своим здоровьем и даже жизнью.

Наблюдающееся в настоящее время уменьшение «таинственности» медицины врачу следует компенсировать совершенными качествами своей личности. К таким качествам врача относятся, прежде всего, высокая духовность (гуманизм, патриотизм и другие нравственные качества), профессиональное искусство, общая культура, фундаментальные знания в медицине, в философии медицины, в области естествознания и гуманитарных наук, особенно биологии и психологии, компьютерной техники. Врач больше, чем профессия – это и жизненная позиция, выражающаяся на практике в

устойчиво альтруизме и подвижничестве. Поэтому гуманизм – определяющая черта личности медика. А гуманистом быть непросто.

Как-то собеседник спросил Л.Н. Толстого, какое время он считает самым важным, какого человека самым важным и какое дело самым важным? Подумав, великий писатель-гуманист ответил, что самым важным он считает настоящее время, когда можно что-то изменить; самым важным человеком того, с кем беседует, а самым важным делом – любить этого человека. Врач – не только образованная и культурная личность, это руководитель, проявляющий волю, исполнительность и инициативу, способный управлять коллективом, правильно и энергично проводить медицинские, профилактические и лечебные мероприятия, поддерживать у пациентов психологическую устойчивость, стремление к выздоровлению, ведению здорового образа жизни. Философская подготовка будущих врачей предназначена для осознанного и активного формирования целостной личности, обладающей научным мировоззрением, диалектическим мышлением, духовной культурой, логикой. Основным методом формирования и развития личностных качеств у будущих врачей является критический анализ и самоанализ — системный метод познания и самопознания, утверждения своей личности через преодоление противоречий в активной деятельности, обучении и самовоспитании.

Выбор профессионального пути любого человека тесно напрямую зависит от особенностей его жизненных ценностей. Ценности напрямую определяют действительную профессиональную мотивацию и успешную профессиональную деятельность в перспективе, обеспечивают полноценную самореализацию в профессии врача в том числе, и, как следствие, также влияют на качество деятельности института здравоохранения. Потребность в самоидентификации, появляющаяся в юношеском возрасте можно рассматривать как потребность в формировании смысловой системы конкретной личности, содержащей оформленные представления о самом себе и окружающем мире. Именно морально-личностные ценности служат основанием для самоопределения личности, так как смысл бытия человека и определение его будущего более всего связаны с его ценностями.

Нравственные отношения в социуме базируются на ценностях. Ценности представляют из себя объекты и явления с их свойствами, а также теоретические идеи, воплощающие в себе собирательные идеалы и выступающие по причине этого как образец. Это то, что человеку ценнее всего в жизни, людях, окружающем его мире, духовной и материальной культуре; это то, чему он придаст важное значение и чем особенно дорожит. Бывают ожидаемые и реализованные ценности. Особое значение имеют ценности, поставленные человеком перед самим собой целостно. В этом случае все творимое человеком для их достижения, наполняется особым смыслом. Тогда происходит перенос приоритета с самой цели на процесс деятельности. Разумеется, такие ценности, как добро, ответственность, долг, справедливость, честь, совесть, достоинство человека, накопленные человечеством, мы рассматриваем как наиболее важные. Эти ценности оказывают наибольшее влияние на поведение людей и их взаимодействие с окружающими, на культуру и характер общения. Если при решении конфликта собеседникам свойственно

осознавать собственную ответственность за исход дела, соблюдать справедливость относительно оппонента, уметь пожелать успеха не только себе, но и собеседнику, шансов, что они придут к согласию, гораздо больше, как и то, что их взаимодействие будет происходить в гуманистическом ключе.

Как человек воспринимает социальные ценности, таковыми и становятся его личностные ценностные ориентации, превращаясь в осознанную цель жизни личности, а также в средства ее достижения, и впоследствии регулирующие поведение человеческого индивида в обществе. Ценности формируют свою истину для каждой личности, влияя на ее мотивацию. Признанный эксперт по вопросам этических ценностей М. Рокич подразделяет их на представляющие цель или состояние и представляющие метод или средства для их достижения (инструментальные ценности) [164, с. 86]. М. Рокич к первой группе относит: продуктивную, активную жизнь, интересную работу, материальную обеспеченность, жизненную мудрость, здоровье, любовь и счастливую семейную жизнь, уверенность в себе, наличие друзей, красоту природы и искусства, творчество, самопознание и саморазвитие, свободу и счастье других людей; ко второй: образованность, ответственность, нетерпимость к своим недостаткам, твердую волю, самоконтроль, высокие запросы, смелость в отстаивании собственных взглядов, аккуратность, воспитанность, жизнерадостность, дисциплинированность, независимость, рационализм, терпимость, широту взглядов.

Со всеми потребностями в духовном отношении самого человека творят или возрождают личностные ценности. Потому что, только раскрыв свой потенциал совести и любви, человек может сотрудничать с другими.

Ценностные ориентации человека можно разделить на две группы: цели жизни и средства достижений целей жизни. В первую группу включены ценностные ориентации на материальные ценности, на труд, на познание, на общение, на общественно-политическую деятельность. Вторая – ориентации на развитие моральных, нравственных, деловых, волевых качеств.

На наш взгляд, врач должен иметь целый ряд ценностных ориентаций, чтобы его профессия стала его призванием:

- ценностная ориентация на труд, обобщающая в себе ценности приобретения богатого опыта профессионала, тонкого, до мелочей, знания специальности, знания состояния современной науки и техники по своей специальности, знания удовлетворения от самого трудового процесса, осознания его общественной ценности, ответственного отношения к работе;

- ценностная ориентация на общение, связанная с возможностью удовлетворения потребности человека в общении, в том числе со следующими ценностями: наличием черт характера, способствующих общению (жизнерадостность и чувство юмора), информированностью, обсуждением производственных и философских проблем, наличием возможности общения при отдыхе. Ориентация на общение предполагает также хорошие отношения с товарищами по работе и личными друзьями;

- ценностная ориентация на познание объединяет желание человека самосовершенствоваться, расширять кругозор, стремление к образованию, повышению интеллектуального и культурного уровня, а также с одной стороны

самокритичности и с другой образованности, зрелости, мудрости в понимании жизни;

- ценностная ориентация на общественную и политическую деятельность охватывает различные общественные работы, являющиеся ценными для человека: это пропаганда знаний и идей, разнообразная общественная работа в коллективе или по месту жительства;

- ценностная ориентация на материальные ценности обобщает ценности, которые присущи материальной обеспеченности – высокая заработная плата, благоустроенная квартира и личная автомашина, возможность одеваться по моде. В то же время материальная обеспеченность предполагает либо быстрое продвижение по службе, либо хорошие взаимоотношения с нужными людьми;

- ценностная ориентация личности, направленная на развитие морально-этических качеств, связывает ценности, характеризующие отношение личности к другим людям – уважать людей, любить их, быть искренним, чутким, прощать их заблуждения и ошибки, помогать людям, сумев почувствовать чужую беду;

- ценностная ориентация личности на развитие качеств делового человека состоит из противоречивого набора: организаторских и деловых способностей, инициативности, самостоятельности и предприимчивости, умения быстро и верно оценивать ситуацию, умения прогнозировать наличие личного плана действий, высокой трудоспособности;

- ценностная ориентация на развитие волевых качеств проявляется в виде высокого уровня упорства и настойчивости при преодолении проблемных ситуаций, самообладания и выдержки, решительности и смелости, целустремленности, веры в собственные силы в виде быстроты в решении житейских и производственных задач;

- ценностная ориентация человека на совершенствование нравственных качеств отражает отношение личности к себе – способность понять человека, почувствовать прекрасное в нем, искусстве, природе; требовательность и чувство собственного достоинства, скромность и бескорыстие.

В профессиях типа «человек-человек» ориентация на другую личность как на равноправного участника взаимодействия, имеет определяющее значение. В мире не так много специальностей, таких, как врачебная, в которых ценностный подход к деятельности человека мог бы оказать столь большое влияние на внепрофессиональную жизнь специалиста, а также на судьбу другого индивида, находящегося в прямой зависимости от конкретного специалиста. Суть ценностного подхода, в данном случае, заключается в ориентации на потребности другого человека, равного по ценности собственному «Я». Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в деятельности врача и медицинского работника в целом. От представителей медицинской профессии требуется высокая степень ответственности за результат своей деятельности, так как объектом профессионального исследования и субъектом межличностного взаимодействия является человек, а характер знаний врачей в основном прикладной. Медицина, как самая гуманистическая наука, не может существовать без принятых для профессии нравственно-этических критериев, норм и принципов [48, с. 1224-1225].

На наш взгляд, хороший врач должен понять, прежде всего, смысл своего бытия, сопоставить его со смыслом слов Клятвы Гиппократата, и при совпадении ценностных ориентиров начать или продолжать заниматься врачебной деятельностью. Именно такой врач не может стать придатком к технологиям или средством для достижения не всегда оправданных целей биомедицины.

Некоторые принципы современной медицинской этики противоречат постулатам Клятвы Гиппократата, не приемлющим участия врача в сотворении смерти в любом ее проявлении – эвтаназии либо производстве аборттов. То, что общество становится толерантным к таким явлениям, как участие медицины в приближении смерти, говорит о кризисе общественного сознания. Возрождение евгеники, генетические опыты, желание клонирования человеческих особей – прямой регрессивный путь к «этическому нулю» фашистской медицины.

Общечеловеческие ценности, казавшиеся ранее незыблемыми, близки к краху в условиях техногенной цивилизации, антропологический тупик которой перенес акцент анализа существования человека с принципов его сущности на сам факт его бытия. И особенно необходимым становится осмысление феноменов бытия человека в свете сегодняшних крупномасштабных перемен. Актуальность исследования этих феноменов определяется в необходимости развития философских знаний о человеке, в потребности уточнения и углубления нынешних представлений о бытии человека и важности методологических разработок новых подходов к постижению проблемы человека. Кризис антропологической ситуации нашей эпохи превращает человека в предмет исследования не только гуманитарного, но и естественного знания. Более того, решить проблему человека могут лишь совместные усилия всего комплекса научных и вненаучных знаний. Дело в том, что биотехнологии современности (суррогатное материнство, возможности воздействий на геном человека, клонирование, трансгенные операции и т.д.) пошатнули привычные представления о человеческой природе, чем вызвали необходимость не только принципиально нового подхода к проблеме человека и его жизни, но и другого понимания смысла его существования. Возникшую потребность в целостной концепции человека можно удовлетворить использованием медицинского знания, потому что в философское обобщение вносит конкретику индивидуальный подход к человеку в медицине. В то же время и самой медицине необходима такая концепция, потому как она сама не в состоянии решить проблемы антрополого-онтологического характера, которые породила, поскольку они мировоззренческого и аксиологического характера, и выходят за границы ее компетенции в область философской антропологии.

Медицинские науки хранят в себе множество знаний эмпирического характера, но каждая по отдельности. Они не могут дать ответ на глубинный вопрос о смысле бытия человека, иначе исчезнет их предмет. Именно поэтому современной медицине необходима концепция целостного изучения человека на основе философского знания.

В. Вересаев был совершенно прав, подчеркивая, что к вопросам врачебной этики в силу их огромной общественной значимости должно быть привлечено внимание всего общества. «...Если решать будут одни врачи, –

писал он, – то они легко могут впасть в большую или меньшую односторонность» [128, с. 59-81]. А великий французский летчик и писатель Антуан де Сент Экзюпери написал: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одну на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной-единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому доброму врачу. Он взглянет на меня уголком глаз, пощупает пульс и живот, послушает, затем кашляет, потрет подборок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью» [89, с. 46].

Кроме того, на качество жизни человека влияют те глобальные вмешательства человеческого рода в природные процессы, которые привели к изменениям биосферы. По этой причине ее ценность человек начинает осознавать глубже. В современном мире человек перешел к добыванию средств к хорошему существованию от добывания средств к существованию, которое раньше составляло основное содержание его жизни. Медицина – средство к хорошему существованию, по этой причине возрастают потребность и требования к ней. Невозможно удовлетворить их только посредством аналитической медицины, которая рассматривает человека по частям, органам и функциям. Но, в то же время, медицина без этого обойтись не может. Поэтому возникает необходимость обобщения более высокого уровня, которое синтезирует все знания о человеке. На наш взгляд, оно может быть достигнуто целостностью медицинских и философских учений, пересекающихся в проблемном русле медицинской философии и философской антропологии.

Изучение различных феноменов бытия человека становится особенно необходимым в условиях современного общества. Ведь до сути всех явлений и вещей мы можем добраться только через человека. «Что такое человек?» – этот вопрос извечен, и он остается открытым и на современном этапе развития науки и технологий. И вряд ли когда-нибудь мы получим на него точный и окончательный ответ по причине того, что человек – это постоянно развивающийся, многообразный феномен. Невозможно, тем более, ответить на него через одну только философию без участия естественной науки и наоборот. В эпоху современности множество накопленных знаний научного характера о человеке для более полного их постижения нуждается в целостном постижении. На сегодняшний день формирование целостной концепции человека, возникшей на базе философии вместе с наукой, является особо необходимым. По мнению В.А. Рыбина, «И медицина, и философия пронизывают друг друга и в своем историческом развитии, и в синхронном социокультурном взаимодействии. Медицина – это практическая философия, а философия как рефлексия на культуру (всеобщее, данное через культуру) выступает в качестве теоретического основания медицинского знания» [135, с. 441].

Для чего медицине необходима философская методология? Современные медицинские представления о человеке складываются из следующих положений: первое – человек является главным предметом медицинской науки, второе – знания о нем в медицине формируются опытно-

эмпирически, третье – целью медицины является деятельность опытно-практическая, и предметом каждой медицинской системы являются его части, структуры, системы, а не человек в целом.

Если медицина начнет искать всеобщие связи, то предмет ее исследования исчезнет. Все это говорит об отсутствии целостной научно-медицинской концепции человека. Но сегодня, при изменившихся потребностях человека, пациенту необходим врач, не только вылечивающий конкретную болезнь, но и помогающий понять причины болезни и ее последствия, рассматривающий в неразрывном единстве телесное и духовное человека.

На наш взгляд, именно Клятва Гиппократов содержит в себе единство философии и медицины, и именно она является необходимой составляющей для столь нужного сегодня целостного и гуманного отношения к пациенту.

Таким образом, можно сделать вывод, что дальнейшее продуктивное развитие медицинской этики возможно только в контексте общечеловеческих ценностей и при возврате ее в русло гуманистических принципов, продиктованных Клятвой Гиппократов, отрицающих всякую причастность врача к производству смерти и признающих личность пациента первичной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрение социально-философских проблем современной медицинской этики выявило противоречие между этическими компонентами медицины современного общества и традиционной гуманистической медицинской этикой, ориентированной на общечеловеческие ценности. Указанное противоречие явилось объектом данного исследования.

В результате изучения проблем взаимодействия профессиональных и этических норм в современной медицине выявлены ценностные противоречия между постулатами традиционной гуманистической медицинской этики, ориентированной на общечеловеческие ценности, и этическими компонентами современной медицины, ориентируемой положениями биоэтики; определены исторические этапы развития медицинской этики на основании ее этико-антропологического содержания, отражающие и систематизирующие ее эволюцию; охарактеризованы трансформации антропологической компоненты медицинской этики в результате прогрессирующего размывания целостного образа человека в медицине и культуре с конца XIX века вследствие неуклонной технологизации всех сторон общественной жизни и социокультурных изменений в обществе; обосновано положение, согласно которому дальнейшее продуктивное развитие медицинской этики возможно только в контексте общечеловеческих ценностей и при возврате ее в русло гуманистических принципов – именно во врачебной деятельности абстрактное содержание общечеловеческих ценностей и гуманистических принципов воплощается в конкретной практике взаимоотношений «врач-пациент».

Современная мораль утрачивает свое воспитательное значение для формирования личности и перемещается в сферу корпоративных отношений. Усугубляется понимание ценности человека обществом с утилитарно-прагматических позиций: существование индивида предназначено для реализации корпоративно-технократической идеи, а здоровье рассматривается как поддержание его трудоспособности. В данной сложившейся ситуации медицина также вынуждена рассматривать человека как механизм, состоящий из частей, каждую из которых необходимо приводить в «нормальное» дееспособное состояние. Гуманизм в медицинской этике, который был обретен Гиппократом, в таких условиях обесценивается и теряет свое онтологическое значение. То есть изменение принципов медицинской этики является результатом изменения общества и положения человека в обществе.

С изменениями общества менялся и сам человек, что, в свою очередь, привело к изменению принципов медицинской этики, объектом которой во все времена являлись межличностные взаимоотношения врача и пациента. В процессе анализа изменения образа человека в медицине и медицинской этике выделено 4 этапа развития врачебной (медицинской) этики, каждому из которых соответствует собственный образ человека в медицине: догуманистическому или догиппократовскому – синкретичный с природой; гуманистическому традиционному или гиппократовскому – целостный, самодостаточный; неогуманистическому или технологическому –

трансформный; постгуманистическому или биотехнологическому – образ «биологического дизайнера».

В результате проведенного анализа можно предположить, что образ человека в медицине до конца XIX века не претерпевал критических изменений в силу постепенного прогресса медицины. С конца же XIX века, в связи с появившимися, благодаря новым открытиям в области трансплантологии и фармакологии, возможностями вторгаться в организм человека и моделировать его, границы «нормального» антропологического образа человека стали терять четкие очертания. Вторая половина XX века дала миру еще более угрожающие, с точки зрения нарушения природной целостности человека, открытия. Возможность влиять на процессы зачатия и рождения человека, на продолжительность его жизни, успехи в области генной инженерии привели в начале XXI века к тому, что понятие «нормы» для здоровья человека становится весьма относительным и во многом зависит от прогресса медицины, во многом теряя природную заданность и содержание. Соответственно, также теряет свои привычные контуры и образ человека, а за ними нивелируются смысл и ценности его бытия. Все это привело к тому, что вместо гуманистических принципов в медицинской этике стали превалировать тенденции биологического прагматизма, продиктованные принципами современной биоэтики. При имеющейся эволюционной тенденции к усложнению социализации личности, наблюдается обратный процесс – упрощение восприятия образа человека медициной через призму биотехнологий, что низводит его до уровня любого другого живого существа.

С каждым новым внедрением биологической инновации в медицину, увеличивается несоответствие между потребностью личности пациента во внимании врача к нему как к личности – в демонстрации гуманизма и милосердия – и отношением врача к пациенту как к объекту использования биотехнологий. Таким образом, появление противоречий в современной медицинской этике обусловлено размыванием образа человека в медицине, и, как следствие, заменой гуманистической модели взаимоотношений в медицине на биоэтическую или прагматически-правовую.

Отличительной чертой постгуманистической (биотехнологической) медицинской этики можно считать нарушение привычной закономерности в общественном сознании предыдущих эпох, которая выражалась в том, что общественная мораль опережала право, которое, как правило, шло вслед за моралью. В XXI веке наблюдается обратная закономерность: право все более опережает мораль. В случае же с биоэтикой, которая представляет собой явление законодательно разрешенное, но не нашедшее удовлетворительного разрешения в общественной морали, применение ряда разрешенных биотехнологий (суррогатное материнство, донорство генетического материала, трансгенные операции и т.д.), которые несут с собой сложные моральные дилеммы, на наш взгляд, будет увеличиваться дистанция между этикой и правом. С появлением новых биотехнологий актуализируются не только морально-этические проблемы социального масштаба, но становится массовым явление морально-нравственных коллизий и психологических проблем для

субъекта, вовлеченного, порой помимо своей воли, в сферу биотехнологического процессинга.

Обозначенные выше проблемы касаются гуманистических основ сохранения личности человека в контексте общественного бытия, и человека самого как биосоциальную структуру в условиях *усиливающихся и всесторонних процессов отчуждения от человека его образа*. Последний вопрос часто представляют как антропологический кризис современности. Под этим можно подразумевать угрозу телесности человека, практическую дегуманизацию, которую представляет для нее активно деформирующийся современный техногенный мир. Сегодня человек из априори природного существа постепенно превращается в существо скорее рукотворное, проявляясь телесно продуктом культуры.

Сегодня, на наш взгляд, возникла необходимость создания неформального института медицинской этики, опирающегося на принципы Клятвы Гиппократова, в связи с возникшей социальной потребностью целостного восприятия личности пациента в медицине. Для возвращения профессии врача в гуманное русло необходимо привести состояние медицинской этики в соответствие с общечеловеческими ценностями, которые в связи с трансформацией общества в сторону преобладания технологий в социальных отношениях и общей технизацией, тоже претерпевают изменения.

Глубокие профессиональные знания, достигаемые с помощью все ускоряющегося технического прогресса, успехи в трансплантации органов и тканей, возможность вмешательства в сам факт зарождения новой жизни, способность неоднократной реанимации и реабилитации тяжелых больных с возвращением их к труду – все это является реальностью медицины настоящего времени. Решение указанных и других проблем медицины не может быть достигнуто только путем получения научных знаний и мастерства. Возникает острая потребность в воспитании нравственной культуры врача путем осуществления всех накопленных веками нравственных общечеловеческих ценностей и идеалов. Именно поэтому этическое воспитание будущих врачей приобретает особое социальное звучание.

Биотехнологии современности пошатнули привычные представления о человеческой природе, чем вызвали необходимость не только принципиально нового подхода к проблеме человека и его жизни, но и другого понимания смысла его существования. Возникшую потребность в целостной концепции человека можно удовлетворить использованием медицинского знания, потому что в абстрактное философское обобщение понимания человека медицина вносит конкретное. В то же время и медицина нуждается в такой концепции, потому как в одиночку не в состоянии решать проблемы антрополого-онтологического характера, ею самой порождаемые, ибо указанные проблемы, будучи мировоззренческого и аксиологического свойства, выходят за рамки ее компетенции в область философской антропологии.

Именно Клятва Гиппократова содержит в себе единство философии и медицины, и именно она является необходимой основой для столь нужного сегодня целостного и гуманного отношения к пациенту.

Таким образом, можно сделать вывод, что возвращение медицинской этики в гуманистическое русло возможно только в случае восстановления и закрепления в ее составе постулатов Клятвы Гиппократ, в качестве приоритета выдвигающих личность пациента и налагающих категорический запрет на любые действия, наносящие вред его физическому и психическому здоровью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопов, В.И. По поводу статьи Димова А.С. «Кризис деонтологии: методологические аспекты» / В.И.Акопов, Л.Л.Акопова // Клиническая медицина. - 2009. - № 11. - С. 74-75.
2. Аксельрод, А.Ю. Оживление без сенсаций / А.Ю.Аксельрод. - М.: Знание, 1988. - 208 с.
3. Актуальные этико-правовые проблемы здравоохранения на современном этапе. Республиканская научно-практическая конференция (6 апреля 2001 г., г. Казань). Сборник научных трудов. - Казань, 2001. - 320 с.
4. Алексеев, С.С. Теория права / С.С.Алексеев. - М.: БЕК, 1995. - 310 с.
5. Амиров, А.Ф. Современные ориентиры медицинского образования в России / А.Ф.Амиров // Высшее образование в России. - 2008. - №3. - С. 22-26.
6. Антипова, Н.Д. Этические коллизии вокруг проблемы аборта в рамках различных ценностно-мировоззренческих ориентаций / Н.Д.Антипова // Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. - 2005. - № 1. - С. 107-119.
7. Антигуманизм в медицине / сост. В.В.Косарев. - М.: Изд-во И Московского мед. института им. Сеченова, 1985. - 198 с.
8. Апресян, Р.Г. Совещание ЮНЕСКО по проблемам преподавания этики и биоэтики / Р.Г.Апресян, И.А.Шамов // Вопросы философии. - 2005. - № 7. - С. 159-163.
9. Арапов, М.В. Медицина и медицинское образование: [История медицины. Профессия врача с разных точек зрения] / М.В.Арапов // Энергия: экономика, техника, культура. - 2004. - № 4. - С. 46-56.
10. Ардашева, Н.А. Вспомогательные репродуктивные технологии как объект медицинской услуги / Н.А.Ардашева // Медицинское право. - 2010. - № 1. - С. 45-49.
11. Батай, Жорж. Теория религии / Ж.Батай. - Мн.: Современный литератор, 2000. - 216 с.
12. Батуев, А. У истоков пренатальной психологии / А.Батуев // Развитие личности. - 2008. - № 1. - С. 13-23.
13. Белкина, Г.Л., Корсаков, С.Н. И.Т.Фролов и становление отечественной биоэтики / Г.Л.Белкина, С.Н.Корсаков // Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Комплексное изучение человека и виртуалистика. - Вып. 3. - М.: ИФРАН, 2009. - С. 86-108.
14. Бенедиктов, И.И. Врач и его подготовка / И.И.Бенедиктов. - Свердловск: Свердловский мед. ин-т, 1984. - 64 с.
15. Биомедицинская этика (проблемы, дискуссии): Материалы учебно-методической конференции СамГМУ (февраль, 2000 г.). – Самара: СамГМУ, 2000. - 312 с.
16. Биомедицинская этика: словарь-справочник / под ред. Т.В.Мишаткиной. - Мн., БГЭУ, 2007. - 90 с.

17. Биофилософия / П.П.Гайденко. - М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2000. - 340 с.
18. Биоэтика на рубеже тысячелетий. Обзор материалов V Всемирного конгресса по биоэтике (Лондон, 2000) // «Медицинское право и этика». - 2001. - № 2. - С. 12-22.
19. Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы // Вопросы философии. - 1992. - № 10. - С. 3-29.
20. Биоэтика: вопросы и ответы / сост. и отв. ред. Б.Г.Юдин, П.Д.Тищенко. - М.: Прогресс-Традиция, 2005. - 64 с.
21. Блок, А.М., Слесарев, В.О. Теория и методология модели философского обеспечения практической медицины / А.М.Блок, В.О.Слесарев // Вопросы философии. - 2000. - №5. - С. 43-48.
22. Блохин, Н.Н. Деонтология в онкологии / Н.Н.Блохин. - М.: Молодая гвардия, 1977. - 240 с.
23. Блоэхль, Д. Нужен ли вызов постмодерна? Идентичность и различие в теологическом дискурсе [Электронный ресурс] / Д.Блоэхль. - 2010. - 7 июля. - Режим доступа: <http://www.highbook.narod.ru/trans/teopost.htm>.
24. Бочаров, С.Г. Чехов и философия / С.Г.Бочаров // Вестник истории, литературы, искусства. - М.: Наука, 2005. - С. 26-32.
25. Булгаков, М.А. Собачье сердце. Повести и рассказы / М.А.Булгаков. - М.: Проф-Издат, 2008. - 432 с.
26. Вагнер, Е.А. О самовоспитании врача / Е.А.Вагнер. - Пермь, 1976. - 142 с.
27. Вартамян, Ф. Е. Развитие медицинского образования на современном этапе / Ф.Е.Вартамян // Аккредитация в образовании. - 2009. - № 30. - С.56-58.
28. Васильев, В.Л. Юридическая психология. 3-е изд. / В.Л.Васильев. - СПб.: Издательство «Питер», 2000. - 302 с.
29. Васильев, В.С. Воспитание экуменических основ веротерпимости, гуманизации медицины – важнейшие цели в этической подготовке врача в третьем тысячелетии / В.С.Васильев // Журнал ГрГМУ. - 2005. - № 2. - С. 108-109.
30. Василькова, А.П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореф. дис. ... канд. психол. наук:19.00.03 / Василькова Анна Панфиловна. - СПб., 1998. - 17 с.
31. Вековщина, С.В., Кулиниченко, В.Л. Биоэтика: начала и основания (философско-методологический анализ) / С.В.Вековщина, В.Л.Кулиниченко. - К.: Сфера, 2002. - 280 с.
32. Вельков, В.В. Куда идёт эволюция человечества? [Электронный ресурс] / В.В.Вельков // Всякая всячина. - Режим доступа: http://wsyachina.narod.ru/biology/homo_evolution3.html.
33. Венедиктов, Д.Д., Чекнев, Б.М. Эволюция и горизонты этики здравоохранения // Биомедицинская этика / под ред. В.И.Покровского, Ю.М.Лопухина. - М.: Медицина, 2002. - С. 113-127.
34. Вентер, К. «Меня пугают не столько новые технологии, сколько упущенные возможности» [Электронный ресурс] / К.Стасевич //

- Компьюлента. - 2013. - 11 ноября. - Режим доступа: <http://compulenta.computerra.ru/chelovek/biologiya/10009996/>.
35. Вересаев, В.В. Записки врача. Собр. соч.: В 4 т. / В.В.Вересаев. - М.: Молодая гвардия, 1985. - Т. 1.
 36. Вернадский, В.И. Философские мысли натуралиста / В.В.Вернадский. - М.: Знание, 1988. - 382 с.
 37. Вернадский, В.И. Химическое строение биосферы земли и ее строения / В.И.Вернадский. - М.: Знание, 1965. - 316 с.
 38. Веряскина, В.П. Жизнь и ценности как основополагающие понятия философской антропологии / В.П. Веряскина // Жизнь как ценность. - М.: ИФ РАН, 2000. - С. 45.
 39. Витч, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р.Витч // Вопросы философии. - 1994. - № 3. - С.67-72.
 40. Володарский, В.М. Социальная утопия Теофраста Парацельса / В.М.Володарский // История социалистических учений. - М.: Знание, 1985. - 162 с.
 41. Водопьянова, Е. Другая наука: заказ инновационного общества / Е.Водопьянова // Свободная мысль. - 2007. - № 4 (1575). - С.134-135.
 42. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций (г. Киев, 1999). - Киев, 1999. - 124 с.
 43. Герасименко, С.Л. Коммуникативная культура врача: проблемы и опыт формирования в медицинском вузе / С.Л.Герасименко // Вестник Мордовского университета. - 2009. - № 2. - С. 206-213.
 44. Геращенко, Л.И. Медицинские аспекты проблемы прав человека / Л.И.Геращенко. - СПб.: Нева, 1996. - 184 с.
 45. Гинюк, В.А. Психология медицинского общения / В.А.Гинюк // Теоретические и практические вопросы медицины и фармации. Материалы конференции студентов и молодых ученых (Витебск, 2000). - Витебск, 2000. - С. 278-279.
 46. Гиппократ. Этика и общая медицина / под ред. С.Ю.Трохачева. - СПб.: Азбука, 2001. - 348 с.
 47. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В.Гнездилов. - СПб.: Речь, 2002. - 320 с.
 48. Горелова, Л.Е. Высокие идеалы врачебной профессии / Л.Е. Горелова // Русский медицинский журнал. - 2004. - Т. 12. - № 21. - С. 1224-1225.
 49. Грандо, А.А. Медицина в зеркале истории / А.А.Грандо. - К.: Здоров'я, 1990. - 152 с.
 50. Грандо, А.А. Врачебная этика / А.А.Грандо, С.А.Грандо. - К.: РИА "Триумф", 1994. - 256 с.
 51. Гребенщикова, Е. Г. Биоэтика – вариант «постэтики» / Е.Г.Гребенщикова // Философские науки. - 2009. - № 1. - С. 90-96.
 52. Гребенщикова, Е.Г. Философско-методологическое обоснование трансдисциплинарной парадигмы в биоэтике: Автореф. дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.08 / Гребенщикова Елена Георгиевна. - Учреждение Российской Академии Наук Института философии РАН, 2012. - 53 с.

53. Группэн, Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы / Дж.Группэн; пер. С.Г.Чернецова. - М.: Эксмо, 2008. - 320 с.
54. Гуманизация обучения специалистов медико-биологического профиля. Материалы научно-практического семинара с международным участием. (15-16 ноября 2006 г., г. Минск) / ред.-сост. Т.В.Мишаткина, гл. ред. Г.Я.Хулуп. - Мн.: Проспектплюс, 2006. - 84 с.
55. Гуревич, П.С. Феномен деантропологизации человека / П.С.Гуревич // Вопросы философии. - 2009. - № 3. - С. 19-31.
56. Гусейнов, А.А. Золотое правило нравственности / А.А.Гусейнов. - М.: Молодая гвардия, 1979. - 221 с.
57. Давыдов, С.Н. Деонтология в акушерстве и гинекологии / С.Н. Давыдов. 2-ое изд. доп. и перераб. - Л.: Нева, 1979. - 152 с.
58. Двойников, С.И. и др. Основные требования к работе медицинской сестры общей практики / С.И. Двойников // Российский семейный врач. - 2000. - № 2. - С.64-66.
59. Демиденко, Э.С. Философское осмысление здоровья человека в техногенном мире / Э.С.Демиденко // Философия здоровья. - М.: ИФ РАН, 2001. - С.182.
60. Деонтология в медицине: В 2т. / под общей ред. Б.В.Петровского. - М.: Проф-Издат, 1988. - Т. 2.
61. Димов, А.С. Кризис деонтологии: методологические аспекты / А.С.Димов // Клиническая медицина. - 2008. - № 12. - С. 4-7.
62. Дмитриев, В.А. Значение воспитательной работы в подготовке будущего врача / В.А.Дмитриев, Н.В.Павлова, Г.А.Улупова // Высшее образование в России. - 2011. - № 11. - С. 92-98.
63. Добров, Г.К. Подлежат ли гласности врачебные ошибки / Г.К.Добров // Украинская медицинская газета, 1998. - № 3. - С. 13.
64. Доссе, Жан. Научное знание и человеческое достоинство / Ж.Доссе // "Курьер Юнеско". - 1994. - Ноябрь. - С. 7.
65. Дубова, В.П. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными / В.П.Дубова // Медицинские новости. - 2003. - № 2. - С. 3-11.
66. Дубова, В.П. Терапевтическое взаимодействие: этико-психологические аспекты подготовки врача / под ред. И.Б.Зеленкевича, Г.Г.Шанько // Теория и практика медицины. Сборник научных трудов. - Вып. 1.- Мн., 1999. - С.24.
67. Дятлова, М.М. Об образованности, здравомыслии, опыте, совести и долге специалистов / М.М.Дятлова // Здравоохранение. - 2007. - № 6. - С. 36-39.
68. Жукова, М.И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Жукова Маргарита Ивановна. - М.: МГУ, 1990. - 17 с.
69. Забулионите, А.-К.И. Тип-образ и универсальность типологического метода в натурфилософии И.В.Гете / А.-К.И.Забулионите // Этносоциум и межнациональная культура. - № 4 (36)2011 - С. 24-32.

70. Зильбер, А.П. Трактат об эвтаназии / А.П.Зильбер. - Петрозаводск, 1998. - 140 с.
71. Иваницкий, Г.Р. Найдутся ли ответы? / Г.Р.Иваницкий // Подписная научно-популярная серия «Знак вопроса». - № 6. - М.: Знание, 1989. - С. 48.
72. Иванюшкин, А.Я., Хетагурова, А.К. История и этика сестринского дела / А.Я.Иванюшкин, А.К.Хетагурова. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 132 с.
73. Иванюшкин, А.Я. О врачебной тайне и профессиональной небрежности в медицине / А.Я.Иванюшкин // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1999. - Т. 2. - № 2. - С. 37-40.
74. Иванюшкин, А.Я. Профессиональная этика в медицине (филос. очерки) / А.Я.Иванюшкин. - М.: Знание, 1990. - 212 с.
75. Йонас, Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации / Г.Йонас. - М.: Айрис-пресс, 2004. - 180 с.
76. Калининченко, П. Запрет клонирования человека в европейском праве / П.Калининченко // Конституционное право: восточноевропейское обозрение. - 2002. - № 4. - С. 60.
77. Кант. Основы метафизики нравственности / под общ. ред. В.Ф.Асмуса, А.В.Гульги, Т.И.Ойзермана. - М.: Изд-во «Мысль», 1999. - 207 с.
78. Капинус, О.С., Додонов, В.Н. Ответственность за клонирование человека в современном уголовном праве / О.С.Капинус, В.Н.Додонов // Современное уголовное право в России и за рубежом: некоторые проблемы ответственности: Сборник статей. - М.: Издательский дом "Буквовед", 2008. - 210 с.
79. Карсаевская, Т.В. Прогресс общества и проблемы целостного биосоциального развития современного человека / Т.В.Карсаевская. - М.: Медицина, 1978. - 247 с.
80. Кац, Р. Коммуникационные барьеры между медиком и пациентом / Р.Кац // Мир медицины. - 2000. - № 3. - С.14-15.
81. Кемеров, В.Е. Социальная философия и тема повседневности / В.Е.Кемеров // Философия и будущее цивилизации: Тезисы докладов и выступлений IV Всероссийского философского конгресса (24-28 мая 2005г., г. Москва). - М.: Современные тетради, 2005. - 412 с.
82. Кириленко, Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания анализа и этно-культурная спецификация / Е.И.Кириленко. - Томск: Издательство ИОА СО РАН, 2008. - 330 с.
83. Кирьякова, А.В. Реализация аксиологического подхода в университетском образовании / А.В.Кирьякова, Т.А.Ольховая // Высшее образование в России. - 2010. - № 5. - С. 124-128.
84. Клонирование: «за» и «против» / И.Лалаянц, Е.Павлова, А.Левин, Г.Зеленко // Знание - сила. - 1998. - № 5. - С. 42-48.
85. Клятва Гиппократова / Т.С.Сорокина // История медицины. - М.: Академия, 2004. - С. 140.
86. Кодекс врачебной этики // Медицина. - 1998. - № 2. - С. 12-15.

87. Кокорин, А.П. К вопросу о получении согласия суррогатной матери на запись родителями ребенка супругов, предоставивших свой генетический материал / А.П.Кокорин // Семейное и жилищное право. - 2010. - № 1. - С. 28-31.
88. Кондратьев, Ф.И. Православно-этические аспекты эвтаназии / Ф.И.Кондратьев // Сборник церковно-общественного совета по биомедицинской этике. - Вып. 1. - М., 2001. - С.28.
89. Комаров, Ф.И. и др. Философия и нравственная культура врачевания / Ф.И.Комаров. - Киев: Здоровье, 1988. - 157 с.
90. Коновалова, Л.В. Прикладная этика /Л.В.Коновалова // Цифровая книга. - М.: Озон, 2004. - 268 с.
91. *Konopladze, P.A.* Регламентация экспериментов на животных – этика, законодательства, альтернативы: Обзор / под ред. Н.А.Горбуновой. - М.: Молодая гвардия, 1998. - 72 с.
92. Корелин, М.С. Очерки итальянского Возрождения / М.С.Корелин. - М.: Знание, 1996. - 250 с.
93. Корженьянц, Б. Парацельс. «Мир огненный» / Б.Корженьянц. - 1994. - № 5. - С. 86-87.
94. Косинец, А.Н., Никольский, М.А., Кулик, С.П. Медицинское образование на рубеже веков: место и роль социально-гуманитарного знания / А.Н.Косинец, М.А.Никольский, С.П.Кулик // Высшая школа. - 1999. - № 3-4. - С. 34-42.
95. Кравченко, И.И. Политические и другие социальные ценности / И.И.Кравченко // Вопросы философии. - 2005. - № 2. - С.6.
96. Кузнецов, В.Н. Немецкая классическая философия: 2-е изд., испр. и доп. / В.Н.Кузнецов. - М.: Высш. шк., 2003. - 438 с.
97. Кутырев, В.А. Культура и технология: борьба миров / В.А.Кутырев. - М.: Прогресс-Традиция, 2001. - 240 с.
98. Кэмпбел, А. Медицинская этика / А.Кэмпбелл, Г.Джиллет, Г.Джонс: под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 395 с.
99. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э.Кюблер-Росс. - София, 2001. - 212 с.
100. Ламонт, К. Иллюзия бессмертия / К.Ламонт: пер. с англ. - М.: Знание, 1984. - 126 с.
101. Леон, Р. Касс. Нестареющие тела, счастливые души: биотехнологии в погоне за совершенством / Р.К.Леон // Журнал «Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире». - М.: Наука, 2004. - С. 282-308.
102. Лесков, С. Академик Вячеслав Степин: станет ли человек промежуточным звеном на пути к другой мыслящей субстанции? [Электронный ресурс] / С.Лесков. Известия. - 2009. - 6 июля. - Режим доступа: <http://izvestia.ru/news/350395>.
103. Летов, О.В. Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики / О.В.Летов // Вопросы философии. - 2008. - № 7. - С. 106-114.
104. Лещинский, Л.А. Деонтология в практике терапевта / Л.А.Лещинский. - М.: Медицина, 1989. - 216 с.

105. Лисицын, Ю.П. История медицины/ Ю.П.Лисицын. 2-е изд. - М.: Гэотар-Мед, 2008. - 400 с.
106. Лисицын, Ю.П., Петленко, В.П. Метамицина / Ю.П.Лисицын, В.П.Петленко. - СПб.: Нева, 1996. - 272 с.
107. Лиссабонская декларация о правах пациента // Физиотерапия, Бальнеология и Реабилитация. - 2005. - № 2. - 52 с.
108. Лихтерман, Л. По Чехову и не по Чехову: (сегодня жить, следуя принципам великого писателя и врача, трудно, но необходимо) / Л.Лихтерман // Медицинская газета. - 2010. - № 2. - С. 15.
109. Лопухин, Ю.М. Биоэтика и современная медицина / Ю.М.Лопухин // Врач. - 2001. - № 10. - С. 11.
110. Лосев, А. Ф. История античной эстетики (ранняя классика) / А.Ф.Лосев. - М.: Высшая школа, 1963. - 584 с.
111. Магазаник, Н.А. Искусство общения с больными / Н.А.Магазаник. - М.: Медицина, 1991. - 310 с.
112. Маленина, М.Н. Человек и медицина в современном мире / М.Н.Маленина. - М.: Знание, 1995. - 202 с.
113. Малейко, Г.У. Проблемы взаимодействия врача и психолога / Г.У.Малейко // Медицина. - № 2 (25). - 1999. - С. 36-37.
114. Маркс, К., Энгельс, Ф. Соч. / К.Маркс, Ф.Энгельс. - М.: Советская Россия, 1972. - Т. 21.
115. Маслоу, А.Г. Мотивация и личность / А.Г.Маслоу. - СПб.: Евразия, 1999. - 478 с.
116. Матвеев, В.Ф. Основы мед. психологии, этики и деонтологии / В.Ф.Матвеев. - М.: Наука, 1989. - 256 с.
117. Матвеева, Н.Н., Кузнецова, М.Н. Философия как пространство формирования личности врача / Н.Н.Матвеева, М.Н.Кузнецова // БМИК. - 2013. - № 2. - С. 409-410.
118. Матвейчик, Т.В. Модель сотрудничества: врач-сестра-больной – партнеры (этика межличностных отношений) / Т.В.Матвейчик. - Мн., 2002. - 32 с.
119. Матюшин, И.Ф., Лавренко, В.П. Нравственность и самовоспитание студента-медика / И.Ф.Матюшин, В.П.Лавренко. - М.: Наука, 1985. - 256 с.
120. Международные этические правила для биомедицинских исследований // Материалы Международ. семинара для комитетов по этике России и стран участников СНГ (Санкт-Петербург, 2001). - СПб., 2001. - 256 с.
121. Мейер-Штейнег, Т. Древняя медицина (Медицина Древнего Востока и классической древности) / Т.Мейер-Штейнег. 2-е изд., испр. - М.: Вузовская книга, 2007. - 120 с.
122. Мелхарт, Е.М. Этика общения / Е.М. Мелхарт // Мир медицины. - 2000. - № 3. - С. 12-15.
123. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов / под ред. Е.П.Михаловска-Карловой. - М.: ИД «МЕДИПРАКТИКА-М», 2005. - 168 с.
124. Мещерякова, Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В.Мещерякова // Высшее образование в России. 2009. - № 10. - С. 94-99.

125. Миронов, А.В. Понятие ценности, виды и иерархия ценностей / А.В.Миронов // Социально-гуманитарные знания. - 2007. - № 1. - С. 101.
126. Мирский, М.Б. Хирургия от древности до современности: Очерки истории / М.Б.Мирский. - М.: Наука, 2000. - 798 с.
127. Михайлов, Ф.Т. Душа страдающего человека (Образование врача по шкале ценностей жизни) // Ф.Т.Михайлов. Избранное. - М.: Индрик, 2001. - С. 569.
128. Мишаткина, Т.В. Биоэтика и биомедицинская этика: статус, содержание, проблемы // Практична філософія. Науковий журнал. - 2006. - № 3 (21). - С 59-81.
129. Моисеев, В.И. Философские проблемы биологии и медицины: нормативное и дескриптивное / В.И.Моисеев // Вестник Российского философского общества. - № 4 (60). - М., 2011. - С. 55.
130. Молль, А. Врачебная этика / А.Молль: пер. с нем. - СПб., 1903. - 74 с.
131. Монолог о генетике / Ю.Л.Алтухов // Человек. - 2003. - № 6. - С. 52-56.
132. Мудров – основоположник отечественной внутренней медицины // Советская медицина. - № 11. - 1988. - С. 46-52.
133. Мурашко, В.В. Общий уход за больными / В.В.Мурашко, Е.Г.Шуганов, А.В.Панченко. - М.: Медицина, 1988. - 224 с.
134. Мухин, А.П. Философия человека и медицина / А. П.Мухин. - СПб.: Изд. иностр. лит., 2001. - 300 с.
135. Науки о жизни и современная философия / ответ. ред. И.К. Лисеев. - М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2010. - 496 с.
136. Нежметдинова, Ф.Т. Биоэтика в контексте современных научных стратегий и как прикладная этика / Ф.Т.Нежметдинова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 6. Философия, культурология, политология, право, международные отношения. - 2009. - Вып. 1. - С. 221–229.
137. Никонов, А.П. Апгрейд обезьяны. Большая история маленькой сингулярности / А.П.Никонов. - М.: Знание, 2005. - 216 с.
138. Новейший философский словарь / В.А.Кондрашов, Д.А.Чекалов, В.Н.Копорулина; под общ. ред. А.П.Ярещенко. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 668 с.
139. Нравственное воспитание медицинских работников / И.И.Крыжановская, И.А.Логвиненко, В.П.Топка. - Киев, 1983. - 312 с.
140. Орлов, А.Н. Исцеление словом / А.Н.Орлов. - Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1989. - 156 с.
141. Орлов, А.Н. Культура общения врача. Слово с этических позиций / А.Н.Орлов. - Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1987. - 172 с.
142. Осипов, Г. Три жизни, или легенда о докторе Гаазе / Г.Осипов // Родина. - 1989. - № 3. - С. 48-62.
143. Основы биоэтики / под ред. А.Н.Орлова. - Красноярск, 1997. - 312 с.
144. Островская, И.В. Медицинская этика. Сборник документов / И.В.Островская. - М.: АНМИ, 2001. - 40 с.
145. Павлова, М. Н. Общие проблемы правового регулирования деятельности по трансплантологии / М.Н.Павлова. - М.: БД «Кодекс», 2000. - 112 с.

146. Павлова, Т.Н. Биоэтика в высшей школе / Т.Н.Павлова. - М.: Наука, 1998. - 260 с.
147. Пастернак, Б.Л. Собрание сочинений: в 5 т. «Доктор Живаго». Роман / Б.Л.Пастернак. - М.: Художественная литература, 1989. – Т. 5.
148. Петленко, В.П., Шамов, И.А. Мудрость взаимности / В.П.Петленко, И.А.Шамов. - Л.: Лениздат, 1989. - 316 с.
149. Петленко, В.П., Шамов, И.А., Сахно, А.В. Логика и врачебное искусство /В.П.Петленко, И.А.Шамов, А.В.Сахно. - М.: Молодая гвардия, 1988. - 170 с.
150. Петровский, Б.В. Этика хирурга / Б.В.Петровский // Хирургия. - 1997. - № 2. - С. 9-16.
151. Поволодский, П.Н. Становление духовности / П.Н.Поволодский // Учитель. - 2000. - № 3. - С. 28-32.
152. Покровский, В.И. и др. Биомедицинская этика / В.И.Покровский. - М.: Знание, 1997. - 340 с.
153. Попов, Л.М. Добро и зло в этической психологии личности / Л.М.Попов, О.Ю. Голубева, П.Н.Устин. - М.: Ин-т психологии РАН, 2008. - 238 с.
154. Попов, А.А. Религия и мораль: взаимодействие в современных условиях / А.А.Попов // ОНС. - 1999. - № 3.
155. Попова, Т.Е. Биотехнология и социум / Т.Е.Попова. - М.: Наука, 2000. - 107 с.
156. Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р.Поттер. - Киев, 2002. - 284 с.
157. Православие и проблемы биоэтики: сборник статей. - М.: Наука, 2000. - 156 с.
158. Приемы работы с экспериментальными животными: Методические рекомендации. - М.: Знание, 1989. - 164 с.
159. Пулмэн, Д. Достоинство человека, боль и страдание / Д.Пулмэн // Человек. - 2001. - № 3. - С.15-19.
160. Размышления о нравственности / под ред. Ф.Ф.Кузнецова. - М.: Сов. Россия, 1979. - 172 с.
161. Ревякина, Н.В. Итальянское Возрождение. Гуманизм второй половины XIV- первой половины XV в. / Н.В.Ревякина. - М.: Знание, 1977. - 240 с.
162. Рейчелс, Дж. Активная и пассивная эвтаназия / Дж.Рейчелс // Этическая мысль. - М.: Политиздат, 1990. - 340 с.
163. Роганов, С.В. Рецепции смерти в современной культуре / С.В.Роганов // Человек. - 2007. - № 3. - С. 107-116.
164. Рокич, М. Природа человеческих ценностей / М.Рокич. - М.; Нью-Йорк, 1973. - 302 с.
165. Российское трансгуманистическое движение [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://transhumanism-russia.ru/>.
166. Роулс, Дж. Теория справедливости / Дж.Роулс. - Новосибирск: Изд-во НГУ, 1995. - 532 с.
167. Руководство по медбиоэтике / ред. Ю.М.Лопуин; пер. с англ. Т.В.Бульгина. - М.:Гэотар, 2006. - 128 с.

168. Рыбин, В.А. Философские основания проблемы эвтаназии: методологический анализ: автореф. дис. ... докт. филос. наук: 09.00.01/ Рыбин Владимир Александрович. - Екатеринбург, 2006. - 53 с.
169. Рыбин, В.А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте / В.А.Рыбин. - М.: Издательство «Либроком», 2009. - 328 с.
170. Садыкова, З.Р., Камалиева, И.Р. Воспитательная функция в эпосе «Урал Батыр» // В мире научных открытий. Гуманитарные и общественные науки. - № 4 (16) 2011. - С. 220-223.
171. Саперов, В.Н. Врач и больной: традиционные и новые деонтологические аспекты / В.Н.Саперов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2001. - № 3. - С. 90-93.
172. Стречча, Э., Тамбоне, В. Биоэтика / Э.Стречча, В.Тамбоне. - М.: Триумф, 2002. - 413 с.
173. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г.Селье. - М.: Прогресс, 1982. - 188 с.
174. Сергеева, Н.В. Биоэтика как культурный комплекс: Автореф. дис. ... д-ра культурологии: 24.00.01 / Сергеева Надия Валерьевна. - Волгоград, 2010. - 53 с.
175. Серова, И.А., Горбунов, А.В. Медиализация культуры: мера желаний / И.А.Серова, А.В.Горбунов // Вестник Волгоградского государственного архитектурно-строительного университета. Серия гуманитарные науки. - № 9(24), 2007. - С. 64-69.
176. Синецкий, С.Б. Культурная политика XXI века: теоретико-методологические основания и условия осуществления: дис. ... д-ра культурологии. 24.00.01 / Синецкий Сергей Борисович. - Челяб. гос. акад. культуры и искусств. Челябинск, 2012. - 53 с.
177. Силуянова, И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В.Силуянова. - М.: «Грантъ», 2001. - 192 с.
178. Силуянова, И.В. Этика врачевания / И.В.Силуянова. - М.: Наука, 2000. - 312 с.
179. Смолярчук, В.И. Анатолий Фёдорович Кони (1844-1927) / В.И.Смолярчук. - М.: Наука, 1981. - 216 с.
180. Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук / под общ. ред. В.В.Миронова. - М.: Гардарики, 2006. - 639 с.
181. Солженицын, А.И. Раковый корпус / А.И.Солженицын. - М.: Новый мир, 1991. - 363с.
182. Соловьев, В. Оправдание добра. Собр. соч.: в 2-х т. / В.Соловьев. - М.: Политиздат, 1988. - Т. 1.
183. Спиринов, А. Современные биотехнологии: наука и жизнь / А.Спиринов // Человек. - 1995. - № 5. - С. 14-18.
184. Сточик А.Н., Затравкин, С.Н. Картина реальности в медицине XVII-XIX вв. / А.Н. Сточик, С.Н.Затравкин // Вопросы философии. - 2013.- № 7. - С. 80-94.
185. Ступаков, И.Н. Роль биомедицинской этики в практическом здравоохранении / И.Н.Ступаков // Мед. Право. - 2003. - № 1. - С. 10-14.

186. Сук, И.С. Врачебная тайна / И.С.Сук. - Киев, Здоров'я, 1981. - 170 с.
187. Терновский, Л.Н., Терновская, В.А., Уралов, А.В. Социальное и биологическое в деонтологии / Л.Н.Терновский, В.А.Терновская, А.В.Уралов // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 6. - С. 50-52.
188. Тищенко, П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий / П.Д.Тищенко. - М.: ИФРАН, 2001. - 280 с.
189. Тищенко, П.Д. О множественности моральных позиций в биоэтике / П.Д.Тищенко // Человек. - 2008. - № 1. - С. 82-91.
190. Тищенко, П.Д. Угроза множественности и идея гуманитарной экспертизы / П.Д.Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. - Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008. - С. 102-128.
191. Тищенко, П.Д. Этические проблемы развития биотехнологий П.Д.Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. - Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008. - С. 55-82.
192. Угрюмов, Б.Л. О врачебном долге / Б.Л.Угрюмов. - К.: Здоровье, 1987. - 218 с.
193. Угрюмов, Б.Л. О медицинской деонтологии / Б.Л. Угрюмов // Гигиеническая медицина. - 1993. - № 3. - С. 9-11.
194. Ушакова, И.И. Медицинская деонтология – наука о профессиональном поведении медицинского работника / И.И.Ушакова // Мир медицины. - 1999. - № 4. - С. 19-20.
195. Философия биомедицинских исследований: Этнос науки начала третьего тысячелетия. - М., Институт человека РАН; Независимый институт гражданского общества, 2004. - 218 с.
196. Философия медицины / под ред. Ю.Л.Шевченко. - М.: ИФ РАН, 2004. - С. 418-419.
197. Философские проблемы биологии и медицины. - Вып. 2. Междисциплинарные аспекты биомедицины: Сборник. - М.: Изд-во «Принтберри», 2008. - 420 с.
198. Фенотова, Э.А. Врач и пациент – партнеры / Э.А.Фенотова // Медицина. - 1999. - № 2. - С. 46-54.
199. *Фоссе, Р. Образование и обучение в науке о лабораторных животных (Европейские инициативы) / Р.Фоссе // Лаб. животные. - 1991. - Т. 1. - № 1. - С. 39-45.*
200. Фролов, И.Т. О человеке и гуманизме / И.Т.Фролов. - М.: Издательство политической литературы, 1989. - 142 с.
201. Фролов, И.Т. Перспективы человека: опыт комплексной постановки проблемы, дискуссии, обобщения / И.Т.Фролов. Изд. 3-е, доп. - М.: Эдиториал УРСС, 2008. - 304 с.
202. Фролов, И.Т., Юдин, Б.Г. Этические аспекты биологии / И.Т.Фролов, Б.Г.Юдин. - М.: Знание, 1986. - 512 с.
203. Фролов, И.Т., Юдин, Б.Г. Этика науки / И.Т.Фролов, Б.Г.Юдин. - М.: Знание, 1986. - 410 с.
204. Фромм, Э. Здоровое общество. Догмат о Христе / Э.Фромм. - М.: АСТ, Транзиткнига, 2005. - 290 с.

205. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М.Фуко. - СПб.: Нева, 1997. - 496 с.
206. Фуко, М. Рождение клиники / М.Фуко. - М.: Знание, 1998. - 280 с.
207. Фукуяма, Ф. Наше постчеловеческое будущее: последствия биотехнологической революции: [пер. с англ.] / Ф.Фукуяма. - М.: АСТ, 2004. - 349 с.
208. Фукуяма, Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций / Ф.Фукуяма // Человек. - 2008. - № 2. - С. 80-88.
209. Хабермас, Ю. Будущее человеческой природы / Ю.Хабермас. Пер. с нем. - М.: Издательство «Весь мир», 2002. - 144 с.
210. Хабермас, Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие / Ю.Хабермас. - СПб.: Наука, 2001. - 377 с.
211. Хабермас, Ю. Философский дискурс о модерне / Ю.Хабермас; пер. с нем. М.М.Беляева и др. Изд. 2-е испр. - М.: Весь Мир, 2008. - 414 с.
212. Харди, И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / И.Харди. - М.: Наука, 1988. - 212 с.
213. Харрис, Дж. Стволовые клетки и воспроизводство / Дж.Харрис // Человек. - 2003. - № 5. - С. 42-48.
214. *Ховард-Джонс, Н.* Хроника ВОЗ / Н.Ховард-Джонс. - 1985. - Т. 39. - С. 3-8.
215. Хрусталев, Ю.М. Философия науки и медицины / Ю.М.Хрусталев, Г.И.Царегородцев. - М.: Гэотар Медицина, 2007. - 507 с.
216. Человек моральный / сост. В.И.Толстых. - М: Политиздат, 1987. - 212 с.
217. Чернышевский, Н.Г. Избр. философские сочинения / Н.Г.Чернышевский. - Т. 3. - М.: Советская Россия, 1951. - 610 с.
218. Чехов, А.П. Рассказы о медицине / А.П.Чехов // Собр. соч.: в 18 т. - М.: Молодая гвардия, 1985. - Т. 4.
219. Чусовлянова, С.В. Коммуникативная культура студентов медицинского вуза в контексте их жизненных и профессиональных ценностей в российском обществе начала XXI века: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52 / Чусовлянова Светлана Викторовна. - Новосибирск: 2009. - 26 с.
220. Шайхисламова, И.И. О правах человека в свете общечеловеческой нравственности / И.И. Шайхисламова // Социально-гуманитарные знания. - 2002. - № 2. - С. 306-310.
221. Шадриков, В.Д. Происхождение человечности / В.Д.Шадриков. - М.: Издательская корпорация «Логос», 1999. - 190 с.
222. Шайхудинов, Р.Г. Современные технологии власти / Р.Г.Шайхудинов // Вопросы философии. - 2007. - № 11. - С. 44-48.
223. Шамов, И.А. Врач и больной / И.А.Шамов. - М.: Изд-во ун-та Дружбы народов, 1986. - 240 с.
224. Шевченко, Ю.Л. Философия медицины / Ю.Л.Шевченко. - М.: Гэотар Медицина, 2007. - 480 с.
225. Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А.Швейцер. - М.: Знание, 1992. - 184 с.
226. *Швейцер, А.* Упадок и возрождение культуры / А.Швейцер. - М.: Наука, 1993. - 268 с.

227. Шевченко, Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право (материалы доклада министра Российской Федерации на III (XIX) Всероссийском Пироговском съезде врачей) / Ю.Л.Шевченко // Экономика здравоохранения. - 1999. - № 11/12. - С. 5-13.
228. Шутова, Г. А. Воспитание милосердия / Г.А.Шутова // Домашнее воспитание. - 2000. - №1. - С. 28-36.
229. Шугуров, М.В. Защита прав человека в условиях современного научно-технологического прогресса: практика Европейского суда по правам человека / М.В.Шугуров // Международное публичное и частное право. - М.: Юрист, 2011. - № 1 (58). - С. 4-7.
230. Эвтаназия: дилемма доктора / В.Иваницкий // Знание-сила. - 1999. - № 11,12.
231. Энгельгардт, Х.Т. Почему не существует глобальной биоэтики? / Х.Т.Энгельгардт // Человек. - 2008. - № 1. - С. 74-82.
232. Эльштейн, Н.В. Диалог о медицине / Н.В.Эльштейн. - 5-е изд. - Таллинн: Валгус, 1986. - 256 с.
233. Эльштейн, Н.В. Медицина и время / Н.В.Эльштейн. - Таллинн: Валгус, 1990. - 190 с.
234. Эльштейн, Н.В. Медицинская этика и современность / Н.В.Эльштейн // Клиническая медицина. - 2000. - № 11. - С. 91-93.
235. Эпштейн, М.Н. Знак пробела: о будущем гуманитарных наук : [сборник] / М.Н. Эпштейн. - М.: Новое лит. обозрение, 2004. - 862 с.
236. Эрлик, С.Н. Биофилософия и человекознание / С.Н.Эрлик // Биофилософия. - М., ИФ РАН, 1997. - С.127-148.
237. Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» (Международ. документы и аналитические материалы). - М., 1998. - 98 с.
238. Юдин, Б.Г. Биомедицинские исследования как объект философского осмысления / Б.Г.Юдин // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. - Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008. - С. 3-17.
239. Юдин, Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б.Г.Юдин // Философия здоровья. - М.: ИФ РАН. 2001. - С. 61-85.
240. Юдин, Б.Г. Институт человека сегодня / Б.Г.Юдин // Человек. - 2001. - № 6. - С. 15-25.
241. Юдин, Б. Г. Постигание человека / Б.Г.Юдин, М.А.Мануильский // Наука в России. - 2005. - № 1. - С. 67-71.
242. Яровинский, М.Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика) / М.Я.Яровинский. - М.: Медицина, 2004. - 527 с.
243. Ярхо, В.Н. Была ли у древних греков совесть? (К изображению человека в аттической трагедии) / В.Н.Ярхо // Античность и современность. - М.: Молодая гвардия, 1972. - С.251-263.
244. Ясперс, К. Вопрос о виновности. О политической ответственности Германии / пер. С.Апта. - М.: Прогресс, 1999. - 316 с.
245. Abbott, A. Professional Ethics / A.Abbott // The American J. of Sociology. - 1983. - V 88. - № 5.

246. Beauchamp, T.L. [Электронный ресурс] / T.L.Beauchamp // Journal of Medical Ethics. - 2003. - V. 29. - P. 269-274. - Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/5/269>.
247. Callahan, Daniel. Bioethics / D.Callahan / Encyclopedia of bioethics. Reich W.Th. Editor-in-chief. - N.Y., 1995. - V 1. - P. 248.
248. Guide for the Care and Use of Laboratory Animals. - Washington: National Academy Press, 1996. - 128 p.
249. *Regan, T.* The Case for Animal Rights / T.Regan. - London; N.-Y., 1984. - 180 p.
250. Thomas, L. Friedman «Why Nations Fail» / L.Thomas // The New York Times. - 2012. - 31 March.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава первая. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МОРАЛЬНЫЕ ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОСТИ.....	7
1.1. Гуманизм медицинской деятельности в контексте современности.....	7
1.2. Трансформация медицинской этики: историко-генетический аспект.....	25
Глава вторая. СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ДЕГУМАНИЗАЦИИ И ГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ.....	46
2.1. Социально-философский анализ антропологической компоненты современной медицинской этики.....	46
2.2. Этические ориентиры при разрешении современных проблем медицинской этики.....	59
Заключение.....	79
Список литературы.....	83

Научное издание

Камалиева Ирина Ринатовна

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ В
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ: ПРОБЛЕМА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Монография

Верстка и оформление Н. А. Гафнер

Подписано к изданию 13.03.17.

Усл. печ. л. 9,2. Уч.-изд. л. 9,3.

Сетевое неперидическое издание

Размер файла 1,00 МБ.

Адрес размещения в сети Интернет:

www.soc-is.ru

Научно-исследовательский центр «АнтроВита»