



# ВЕСТНИК

## Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183

Приложение № 4, 2019

[vestnikbgmu.ru](http://vestnikbgmu.ru)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание  
приложение № 4, 2019

## Редакционная коллегия:

Главный редактор: чл.-корр. РАН, проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

## Редакционный совет:

Чл.-корр. РАН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р. технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.  
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д. технический секретарь редакции – Зиятдинов Р.Р. корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

**«ПРАВОВЫЕ, ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»**

**25 октября 2019 года**

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции**

**Уфа, 2019**

УДК 3:349.3:613

ББК 60.561.6+51.204.0

Редакционная коллегия: Иванова О.М. – проф., д.филос.н.; Храмова К.В.– проф., д.филос.н.;

Мингазова Н.Р. – доцент, к.филос.н; Садыкова З.Р.. - доцент, к.филос.н.

Ответственный редактор: Иванова О.М. - профессор,  
зав. кафедрой философии БГМУ.

Правовые, исторические и социально-экономические аспекты здравоохранительной деятельности: материалы Всероссийской научно-практической конференции (Уфа, БГМУ, 25 октября 2019 г.) /под ред.: О.М. Ивановой – Уфа: БГМУ, 2019. – 354с.

В сборнике представлены материалы Всероссийской научно-практической конференции, организованной на базе « Башкирского государственного медицинского университета» Минздрава России.

Статьи посвящены актуальным правовым, историческим, философским и социально-экономическим проблемам здравоохранительной деятельности с целью повышения правовой и гуманитарной грамотности специалистов здравоохранения и других заинтересованных лиц, выявления и систематизации актуальных проблем в области развития и совершенствования правового поля нашего государства на современном этапе и выработки стратегии решения данных проблем.

Научное издание предназначено для научных работников, преподавателей вузов, аспирантов, магистрантов, практикующих специалистов, обучающихся, а также всех интересующихся рассматриваемой проблематикой с целью использования в медицинской, организационно-управленческой и научно-исследовательской деятельности.

УДК 3:349.3:613

ББК 60.561.6+51.204.0

Сборник сохраняет авторское изложение материалов

©БГМУ, авторы, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Буканова Р. Г., Каримов Р.Р.</b> Междисциплинарные подходы и проблема преподавания историко-правовых дисциплин в непрофильных ВУЗах.....	8
<b>Исхаков Э.Р., Хасанова Г.М., Тутельян А.В., Хасанов Д.Н.</b> Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.....	12
<b>Асянова С.Р.</b> Факторы риска для здоровья сотрудников правоохранительных органов и методы их коррекции.....	21
<b>Мансурова З.Р.</b> Антикоррупционное образование и воспитание в образовательном пространстве как профилактика коррупционных правонарушений.....	26
<b>Евдокимова Н.Л., Хасанова Г.М., Тутельян А.В.</b> Врачебная тайна в России и зарубежных странах.....	31
<b>Селина Л.А., Моджина Н.В.</b> Особенности прав и гарантий медицинских работников.....	38
<b>Мухатаев Н.А., Рябов С.А.</b> Стрессоустойчивость как одна из основополагающих черт современного сотрудника органов внутренних дел.....	44
<b>Девяткина Р.И.</b> Уголовное дело Елены Мисюриной как прецедент российского медицинского права.....	49
<b>Просвиркина Т.Д., Ларшутин С.А., Ларшутин Р.С., Габдуллина С.В.</b> К вопросу о правах медицинских работников.....	52
<b>Гайсаров А.Х.</b> Перспективы совершенствования правового статуса фармацевтических работников как специалистов здравоохранения.....	59
<b>Ефремова У.С., Зулкарнеев Ш.Р.</b> Несовершенство российского законодательства в сфере оборота наркотических средств на примере некоторых фармацевтических препаратов.....	67
<b>Кальметьева А.А.</b> Уголовно-правовые аспекты ятрогении.....	74
<b>Бакирова М.А.</b> Правовые проблемы внедрения системы 4п-медицины.....	79
<b>Галина Г.Г.</b> Последствия запрета искусственного прерывания беременности.....	83
<b>Дюскина В.А., Колесников В.А.</b> Домашнее насилие и сказкотерапия.....	88
<b>Гафарова Л.Т., Ефремова У.С., Панченко В.А.</b> История применения эвтаназии и отношение к ней в современном мире.....	92
<b>Максютова Г.Г.</b> Недостатки правового регулирования в вопросах классификации врачебных ошибок.....	99
<b>Габдрахманова Э.Р.</b> Теория денежного баланса в цифровой экономике.....	107
<b>Рукомойникова А.Н., Сухарева И.В.</b> Влияние посттравматического стрессового расстройства на ветеранов локальных боевых действий, на примере афганской войны 1979 – 1989 гг.....	112
<b>Моджина Н.В., Чуданова А.П.</b> Возрождение института сестер милосердия в России.....	120
<b>Латыпова А.Р.</b> История медицины как искусство врачевания и как наука.....	127
<b>Исмагилова А.М.</b> Философия как основа изучения истории медицины.....	131
<b>Хаева А.Д.</b> Развитие медицинского права в России.....	133
<b>Габдрахманова Э.Р., Насретдинова А. Р.</b> Медицинское право в наше время и его история.....	137
<b>Даутбаев Д. Г.</b> Философия врачебной ошибки.....	144

<b>Ахмадеева М. З.</b> Натурфилософия и медицина в Древней Греции.....	147
<b>Черновицкая Ю.В.</b> Цифровая медицина: специфика ответственности.....	152
<b>Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р., Юлдашев В.Л., Тимербулатова М.Ф., Ахмадеев Р.Р., Калимуллина Д.Х.</b> Клинико-психопатологические проявления у интернет-зависимых студентов.....	157
<b>Лобанов С.А., Мансурова К.А., Семенчук Н.Н.</b> Представления о современной наркоситуации, о ее профилактике.....	163
<b>Мансурова З.Р., Сафина Э.Д.</b> Экологический образ жизни – основа безопасности жизнедеятельности.....	167
<b>Хасанова Г.М., Маяцкая К.С., Тутельян А.В.</b> Концептуализация здорового образа жизни в сфере инновационного направления – социологии здоровья.....	171
<b>Лобанов С.А., Мансурова К.А., Смирнов А.И.</b> Популяризация здорового образа жизни среди молодежи первостепенная задача общества.....	177
<b>Калимуллина Д.Х., Юлдашев В.Л., Алехин В.Е.</b> Влияние уровня эмпатии на адаптацию студентов.....	181
<b>Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., Алехин В.Е., Урицкий Б.Л.</b> Психологические особенности и конституция.....	184
<b>Недюрмагомедов Г.Г., Джамалутдинова Т.М.</b> Формирование здоровьесберегающих компетенций школьников в процессе учебной деятельности.....	189
<b>Перхуткина А.Д.</b> Влияние ткани на организм человека в системе здравоохранения.....	199
<b>Сафонова О.В.</b> Социальные и духовно-нравственные аспекты здоровья и их значимость для современной молодежи.....	204
<b>Абдрашитов Ю.Ф.</b> Корпоративная социальная политика как фактор сохранения здоровья сотрудников организации.....	208
<b>Ахунова Г.М.</b> Инвалидность как медико-социальная проблема.....	218
<b>Булыгина А.П., Колесников В.А.</b> Формирование характера детей с помощью педагогики и психологии.....	221
<b>Закиров И.И., Гаскарова Л.И., Колесников В.А.</b> Анорексия девичья блажь или психическое расстройство?.....	225
<b>Равилов В.Р., Рябов С.А.</b> Влияние любви на жизнь человека.....	230
<b>Шайбакова Э.И., Асянова С.Р.</b> Формы коммуникативной девиации.....	234
<b>Мустафина Ю.А.</b> Психология зависимого поведения.....	237
<b>Авальбаева Ф.Д.</b> Психология воздействия слухов.....	243
<b>Шабхазов Т.А.</b> Стресс и его роль в профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел.....	247
<b>Матвеева Ю.А., Асянова С.Р.</b> Интернет-зависимость – диагноз современной молодежи.....	252
<b>Мансурова З.Р.</b> Феномен буллинга в молодежной среде.....	255
<b>Давлетбаева Э.И.</b> Адаптация инвалидов в современном российском обществе.....	259
<b>Комарова О.А.</b> Святая ложь в медицине – зло или необходимость?.....	262
<b>Князева Л.В., Комарова О.А.</b> Применение принципов Кайдзен в медицине на примере клиники БГМУ.....	266
<b>Лобкова Е.В., Колесников В.А.</b> Подростковый буллинг.....	270
<b>Исхаков Э.Р., Кутлугаллямов А.И.</b> Реакция на фрустрацию у сотрудников ОВД.....	274

<b>Абдрашитов Ю.Ф.</b> Роль логики в формировании здорового мышления.....	279
<b>Фахретдинова А.К., Попова В.А., Кахрамонов А.Б., Муминов Д.Д.</b> Статистика врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений у детей в Российской Федерации.....	284
<b>Фаизова Л.А.</b> Межличностные конфликты в сфере здравоохранения: причины и решения.....	290
<b>Хабилова А.И., Чикурова Е.С.</b> Проблема эвтаназии, с точки зрения традиционных религий.....	295
<b>Мирончикова К.А., Хайретдинова Ю.М.</b> Различные подходы к проблеме эвтаназии.....	299
<b>Загидуллина Э.И., Идрисова З.И.</b> Фенольная катастрофа 1990 года. Последствия катастрофы.....	303
<b>Бучнева А.Ю., Сёмина Я.В., Гайсина Н.Н.</b> Влияние домашних животных на социализацию ребенка.....	309
<b>Каримова А.И., Максютова Э.Н.</b> Статистика заболеваемости населения по болезням глаза и его придаточного аппарата.....	313
<b>Борисенков В.В.</b> Понятие «социальный конфликт» сквозь призму философии и междисциплинарного подхода: другой как «козел отпущения».....	317
<b>Катрунов В.А., Фахрудинова Э.Р.</b> Права человека и ВИЧ: социально-этический аспект.....	326
<b>Зайдуллин Р. Д.</b> Право в Древней Персии – религия и закон.....	336
<b>Агеенкова Е. К., Сперанская Г. Л.</b> Личность и здоровье.....	342
<b>Зубаирова-Валеева А.С.</b> Истоки альтруистического поведения с позиций антропологии.....	347
<b>Abdullah Makbul Ali</b> Religious tolerance in India: problems and achievements.....	350
<b>Габдуллина С.В., Чернова Е.И., Афанасьева О.Г., Ларшутин Р.С.</b> Философия и медицина. нужна ли медицине философия?.....	353
<b>Мухаметгалина А.М.</b> Развитие натурфилософии в Западной Европе XIII—XV вв.....	359
<b>Мартыненко А.С.</b> Социально-правовая защита детей инвалидов.....	362
<b>Муталлапова А.В.</b> Проблемы социально-правовой регуляции наркоситуации в стране.....	366
<b>Хусаинова Л.А.</b> Психосоматическая медицина – проблема дискурса.....	373
<b>Алибаев Д.Р.</b> Правовые основы демографической политики Российской Федерации.....	382

**Буканова Р.Г., Каримов Р.Р.**

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ И ПРОБЛЕМА ПРЕПОДАВАНИЯ  
ИСТОРИКО-ПРАВОВЫХ ДИСЦИПЛИН В НЕПРОФИЛЬНЫХ ВУЗАХ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье раскрывается значение преподавания историко-правовых дисциплин в непрофильных вузах. Показана связь между такими предметами как история, право, медицина. Предложены практические рекомендации по использованию новых методов междисциплинарного характера в процессе формирования у студентов общекультурных и профессиональных компетенций.

**Ключевые слова:** гуманитарные дисциплины, непрофильные вузы, междисциплинарный подход, интегральная теория, связь истории, юриспруденции, медицины.

**Bukanova R.G., Karimov R.R.**

**INTERDISCIPLINARY APPROACHES AND THE PROBLEM OF TEACHING  
HISTORICAL AND LEGAL DISCIPLINES IN NON-PROFILE UNIVERSITIES**

**Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)**

**Summary.** The article reveals the importance of teaching historical and legal disciplines in non-core universities. The connection between such subjects as history, law, medicine is shown. Practical recommendations on the use of new methods of an interdisciplinary nature in the process of building students' general cultural and professional competencies are proposed.

**Key words:** humanitarian disciplines, non-core universities, an interdisciplinary approach, integral theory, the connection of history, jurisprudence, medicine.

Поиски новых подходов и методов исследования в области гуманитарных наук оказывают непосредственное влияние на формирование содержания учебных дисциплин. Наиболее плодотворным из современных методологических приемов является междисциплинарный подход. В условиях отсутствия идеологического контента, раскрывающего общие принципы, цели и задачи формирования личности будущего специалиста, главной задачей преподавания в вузе является формирование у студентов общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций. Если в высших учебных заведениях гуманитарного профиля формирование общекультурных компетенций не представляет большой сложности, то в непрофильных вузах, учебные планы которых перегружены предметами естественнонаучного цикла, актуальность этой задачи



бесспорна. Одним из способов решения данной проблемы является междисциплинарный подход.

Прежде рассмотрим содержание понятий «монодисциплинарный», «междисциплинарный» и «метадисциплинарный», определяющих основные принципы овладения знаниями в процессе обучения. Монодисциплинарный подход наиболее распространенный способ освоения той или иной отрасли науки, который предполагает изучение одного предмета: его содержания, внутренних закономерностей и логических связей. Он способствует более глубокому овладению профессиональными компетенциями: знанием основных понятий, категорий данной отрасли науки, умением применять их в повседневной трудовой деятельности и навыками, необходимыми для квалифицированного применения полученных знаний в профессиональной деятельности. В современных условиях, когда в каждой отрасли профессиональной деятельности существует множество узких специализаций, монодисциплинарный подход может расцениваться как базовое, необходимое условия в подготовке специалистов. Например, если пациент идет на прием к офтальмологу, то он надеется получить квалифицированную медицинскую помощь именно по данному вопросу. То же самое можно сказать о юридической помощи – каждая жизненная ситуация требует конкретного подхода. Соответственно и исследовательские процедуры должны быть построены на собственных дисциплинарных законах и комплексе специальных дисциплинарных методов, включающих при необходимости и эмпирические методы.

Если речь идет о формировании общепрофессиональных компетенций, то, безусловно, изучение каждой из отраслей наук в целом, будь то юриспруденция, история, социология или предметы естественнонаучного цикла, требует междисциплинарного подхода. Каждый из изучаемых дисциплин должен быть соотнесен с другими гуманитарными и естественнонаучными знаниями, основан на привлечении принципов и методов других наук. Ни одна наука не может развиваться изолированно, без связи с другими отраслями знаний. Это следует учитывать при составлении учебных программ и непосредственно в преподавательской деятельности.

На более высокой ступени познания, в частности в научно-исследовательской деятельности, требующей выхода на теоретический уровень, необходим метадисциплинарный подход, основанный на методах, являющихся общими для ряда наук. Эти методы разработаны в таких науках, как философия, семантика, статистика, теория построения искусственных интеллектуальных систем и других. Метадисциплинарный подход наиболее близок к холистической философии или к так называемой интегральной теории, рассматривающей все явления общественной жизни через призму всеединства. Он формирует у обучающихся не только общекультурные компетенции, но и мировоззрение,

социально-значимые установки, проявляющиеся в сфере правосознания и гражданской позиции. Междисциплинарный подход, в отличие от принципа холизма, подчеркивает важность взаимодействия различных отраслей науки в процессе познания. Иногда это называют принципом всесторонности. Однако заметим, что всестороннее исследование объекта познания, на наш взгляд, не является принципом – общеизвестные принципы объективности, научности и историзма уже сами по себе предполагают изучение каждого явления или процесса в комплексе, то есть «со всех сторон».

Учебный процесс выступает как необходимое звено между теоретической и прикладной дисциплинами. Поэтому общие положения, рассмотренные выше, должны быть учтены в преподавании историко-правовых дисциплин, в том числе и в непрофильных вузах. Если обратиться к практике подготовки медицинских кадров в соответствующих учебных заведениях, то дисциплины историко-правового цикла в них не являются базовыми. Вместе с тем, медицина как наука об анатомическом и физиологическом строении человека наиболее близко стоит к гуманитарным дисциплинам. Они все изучают человека, роль и место человека в обществе или в естественной среде. В связи с этим открываются широкие возможности для использования междисциплинарного подхода в исследовательском процессе и межпредметных связей в преподавании.

Следует отметить, что формирование междисциплинарной компетентности в определенной мере заложено в современных государственных стандартах высшего профессионального образования и корректируется путем введения в учебный план соответствующих курсов. Важное место занимает комплекс историко-правовых дисциплин. История как предмет имеет отношение не только к развитию человека, общества, государства и права, но и к истории становления науки, в том числе и медицины. Современные достижения медицины, как и других отраслей наук, базируются на историческом опыте человечества. Не случайно одним из основополагающих принципов научного познания является принцип историзма. В свою очередь, юриспруденция также является общественной наукой, изучающей право как особую систему социальных норм и различные аспекты правоприменительной деятельности. Юридические науки не сразу выделились из системы общественных наук, включив в свой предмет анализ позитивного законодательства и практику его применения. В России это произошло лишь в XIX столетии. Если в середине века преобладали историко-юридические исследования, то на рубеже XIX – XX вв. возникли новые направления, такие как социологическая юриспруденция, психологическая школа права и другие, которые были основаны на междисциплинарном подходе. В медицинских вузах в качестве междисциплинарных учебных дисциплин, связанных с юриспруденцией, следует назвать юридическую психологию, судебную

медицину, судебную психиатрию. А в юридических институтах таковыми, которые нуждаются в знании психологии и здоровья человека, являются криминология, криминалистика, социология преступности, управление рынком ценных бумаг, правовые основы антикризисного управления, судебная бухгалтерия, правовая статистика, уголовная политика, проблемы идентификации человека в судопроизводстве многие другие.

Если говорить о междисциплинарности в непрофильных (медицинских) вузах, то она функционирует следующим образом:

1) использование концепций, принципов и методов гуманитарных научных дисциплин (истории, философии, социологии, психологии, политологии и т.д.);

расширение методологической базы за счет заимствования новых методов из социогуманитарных и естественных наук;

2) выделение специальных дисциплин (судебная медицина, судебная психиатрия и др.), предметное поле которых состоит из двух и более наук;

3) формирование специальных дисциплин, изучающих историю права, историю медицины, юридическую или медицинскую антропологию, правовую и медицинскую статистику и др.

Важность темы данной статьи не исчерпывается лишь поднятыми в них проблемами. Современное состояние сферы науки и образования определяется раздробленностью, нарушением внутреннего единства, цельности восприятия знаний, что обусловлено, главным образом, революционными изменениями в информационной среде и общими процессами, происходящими в мире в эпоху глобализации. В соответствии с этим, возрастают требования не только к будущим специалистам, но и к личности преподавателя высшей школы: синтетический характер междисциплинарного подхода требует от него широкого комплекса знаний и навыков непрофильного характера.

© Буканова Р.Г., Каримов Р.Р., 2019

УДК 343

Исхаков Э.Р., Хасанова Г.М.<sup>1</sup>, Тутельян А.В.<sup>2</sup>, Хасанов Д.Н.<sup>1</sup>

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ  
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОИХ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ**

Уфимский юридический институт МВД России,

<sup>1</sup>Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

<sup>2</sup>Центральный научно-исследовательский институт  
эпидемиологии Роспотребнадзора, Россия (Москва)

**Резюме:** Установлены ряд аспектов судебно-медицинской характеристики ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей. Существуют нормативные правовые акты определяющие уголовную ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение их профессиональных обязанностей.

**Ключевые слова:** ответственность медицинских работников, медицинское право.

Iskhakov E.R., Khasanov G.M.<sup>1</sup>, Tutelyan A.V.<sup>2</sup>, Khasanov D.N.<sup>1</sup>

**FORENSIC ASPECTS IMPROPER PERFORMANCE  
BY MEDICAL PROFESSIONALS OF THEIR PROFESSIONAL DUTIES**

Ufa law Institute of the Russian interior Ministry,

<sup>1</sup> Bashkir State Medical University, Russia (Ufa),

<sup>2</sup>Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia.

**Abstract:** Estimated some aspects of forensic-medical characteristics incorrect professional activity by medical staff. There are some legislations where determining the criminal liability of medical staff for incorrect dealing their occupational obligations.

**Key words:** Liability of medical staff, medical law.

Актуальность. В настоящее время наблюдается резкий рост уголовных дел, связанных с ненадлежащими исполнениями медицинскими работниками профессиональных обязанностей. Количество жалоб на врачей в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи растет в текущее время в геометрической прогрессии, увеличившись за прошедшие пять лет более чем в три раза. За 17-летний прошедший период число жалоб граждан на качество лечения и диагностики в медицинские страховые компании возросло в 1,5 тысячи раз [12].

Возросло число жалоб населения на работу медицинских организаций и деятельность медицинских работников, причем часть фактов и событий сразу попадает в средства массовой информации через систему интернет, особенно, таких как социальные сети, где

число лиц, знакомящихся с подобной информацией, исчисляется миллионами. Кроме того, за каждой жалобой или случаем стоят как здоровье, так и жизни людей. В ряде случаев имеется предвзятость и субъективизм как со стороны пациентов или их родственников и представителей, а также журналистов, однако имеются многочисленные проблемы и в самой организации здравоохранения и оказания медицинской помощи населению. Ученые подчеркивают, что сотрудники правоохранительных органов, не обладают специальными познаниями в области медицины, и разобраться в сути механизма лечебного процесса невозможно и поэтому при расследовании дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи возникают значительные трудности [9, 13].

Главную роль в установлении объективности произошедшего с пациентом во время оказания ему (ей) медицинской помощи отводится судебно-медицинской экспертизе. Однако существует размытость критериев судебно-медицинской оценки и отсутствие единой трактовки при квалификации нарушений профессиональной деятельности медицинских работников. Поэтому вызывается необходимость создания и оценки условий и критериев для объективного рассмотрения процессов оказания медицинской помощи населению с выделением аспектов ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Целью работы явилось установить и проанализировать ряд положений в нормативно-правовых актах, регламентирующие ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

Материал и методы. Нами осуществлен поиск Федеральных законов Российской Федерации, научных статей по теме в журналах и проведен их анализ.

Результаты и обсуждение. Различные аспекты законодательства в отношении ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, в частности оказания медицинской помощи рассматривались рядом авторов [2, 7, 10].

Жизнь человека, его здоровье являются высшей ценностью и государство обязано делать все для гарантированной защиты этих ценностей [4, 11].

Право на охрану здоровья закреплено за гражданами России статьей 41 Конституции РФ. Исходя из ст. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одними из основных принципов охраны здоровья являются ответственность медицинских работников за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

В соответствии со ст. 37 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской

Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые утверждаются Министерством здравоохранения РФ. Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждено несколько десятков порядков оказания медицинской помощи по отдельным видам, профилям, заболеваниям и состояниям, а также более 100 стандартов первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи.

В соответствии с законодательством Российской Федерации медицинские работники несут ответственность (в том числе и уголовную) за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи (а также за нарушения прав пациентов).

Преступления медиков довольно разнообразны. Анализируя результаты и процесс ненадлежащего оказания медицинской помощи, имеется в виду преступления против жизни и здоровья пациентов, совершенные медицинскими работниками по неосторожности. Ответственность за эти преступления, по мнению ряда авторов (Перепечина И.О. и соавт. (2015), Белоус В.Г. с соавт. (2016) регулируются:

Ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности, а также вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

Ч. 2 ст. 118 УК РФ – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, а также вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

Ч. 4 ст. 122 УК РФ – заражение инфекцией вируса иммунодефицита человека;

Ч. 1 ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью;

Ч. 2 ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности смерть больного или причинение тяжкого вреда его здоровью [1, 12].

Ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности».

В научной юридической литературе термины «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей» и «ненадлежащее оказание медицинской помощи», ряд авторов, например Винокурова М.А. (2017) проанализировав научную литературу, считают тождественными, т.к. действия или бездействия медицинского работника являются главными компонентами ненадлежащего оказания медицинской помощи [3].

По мнению ряда ученых Гецманова И.В. и соавт. (2014) объективной стороной преступления согласно ст. 124 УК РФ будут являться такие явления со стороны медицинских работников как «немотивированное бездействие», либо отказ в медицинской помощи [5]. «Чисто бездействие» согласно комментариям к УК РФ проявляется в таких формах поведения как:

- неявка медицинского работника по вызову (так имеется случай, когда участковый педиатр не пришла в день поступления вызова к ребенку грудничкового возраста, на следующее утро в связи с тяжестью состояния – ребенок посинел и стал задыхаться, родители вызвали скорую помощь, сотрудники скорой помощи прибыли незамедлительно, провели срочную госпитализацию в детское отделение местной больницы – *комментарии авторов*);

- отказ принять больного в больницу;

- неоказание стационарной помощи в медицинской организации;

- не вызов специалиста обязанным лицом, которое оказалось некомпетентным в данной конкретной ситуации, а также другие действия.

Ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ определяет преступление со стороны медицинских работников, когда медицинская помощь ими оказывается, но ненадлежащим образом, непрофессионально, и не в требуемом объеме и качестве (гораздо реже допускается «бездействие»).

Исследования Сазина С.Т. (2015), установили, что в настоящий момент подавляющее большинство дел против врачей органами СК РФ квалифицируется по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей). Разъясним, что «профессиональными обязанностями считается то, что врач призван соблюдать официальные (государственные) требования и стандарты, предъявляемые к врачебной деятельности».

Однако, необходимость применения к деяниям врача ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ либо ч. 2 ст. 293 УК РФ по мнению ряда ученых Гришина А.В. (2014), Щепелькова В.Ф. (2017) в определенных случаях вызывает значительное затруднение, а иногда даже не реализует принцип законности [6, 15]. Например, дежурный врач больницы по специальности терапевт, при осмотре поступившего больного заподозрил патологическое состояние в диагностике и лечение которого он не является специалистом и в соответствии с инструкцией пригласил для осмотра консультанта соответствующей специальности. Однако специалист, осмотрев пациента, в силу определенных обстоятельств, устанавливает диагноз, по которому больной не подлежит неотложной госпитализации и рекомендует амбулаторное лечение. Дежурный врач на основе полученной рекомендации специалиста отказывается в госпитализации и отпускает больного. По дороге домой наступает резкое ухудшение состояния и больной умирает. Поэтому дежурный врач будет нести ответственность по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Но с другой стороны, ответственность должен нести специалист, а не дежурный врач. Выводы из приведенной выше ситуации на наш взгляд неоспорны.

Применение ст. 125 УК РФ в ряде ситуаций является довольно дискуссионной. Например, должен (не должен), обязан (не обязан и т.д.) медицинский работник оказывать медицинскую помощь вне стен медицинской организации и вне рамок своего рабочего времени. Что он должен делать? По идее он должен (обязан) оказывать первую помощь и несет ли он уголовную ответственность за оказание (неоказание) первой помощи при которой наступило ухудшение состояния (или смерть) пострадавшего или даже за факт личного непосредственного оказания первой помощи пострадавшему? Например, медицинский работник, находясь на отдыхе в выходной день и идя по своим делам в магазин (в баню, на рынок, на чемпионат мира по футболу и т.д.) стал свидетелем того, что на улице человеку стало плохо. Согласно законодательству он не имеет права оказывать медицинскую помощь вне стен медицинской организации (это установлено законом), но и не обязан этого делать (это также установлено законом). То есть, можно представить ситуацию, когда человеку стало плохо, а рядом стоящий врач палец об палец не ударит, чтобы чем-то помочь пострадавшему. При этом человеку становится все хуже и хуже (вплоть до смерти), но врачу за его бездействие никакая ответственность (ну может быть кроме моральной) не грозит. Однако законодательство позволяет трактовать ряд положений законодательства не в пользу бездействия врача и привлечь его по ст. 125 УК РФ.

Но когда врач оказывает медицинскую помощь вне стен медицинской организации и реально спасает пострадавшего, то он может быть привлечен к уголовной ответственности. Такая попытка была зимой 2019 года, когда истекающей кровью гражданке (после получения ею резаной раны вследствие травмы куском стекла) в глухой деревне, находящийся на отдыхе в тех краях врач подручными средствами (плоскогубцы, швейные иглы и нитки), остановил смертельное кровотечение, пострадавшая выжила и поправилась, рана хорошо зажила. И только широкий положительный общественный резонанс по одобрению его поступка помог избежать уголовного преследования – правоохранительные органы «закрыли» глаза на формальное нарушение закона (оказал медицинскую помощь вне стен медицинской организации). Следует сказать, что до ближайшей больницы было 90 километров, а скорая помощь могла приехать только через сутки.

Кроме того ответственность регламентируется:

п. «в» ч.2 ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни потребителей, повлекших по неосторожности смерть человека).

Вместе с тем, Замалеева С.В. (2019) считает, что такие преступления как смерть или вред здоровью пациентов, совершенные медицинскими работниками при выполнении своих профессиональных обязанностей не могут квалифицироваться по статье 238 УК РФ [8].



Может этим можно объяснить отсутствие логического завершения громкого скандала в РДКБ РБ, когда в эндокринологическом отделении в 2018 году был выдан родителям для лечения детей с диабетом просроченный инъекционный инсулин. Вовремя спохватившиеся родители, случайно заметившие подчистки на упаковках в местах указания сроков годности препаратов забили тревогу и не стали проводить ими лечение своих детей для снижения уровня повышенного сахара крови.

Щепельков В.Ф. с соавт. считают, что того, чтобы вменить медицинскому сотруднику преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, необходимо выявить произведенные им действия нарушающих требования по безопасности [14-16]. При этом, те медицинские работники кто решил и (или) дал указание проводить лечебно-диагностические (профилактические) мероприятия и при этом требования безопасности игнорируются или нарушаются - главные врачи или заведующие отделением и др.), либо врачи или иные медицинские работники, те кто реально в административном порядке поручил (или дал команду) провести медицинскую манипуляцию с нарушением безопасности. Например, медицинские работники, решившие применить для вакцинации или лечебно-диагностических мероприятий некачественные (фальсифицированные) лекарственные средства. В то же время, медицинский персонал, не принимающий решение и не участвующий в его выработке, а лишь технически исполняющий свои функциональные обязанности не может отвечать по ст. 238 УК РФ.

Здесь опять возникает парадокс – например, врачу заведующий отделением поручил применить лекарство с прошедшим сроком годности, врач об этом знал, но стал его применять по указанию заведующего отделением, в случае ухудшения состояния больного данная статья к врачу не применяется.

Ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий) также возлагает ответственность на медицинских работников за ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей. Однако трудно объяснить нелогичные действия правоохранительных органов при применении данной статьи к медикам (хотя так и не составлено четких и понятных определений, что же такое «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и «ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи»). Для примера приведем ситуацию, сложившуюся в ноябре 2018 года в Калининграде, когда была арестована и помещена в следственный изолятор главный врач родильного рода по настоянию следственных органов. Она обвиняется следственными органами в том, что не подписала документ о выдаче для применения больному глубокой патологией недоношенному новорожденному определенный препарат и отсутствие его применения послужило причиной смерти, а также в подделке документов

касательно данного ребенка, чтобы не ухудшать показатели смертности по больнице. При рассмотрении обстоятельств дела (уже общественностью и адвокатами) выяснилось, что лекарство данному ребенку не является строго учетным и его применяют по назначению дежурного врача и ребенок имел такую врожденную патологию (глубокая недоношенность, роды вне медицинской организации, инфицирование, множественная врожденная патология) что умер еще до применения данного лекарства, кроме того, мать ребенка являлась гражданкой Узбекистана и в статистическую отчетность данный случай смерти не отражается (т.е. не было даже смысла что-то подделывать). На данный момент главный врач выпущена из под ареста.

Ответственность медицинских работников регламентируется также ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность) – неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности настоящей статьи, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека. Через эту статью можно рассматривать проявление халатности со стороны медицинских работников. Ухтюмова Д.А. с соавт. (2017) считает халатность как деятельность, во время которой происходит пренебрежение к выполнению должностных обязанностей медицинскими персоналом, задействованным в проведении лечебно-диагностических мероприятиях, при этом происходит причинение ущерба здоровью пациентов или в результате произошло преждевременное наступление летального исхода [14]. К «обязанности любого должностного лица» она относит порядок действий, указанными нормативными документами и регулирующие его профессиональные обязанности.

На протяжении прошедших трех лет среди статей УК РФ, по которым возбуждались уголовные дела в отношении медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей на первом месте ч. 2 ст. 109 УК РФ (большинство дел), второе место – ст. 238 УК РФ, третье место - ч.2 ст. 293 УК РФ, 4-е место ч.2 ст. 118 УК РФ. Причем эти статьи совершенно не учитывают особенности профессиональной деятельности медицинских работников.

Выводы. Таким образом, нами установлены наличие ряда нормативно-правовых актов регламентирующих уголовную ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, а также выявлены действия / бездействия медицинских работников (закрепленные в нормативных правовых актах), которые при определенных последствиях вызывают уголовную ответственность медицинских работников.

## Список литературы

1. Белоус В.Г., Еремин Е.А. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи и медицинских услуг // В сборнике: Инновационное предпринимательство и защита интеллектуальной собственности в Евразийском экономическом союзе сборник материалов международной научно-практической конференции: В 2 частях. - 2016. - С. 22-29.
2. Винокурова М.А. Деструкция закона или совершенствование уголовного законодательства, предусматривающего ответственность за неоказание и ненадлежащее оказание медицинской помощи // Евразийский юридический журнал. - 2016. №8 (99). - С. 195-196.
3. Винокурова М.А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. - 2017. №5. - С. 79-84.
4. Габитов Р.Х., Хасанова Г.М., Янгуразова З.А. Правовое регулирование обеспечения безопасности окружающей среды // Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием в 3-х томах. – Уфа: РИО ИЦИПТ. - 2015. – Т. 1. - С. 141-145.
5. Гецманова И.В., Поздеев А.Р. Правовой анализ ненадлежащего оказания медицинской помощи в связи со смертью плода // Проблемы экспертизы в медицине. - 2014. Т.14. №1 (53). - С. 5-9.
6. Гришин А.В. Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Юридическая наука. - 2014. №2. - С. 811-85.
7. Горбунов С.В. Правовые вопросы ненадлежащего оказания высокотехнологичной медицинской помощи // Вестник ТИСБИ. - 2014. №2. - С. 172-175.
8. Замалеева С.В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Медицинское право, - 2019. - С. 46-49.
9. Казанцев С.Я., Самитов Э.О. Особенности и специфика расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи // В сборнике: Актуальные проблемы права и правоприменительной деятельности на современном этапе. - 2015. - С. 318-321.
10. Ковалевский С.М. Правовые проблемы защиты прав пациентов, пострадавших в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи // Здоровоохранение. - 2014. №12. - С. 84-95.

11. Мухин А.В., Хасанова Г.М. Правовое регулирование безопасности труда российских граждан // Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием в 3-х томах. – Уфа: РИО ИЦИПТ. - 2015. – Т.2. – С. 90-92.
12. Перепечина И.О., Перепечин Д.В., Смирнова Д.В. Споры и конфликтные ситуации в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и юридическая практика для их разрешения // Исследования и практика в медицине. - 2015. Т. 2. №1. - С. 72-75.
13. Сазин С.Т. Защита конституционных прав граждан при ненадлежащем оказании медицинской помощи (проблемы выявления и расследования ятрогенных преступлений / В сборнике: Современное уголовно-процессуальное право России - уроки истории и проблемы дальнейшего реформирования. // Сборник материалов Всероссийской конференции. - 2015. - С. 279-284.
14. Ухтюмова Д.А., Бобровская О.Н. Правовые основы ответственности за халатность в системах здравоохранения Великобритании, Новой Зеландии и Российской Федерации // Медицинское право: теория и практика. - 2017. Т. 3. №2 (6). – С. 551-559.
15. Щепельков В.Ф. Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи: проблемы уголовно-правовой оценки // Вестник Российской правовой академии. - 2017. №2. - С. 65-69.
16. Щепельков В.Ф., Оленников С.М., Скоробогатько Я.П. Анализ судебной практики применения статьи 238 УК РФ (Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) // Санкт-Петербургский государственный университет. Мониторинг правоприменения. 30.05.2018
17. [Электронный ресурс]: URL: <http://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchita-pravgrazhdan/item/427-analiz-sudebno-sledstvennoj-praktiki-primeneniya-stati-238-uk-rf-proizvodstvo-khranenie-perevozka-libo-sbyt-tovarov-i-produktsii-vypolnenie-rabot-ili-okazanie-uslug-ne-otvechayushchikh-trebovaniyam-bezopasnosti>).

© Исхаков Э.Р., Хасанова Г.М., Тутельян А.В., Хасанов Д.Н., 2019

Асянова С.Р.

**ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ  
ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме:** Успешная деятельность сотрудников правоохранительных органов зависит не только от их профессионализма и знания нормативных документов. Помимо методического оснащения, кадровой укомплектованности и грамотных управленческих решений, успех полицейских зависит от того, как сотрудники относятся к начальному этапу стрессовых расстройств, которыми заполнены служебные будни полицейских. Автор статьи рассматривает умение сотрудника полиции на начальном этапе определить стресс и самодиагностировать свое психическое состояние важным элементом в профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** стресс, дистресс, эустресс, сотрудники полиции, органы внутренних дел, саморегуляция, психическое состояние, уверенность, контроль.

Asyanova S.R.

**RISK FACTORS FOR THE HEALTH OF LAW ENFORCEMENT  
OFFICERS AND METHODS OF THEIR CORRECTION**

**Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)**

**Abstract:** Successful activity of law enforcement officers depends not only on their professionalism and knowledge of normative documents. In addition to methodological equipment, staffing and competent management decisions, the success of the police depends on how employees relate to the initial stage of stress disorders, which are filled with the workdays of police officers. The author of the article considers the ability of a police officer at the initial stage to determine stress and self-diagnose his mental state as an important element in professional activity.

**Keywords:** stress, distress, eustress, police officers, internal Affairs bodies, self-regulation, mental state, confidence, control.

Специфика повседневной деятельности сотрудников правоохранительных органов заключается в необходимости выполнения служебных задач в нестандартных, как для гражданских лиц, условиях. Профессиональные обязанности полицейские выполняют при осложненных обстоятельствах, под воздействием физических и эмоциональных стрессовых факторов, вызванных самыми различными обстоятельствами – обострение криминальной обстановки, рост происшествий на обслуживаемой территории, локальными боевыми действиями, природными катаклизмами, катастрофами, стихийными бедствиями и др. [1, 2].

Определенную лепту в данное специфичное состояние службы вносят регулярные массовые мероприятия, представляющие угрозу групповых нарушений общественного порядка на всем протяжении проводимого мероприятия. То есть, если массовое мероприятие по продолжительности предусматривает 4-6 часовую программу, то все это время сотрудники правоохранительных органов находятся в состоянии готовности ко всевозможным изменениям общественного порядка. Такая оперативная обстановка к сотрудникам органов внутренних дел (далее - ОВД) предъявляет существенно более высокие требования не только к их профессиональной подготовке, но и эмоционально-волевой устойчивости, личностным качествам, характеру поведения и т.д. При этом специалистами отдельно рассматриваются физическая подготовленность сотрудника, его психическое здоровье, а также эмоционально-волевое отношение и особенности реагирования личности сотрудника правоохранительных органов на различные экстремальные ситуации. Особое внимание в данном контексте направлено на формирование коммуникативных компетенций сотрудников правоохранительной системы в средствах массовой информации и сети Интернет [3]. Наряду с вышесказанным важно понимать, что полицейские переживают те же социально-стрессовые факторы, что и подавляющая часть общества. Соответственно, у сотрудника ОВД есть риск возникновения стрессовых состояний и, как следствие – психической дезадаптации [4]. В этой связи возникает потребность более широкого взгляда к имеющимся психолого-педагогическим подходам профилактических мероприятий, ориентированных на охрану здоровья и обеспечение профессионального долголетия сотрудников правоохранительных органов.

Как считают специалисты, стратегию реабилитации сотрудников полиции необходимо выстраивать, основываясь на таких уровнях, как фармакотерапия; восстановление компетенций социального функционирования (межличностная коммуникация); психолого-педагогическая поддержка ближайшего окружения сотрудника (членов семьи и родственников), способного повлиять на реабилитацию сотрудника. В нашей статье мы сознательно не затрагиваем вопросы психолого-психиатрической службы и кадровых ресурсов, а также тему решения данной задачи на уровне совершенствования действующего законодательства. Остановимся на тех методах саморегуляции, доступность которых не вызывает сомнения. При планомерной работе над собой и целенаправленной концентрации внимания на результате данные формы и методы еще на начальном этапе возникновения стресса способны облегчить состояние сотрудника, что, в свою очередь, позволит ему сохранить физическое здоровье и уравновешенность [6].

Ганс Селье, канадский эндокринолог – основоположник понятия «общий адаптационный синдром» при создании собственной теории о физиологических реакциях

человека на определенные внешние раздражители, ввел термин «стресс», который, в свою очередь, разделил на «хороший» и «плохой». Таким образом, «эустресс», вызванный положительными эмоциями, мобилизует организм человека, укрепляет иммунитет, влияет на продолжительность жизни; а «дистресс» предстает в виде негативных проявлений организма, с которыми человеку справиться очень сложно. Несложно догадаться, что сотрудникам правоохранительных органов в повседневной служебной деятельности говорить об «эустрессе» приходится редко, хотя, как показывает практика, и в полицейских буднях находится место шуткам и юмору. Выраженность дистресса, в преобладающем большинстве, является темой для изучения в каждом отдельно взятом случае, поскольку в обычной степени последствия стресса по своим проявлениям хоть и возможно включить под общую классификацию, в индивидуальном плане дистресс всегда уникален. Исходя из этого, сотруднику, как субъекту стрессового состояния, необходимо выработать субъективные методы оценки уровня стресса. Сотрудник должен самостоятельно (и желательно заблаговременно) прогнозировать интенсивность колебаний своего эмоционального состояния от кратковременных и небольших изменений в настроении до необратимых физиологических реакций в организме, когда появится потребность в профессиональной медицинской помощи [5].

Разберем основные критерии самодиагностики дистресса:

– состояние травмирующего переживания, когда от человека требуется признать сам факт стресса. На данном этапе – самом главном – сотруднику важно, заметив личные переживания, обратить внимание на их проявление. Практика свидетельствует об обратном: в повседневной деятельности такие переживания не привлекают серьёзного внимания стрессующего, мы привыкли игнорировать перепады настроения, незначительные физические недомогания и пр. Между тем, при отсутствии грамотного самодиагностирования и необходимой саморегуляции, стрессовые переживания способны разрушать все имеющиеся механизмы человеческого организма;

– распознавание субъектом повторного дистресса, исследуя который, специалисты утверждают о психической патологии человека, проявляющемся в виде сознательного накопления и хроническом характере травмирующих переживаний. Человек рассуждает примерно так «в прошлый раз обошлось, и сейчас переживу». И вновь в результате – нарушения социальной адаптации, нарастание ипохондрии и т.д.;

– снижение жизненной активности и постоянное желание находиться в «зоне комфорта». Социальная апатия сотрудников и потеря интереса к активной жизни – самые частые явления в органах внутренних дел. Большинство таких сотрудников мотивируют свое состояние синдромом эмоционального выгорания или ранней профессиональной

деформацией. Между тем редко кто из сотрудников, дослуживших до пенсионного возраста и избравших для себя заслуженный отдых, действительно желает оставить службу. Наоборот, они с сожалением оставляют службу по причине истощения резервных возможностей организма. На наш взгляд, в условиях стресса при грамотном самодиагностировании своего психического состояния такие сотрудники могли бы еще продолжить службу в органах внутренних дел, оставаясь, к примеру, в роли наставников для молодых офицеров.

В правоохранительных органах действует система мероприятий, направленных на профилактику развития паталогических проявлений, приводящих к утрате трудоспособности сотрудников органов внутренних дел. Вся многогранная деятельность по реабилитации сотрудников ОВД сводится к реализации таких основных принципов, как партнерства, разноплановости, единства психосоциальных и биологических методов воздействия. Вместе с тем фундаментальную основу реабилитационных мероприятий должно составлять именно самодиагностирование и саморегуляция сотрудника. Все рассматриваемые в науке мероприятия – медицинские, законодательные, педагогические, психологические, экономические, профессиональные – должны, на наш взгляд, направлять сотрудника на самоконтроль и самодиагностирование на начальном этапе стрессовых расстройств. В конечном результате, умение контролировать собственные эмоции, их коррекция, культурные ценности, уровень образования, досуг и в совокупности многое другое всегда способствовали успеху сотрудника полиции при исполнении служебного долга.

### **Список литературы**

1. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект // Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.
2. Хасанова Г.М., Ахмадинуров Р.М. Социальная работа в учреждениях уголовно-исполнительной системы: учебное пособие. – Уфа: АРКАИМ. - 2014 – 126 с.
3. Харисова З.И. О некоторых проблемах обеспечения информационной безопасности государства и общества от современных киберугроз / Актуальные проблемы права и государства в XXI веке [Электронное издание]: сборник материалов XI Международной научно-практической конференции, г. Уфа, 18 апреля 2019 года. – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 388-392.



4. Мансурова З.Р. Посттравматические стрессовые расстройства у сотрудников полиции и методы психологической профилактики // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2017. № 2. С. 77-80.
5. Исхаков Э.Р., Мансурова З.Р. Проблемы оказания медицинской помощи сотрудниками полиции лицам, подлежащим государственной защите // Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2017. № 4. С. 41-44.
6. Храмова К.В. Социальные риски в сфере обеспечения охраны здоровья населения // В сборнике: Качество жизнеобеспечения населения. Сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Башкирский государственный медицинский университет. 2016. С. 147-150.

©Асянова С.Р., 2019

**Мансурова З.Р.**

**АНТИКОРРУПЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ВОСПИТАНИЕ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА  
КОРРУПЦИОННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В статье рассматривается понятие коррупции, это злоупотребление государственной властью для получения выгоды в личных целях, для того, чтобы противодействовать коррупции необходимо создавать образовательное пространство, которое целенаправленно влияет на обучающихся – будущих сотрудников полиции, врачей и регулирует взаимоотношения с точки зрения определенной системы ценностей, принятых норм и законов общества.

**Ключевые слова:** антикоррупционное образование и воспитание, понятие коррупции, ценностные ориентации на противодействие коррупции.

**Mansurova Z.R.**

**ANTI-CORRUPTION EDUCATION AND UPBRINGING IN THE EDUCATIONAL  
SPACE AS THE PREVENTION OF CORRUPTION OFFENSES**

**Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)**

**Summary:** The article discusses the concept of corruption, this abuse of state power for personal gain, in order to combat corruption, it is necessary to create an educational space that purposefully affects students - future police officers, doctors and regulates relationships in terms of a certain value system adopted norms and laws of society.

**Key words:** anti-corruption education and upbringing, the concept of corruption, value orientations on the fight against corruption.

Деятельность сотрудника полиции и медицинского работника связана с профессиональной ответственностью, с исполнением служебного долга. Долг личности состоит в том, чтобы осознавать и применять к конкретной ситуации требования профессиональные, моральные, социальные т.д. [4]. Профессия сотрудника полиции и медицинского работника – публичный труд, который подвержен общественному обсуждению и нередко – общественному порицанию. Все чаще произносится в обществе, к сожалению, термины связанные с коррупцией, применительно к сотрудникам правоохранительной деятельности и здравоохранения. В индивидуальном и массовом общественном сознании не всегда воспринимается коррупция как негативное явление, это связано с неоднозначной социальной природой коррупции. В связи с этим Э.О. Леонтьева

подчеркивает, что в сознании россиян существует распространенные три стереотипа в восприятии коррупции:

Во-первых, практически во всех массовых опросах россияне негативно относятся к коррупции;

Во-вторых, оправдывают и поддерживают коррупцию россияне в виде «легких» служебных нарушений, допуская дружеское участие в решении служебных проблем, протекционизм, блат, благодарности и др. Коррупционными эти практики в массовом сознании у населения не воспринимаются.

В-третьих, в возможность искоренения коррупции верят не более трети россиян, в то время как 57-58 % уверены, что она непобедима, согласно всероссийским опросам, проводимым центрами изучения общественного мнения, как ФОМ и ВЦИОМ [7]. Большинство граждан склонны принимать и оправдывать коррупцию как необходимый, полезный и удобный способ решения проблем, несмотря на внешнее ее неприятие.

Коррупция в переводе с латинского означает «Corruptio»: cor – сердце, душа, дух, рассудок; ruptio – порча, разрушение, развращение; «corruptere» - растлевать.

Стоит сказать, что Российская юридическая энциклопедия, дает определение понятию коррупции, как использование государственными служащими (чиновниками) и представителями органов государственной власти занимаемого ими положения в силу своих служебных прав и властных полномочий для незаконного обогащения, получения и использования материальных преимуществ и иных благ как в личных, так и в корыстных целях.

Коррупция – злоупотребление государственной властью для получения выгоды в личных целях, это определение отмечается в Справочном документе ООН о международной борьбе с коррупцией (1995 г.).

Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции», дает основное понятие коррупции: «... злоупотребление служебным положением, дача взятки, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами» [6].

В Уголовном кодексе Российской Федерации за преступления коррупционной направленности предусмотрены меры наказания. Глава «Преступления против государственной власти, интересов государственной службы в органах местного

самоуправления» содержит статьи преступлений коррупционной направленности и предусматривает меры наказания за данный вид преступлений. К примеру, в статье 288 «Присвоение полномочий должностного лица», статье 290 «Получение взятки», статье 291 «Дача взятки» предусматривают наказание в виде штрафов различной величины, лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, исправительных работ, принудительных работ, лишения свободы на различные сроки [5].

Коррупция в отечественной криминологии рассматривается как: 1) как элемент организованной преступности; 2) как специфический вид экономической преступности; 3) как самостоятельный вид преступности; 4) как форму проявления политической преступности.

Целесообразно отметить, что одни ученые термин «коррупция» рассматривают как подкуп, взяточничество, обосновываясь переводом с латинского языка, как «подкуп, разложение, порча». Другие являются сторонниками более широкого перевода термина коррупции, и это означает, любое корыстное злоупотребление своим служебным положением, которое не должно сводиться только к взяточничеству. По мнению Канифатова А.С. и Сидельниковой К.Н., которые дают определение коррупции, как «девиантное поведение должностных лиц и служащих, использование своего служебного статуса и властных полномочий в целях получения каких-либо преимуществ» [3].

Выделяют признаки коррупции: 1) объект коррупционного посягательства – «интересы общества», 2) субъект коррупционного поведения – «представитель власти»; 3) коррупционное поведение, заключающее в «подмене» одних интересов другими интересами; 4) коррупционной мотив и коррупционная цель поведения представителей власти [1].

Современная уголовная политика России в сфере борьбы с коррупцией ориентируется прежде всего не на карательную, а на профилактическую модель развития. С принятием Федерального закона от 23 июня 2016 г. № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации», мы наблюдаем, что в этом законе в статье 18 отображены дефиниции «правовое просвещение», «правовое информирование».

Следует отметить, что необходимо создавать образовательное пространство, которое целенаправленно влияет на курсантов, студентов, слушателей – будущих сотрудников полиции, врачей и регулирует взаимоотношения с точки зрения определенной системы ценностей, принятых норм и законов общества. В соответствии с этим, для предотвращения и предопределения возможных негативных последствий службы в изменчивых условиях правоохранительной деятельности и здравоохранения с возможными коррупционными проявлениями обуславливает разработку педагогической стратегии. Формирование компонентов у курсантов, студентов, слушателей таких, как ценностные ориентации на

противодействие коррупции, согласованность, ценностную направленность деятельности субъектов образовательного процесса, реализацию в образовательной организации демократических и гуманных субъект-субъектных отношений.

Исходя из общей стратегии формирования устойчивого поведения неприятия коррупционных отношений, следует отметить, что антикоррупционное поведение и воспитание – это предотвращение и преодоление коррупционно опасных ситуаций. Коррупционно опасной является любая ситуация в служебном поведении государственного служащего, содержащая конфликт интересов.

Мы полагаем, что особенно важным для формирования антикоррупционного мышления и поведения курсантов, сотрудников правоохранительных органов и работников здравоохранения является антикоррупционное образование. Это процесс обучения и воспитания в интересах личности, общества и государства, основанным на общеобразовательных программах, разработанных в рамках государственных образовательных стандартов и реализуемых в образовательных организациях для решения задач формирования антикоррупционного мировоззрения, мышления повышения уровня правосознания и правовой культуры обучающихся [2].

В антикоррупционном образовании целью является формирование антикоррупционного мышления, прочных нравственных основ личности, гражданской позиции и устойчивых навыков антикоррупционного поведения. Российское образование носит гуманистический характер, это выражается в предупредительной работе по профилактике возможного коррупционного поведения.

Организуя процесс формирования компетенций, неприятия коррупционных отношений в образовательных организациях правоохранительных органов стандартов высшего образования большинство напрямую указывают:

- непримиримость к коррупционному поведению, высокому уровню правосознания и правовой культуры;
- способность осуществлять профилактику, предупреждение правонарушений, выявлять и устранять причины и условия, способствующие их совершению;
- способность выявлять и содействовать пресечению коррупционных проявлений в служебном коллективе;
- обладать высокой мотивацией к выполнению профессиональной деятельности, соблюдать нормы профессиональной этики;
- способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции;

- способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения.

Таким образом, педагогические стратегии формирования ценностных ориентаций на противодействие коррупции у курсантов, студентов и слушателей следует отметить принципы ее реализации: гуманистический характер реализации, системность деятельности, контекст деятельности в условиях коррупционных рисков, структурирования подготовки, интегрирования, поэтапных педагогических действий.

Признаем, что значение и роль личности субъекта воспитательной, просветительской деятельности: педагога, преподавателя, правоохранителя, ветерана являются ключевыми. Антикоррупционное воспитание им необходимо осуществлять с государственных позиций, оно должно заставлять размышлять о причинах проявлений коррупции в современной России, о путях преодоления этих проблем.

Материал вычитан, цифры, факты, цитаты сверены с первоисточником. Сведения, составляющие государственную и служебную тайну, не имеются.

#### **Список литературы**

1. Будатаров С.М. Понятие коррупции в Российском законодательстве и юридической литературе // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 359. С. 106-110.
2. Исхаков Э.Р. Пути повышения эффективности преподавания специального курса по формированию антикоррупционного поведения в образовательной организации высшего профессионального образования // Право и образование. 2015. № 10. С. 46-54.
3. Канифатов А.С., Сидельникова К.Н. Феномен коррупции как объект социального регулирования // Социально-психологические науки и гуманитарные исследования. 2016. №16. С. 176-182.
4. Мансурова З.Р. Особенности профессиограммы сотрудников правоохранительных органов как государственных служащих. // Актуальные проблемы права и государства в XXI веке. 2018. № 10-4. С. 45-47.
5. См.: Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ [Электронный ресурс]. URL:<http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 15 сентября 2019 г.).
6. Статья 1 Федерального закона от 25 декабря 2008 г. № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» [Электронный ресурс]. URL:<http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 9 сентября 2019 г.).
7. [Электронный ресурс]: URL: [web@wciom.com](http://web@wciom.com)

© Мансурова З.Р., 2019

Евдокимова Н.Л., Хасанова Г.М.<sup>1</sup>, Тутельян А.В.<sup>2</sup>

**ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ**

**Башкирский государственный университет, Россия (Уфа)**

<sup>1</sup>**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

<sup>2</sup>**Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии  
Роспотребнадзора Россия (Москва)**

**Резюме:** в статье рассматриваются правовые аспекты врачебной тайны в России и зарубежных странах. Приводятся виды ответственности за разглашение врачебной тайны.

**Ключевые слова:** врачебная тайна, пациент, ответственность, закон.

**Evdokimova N.L., Khasanova G.M.1, Tutelyan A.V.2**

**Medical secrecy in Russia and foreign countries**

**Bashkir State University, Russia (Ufa)**

<sup>1</sup>**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa),**

<sup>2</sup>**Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia.**

**Summary:** The article deals with the legal aspects of medical secrecy in Russia and foreign countries. Types of responsibility for disclosure of medical secret are given.

**Key words:** medical secrecy, patient, responsibility, law.

Права граждан являются наивысшей ценностью любого правового государства. В связи с этим существенное значение приобретает защита прав своих граждан, в частности, права неприкосновенности частной жизни, личной и семейной тайны. Реализация законодателями разных стран принципов защиты прав личности является обязательным условием благополучия человека в обществе [1, 2].

О целесообразности данных принципов говорится и в Конституции РФ. Статья 24 провозглашает: «... сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускается ...» [3], аналогичную норму содержит и Гражданский кодекс РФ, запрещая разглашать информацию о частной жизни гражданина, которая стала известна лицу при возникновении или исполнении обязательств [4]. Несмотря на это, защита частной жизни лица усложняется тем, что для каждого конкретного человека в понятие личной тайны входят разные стороны его жизни. Однако существует определённая категория сведений, которая закреплена законодателем и подлежит защите и охране неоспоримо. К их числу относится врачебная тайна, то есть это любые сведения, полученные при медицинском обследовании гражданина и его лечении.

История врачебной тайны уходит корнями в Древний Рим, где медицину называли искусством молчания. Первые правила были сформулированы в Клятве Гиппократова: «Из

того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу, считая подобные вещи тайной» [8, с.15].

Нормативно-правовая база, закрепляющая врачебную тайну и регламентирующая основные нормы в этой области, состоит из следующих документов:

1) ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 №149-ФЗ; 2) ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ; 3) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ; 4) Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 318-1.

Ранее в юридической науке не было единого мнения о том, какие сведения составляют врачебную тайну. Одни ученые полагали, что это только медицинские данные, другие – сведения, полученные при оказании лицу медицинских услуг, то есть как медицинские данные, так и информация о частной жизни лица. В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ в понятие «врачебная тайна» входят сведения:

- 1) о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи;
- 2) о состоянии здоровья гражданина;
- 3) о диагнозе гражданина;
- 4) иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении [7].

Так как данные сведения являются конфиденциальными, закон запрещает их распространение и разглашение лицам, которым они стали известны в связи с исполнением трудовых, служебных и иных обязанностей, а также при обучении, поэтому круг субъектов охраны врачебной тайны достаточно широк.

В законодательстве различных стран, предусматривающем специальную ответственность за разглашение медицинской тайны, существуют различные подходы к решению вопроса о том, кто является субъектом данного преступления. К таковым в одних случаях относят лиц, непосредственно оказывающих медицинскую помощь, в других – медицинских, фармацевтических и иных работников (ст. 144 УК Казахстана, ст. 145 УК Таджикистана, ст. 203 УК ФРГ, ст. 321 УК Швейцарии, ст. 134 УК Японии). В ряде государств вообще не предусмотрен специальный субъект посягательства на медицинскую тайну (ст. 511-10, 511-23 УК Франции, ст. 272 УК Голландии) [10, с. 188].

Необходимо понимать, что субъекты охраны врачебной тайны – все сотрудники медицинского учреждения, которые в силу исполнения своих обязанностей могли узнать информацию, содержащую личную тайну лица.



К ним можно отнести: лечащих врачей; персонал медицинского учреждения; специалистов; санитаров; интернов; фармацевтов; работников регистратуры; лиц, которые в силу своего должного положения получили информацию о лице в связи с осуществлением запроса в медицинское учреждение.

Например, в соответствии с законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 318-1 [5] субъектами охраны врачебной тайны могут быть врачи-психиатры, специалисты, педагоги, психологи, консультанты, стажеры и даже студенты, то есть любые лица, которые не только непосредственно осуществляют лечение, но и лица, оказывающие психиатрическую помощь.

Следует отметить, что врачебная тайна должна сохраняться вышеперечисленными лицами даже после смерти лица, хотя на законодательном уровне не решен вопрос о сроке, в течение которого полученная информация должна оставаться в секрете. Также персонал медицинского учреждения не должен разглашать сведения, составляющие врачебную тайну при написании докладов, научных работ и иных сообщений. Данная норма закреплена в ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, которая обязывает медицинских сотрудников обезличивать пациента при использовании его персональных данных в научных целях.

Несмотря на особую важность сохранения врачебной тайны, законодательство предусматривает перечень случаев, при которых письменного согласия лица или его законного представителя не требуется для предоставления данных сведений. Он закреплён в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и содержит 11 условий, которые не подлежат обширному толкованию, а сам перечень является исчерпывающим. Например, при угрозе распространения инфекционных заболеваний; в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования или в целях расследования несчастного случая на производстве и пр.

В связи с этим в законодательстве намечается коллизия, когда данный федеральный закон противоречит иным нормам российского права. В частности, Федеральный закон «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» от 31.05.2002 № 63-ФЗ закрепляет за адвокатом право собирать сведения, которые необходимы ему для оказания юридической помощи, в том числе запрашивать справки, характеристики и иные документы от органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и иных организаций, а указанные органы обязаны выдать адвокату запрошенные им документы или их копии [6]. При этом адвокат не закреплён среди лиц, имеющих право на получение сведений, содержащих информацию о состоянии пациента. Поэтому сотрудники медицинских учреждений при подобном запросе о предоставлении

таких сведений должны руководствоваться ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и отказать адвокату в предоставлении информации, содержащей врачебную тайну.

Одним из главных требований профессиональной этики и одновременно правовой обязанностью врача по отношению к пациенту является сохранение врачебной тайны. Несоблюдение этого условия влечет различные виды ответственности, которые предусмотрены российским законодательством: дисциплинарную, административную, гражданско-правовую и уголовную.

Дисциплинарная ответственность предусмотрена Трудовым кодексом РФ, который предусматривает три вида дисциплинарных взысканий (замечание, выговор и увольнение) за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих трудовых обязанностей.

Административная ответственность предусмотрена Кодексом об административных правонарушениях, в частности ст. 13.14, которая влечет наложение штрафа на лицо, которое в силу исполнения служебных или профессиональных обязанностей получило информацию, а затем придало ее огласке, доступ к которой ограничен федеральным законом.

Гражданско-правовая ответственность может наступить в случае, если лицо, разгласив сведения, содержащие врачебную тайну, нанесло моральный и материальный ущерб. В этом случае пострадавший может обратиться с иском в суд о возмещении вреда.

Так, Кутин В.Н. обратился в суд с иском к врачу ГБУЗ ВО «Александровская районная больница» Л., в обоснование которого указал, что в материалах гражданского дела по иску А. он обнаружил информацию, содержащую его диагноз. Полагая, что действиями врач Л. нарушила врачебную тайну и соответственно его конституционные права, что причинило ему нравственные страдания и моральный вред, просил о взыскании с ответчика его компенсации в размере ... руб. [11].

Безусловно, врачебная тайна не может быть разглашена родственникам или близким членам семьи пациента, если последний не давал письменного согласия на разглашение данной информации. В противном случае, лицо или медицинское учреждение, предоставившее сведения, содержащие врачебную тайну, несет гражданско-правовую ответственность. При этом необходимо отметить, что юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей согласно ст. 1068 Гражданского кодекса РФ.

Ярким примером выступает пример судебной практики. Л. обратилась в суд с иском Дагестанскому психоневрологическому диспансеру о взыскании компенсации морального вреда. Копию ее медицинской карты работники учреждения передали бывшему мужу истцы без ее разрешения. Впоследствии данные сведения были распространены мужем среди

общих знакомых, учителей детей в школе, директору школы, где обучаются дети. Данные действия она расценивает как разглашение врачебной тайны, которые принесли ей нравственные переживания. Моральный вред был оценен в 200000 рублей [12].

Уголовная ответственность представлена главой 19 Уголовного кодекса РФ, в частности ст. 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни, но отдельной нормы, предусматривающей ответственность за разглашение врачебной тайны законодательством не предусмотрена. Вместе с этим уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны может наступить в результате превышения должностных полномочий, что тоже является одним из составов преступления.

В США существуют нормативно-правовые акты, регламентирующие понятие врачебной тайны и ее охраны – Федеральные стандарты защиты персональной медицинской информации, утвержденные Департаментом здравоохранения и обслуживания населения США в 2002 году [9, с. 193], а за распространение таких сведений наступает уголовная ответственность. Есть исключение: врач имеет право разглашать конфиденциальную информацию, если пациент высказал суицидальные мысли или намеревается убить или нанести вред. В этот список также включена информация о насильственных и жестоких действиях в отношении детей, пожилых людей, инвалидов, а в некоторых штатах, при выявлении СПИДа.

Специальные нормы закона есть и во Франции. Ответственность за нарушение врачебной тайны предусмотрена Уголовным кодексом. Вместе с тем судебная практика признает, что если врач считает, что не он обязан раскрывать сведения, содержащие медицинскую тайну, перед судом, то он вправе их не предоставлять. Естественно, данное положение затрудняет работу правоохранительных органов.

В свою очередь, в Швейцарии врачебная тайна может разглашаться решением специальной комиссии, которая включает в себя: юридических представителей, пациента, врача и представителя власти. Но, как правило, это происходит при недееспособности или смерти пациента. В редких случаях врач может прибегнуть за помощью к комиссии.

А в Израиле есть отдельный закон «О соблюдении врачебной тайны». В этой стране несоблюдение данного закона, при осуществлении медицинской деятельности, является серьезным нарушением, в противном случае это может привести к тюремному заключению сроком до 3 лет и лишение лицензии. Так же в Израиле существует больничная касса, отвечающая за врачебную тайну застрахованных пациентов. В некоторых случаях при обнаружении инфекционных заболеваний врачи должны сообщить об этом в медицинскую инстанцию.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что понятие врачебная тайна во многих цивилизованных и развитых странах обрело юридический облик. Общество стремится к тщательному правовому регулированию защиты личной тайны. Защищая частную информацию, государство защищает саму личность.

#### Список литературы

1. Бурмейстер И.А. Медицинская (врачебная) тайна: теоретический аспект// Вопросы теории и истории государства и права. – 2008. - №2(41). – С.15-20.
2. Габитов Р.Х., Хасанова Г.М., Янгуразова З.А. Правовое регулирование обеспечения безопасности окружающей среды // Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: в 3-х томах. – Уфа: АНО ИЦИПТ. - 2015. - С. 141-145.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ)// Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. Кузьмина О.В., Жигмитдоржиева Д.Б. Актуальные проблемы охраны врачебной тайны // Забайкальский медицинский вестник: журнал. – 2011. – №2. – С. 191–202.
7. Мухин А.В., Хасанова Г.М. Правовое регулирование безопасности труда российских граждан // Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: в 3-х томах. – Уфа: АНО ИЦИПТ. - 2015. - С. 90-92.
8. Попова А.С. Особенности уголовной ответственности медицинских работников за разглашение врачебной тайны в законодательстве некоторых зарубежных государств // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». – 2014. – Вып. 1. – С. 188–194.
9. Решение по делу 2-1253/2017 М-129/2017. – URL: <https://sudact.ru/regular/doc/W2NLQ4RLCgWV/> (Дата обращения: 15.09.2019).
10. Решение по делу 2-551/2017 М-385/2017. – URL: <https://sudact.ru/regular/doc/aGdi7ogIYSQX/> (Дата обращения: 15.09.2019).

11. Федеральный закон «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» от 31.05.2002 № 63-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

12. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

©Евдокимова Н.Л., Хасанова Г.М., Тутельян А.В., 2019

Селина Л.А., Моджина Н.В.

## ОСОБЕННОСТИ ПРАВ И ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Башкирский государственный университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** В статье определены правовые аспекты и механизмы, гарантирующие права медработников, а также основные формы защиты прав работников медучреждения предусмотренные законодательством Российской Федерации. Рассмотрены основные виды нарушений прав медицинского персонала.

**Ключевые слова:** защита медицинских работников, медучреждение, права и обязанности медицинских работников, медицинская деятельность.

Selina L.A., Modzhina N.V.

## FEATURES OF THE RIGHTS AND DUTIES OF MEDICAL WORKERS

Bashkir State University, Russia (Ufa)

**Summary:** In the article legal aspects and mechanisms that guarantee the rights of workers and basic forms of protecting the rights of employees of medical institutions, stipulated by the legislation of the Russian Federation. Various types of violations of the rights of medical personnel are considered.

**Key words:** protection of medical workers, medical institution, rights and duties of medical workers, medical activity.

Деятельность врачей и медицинских работников предполагает постоянное сотрудничество с пациентами при оказании услуг в сфере здравоохранения. Это все характеризуется тесным общением, которое не всегда может оказаться плодотворным и приятным как со стороны пациента, так и со стороны врачей и других категорий медицинских работников. Общественность все больше акцентирует внимание на хладнокровность врачей, указывая на их ошибки, неоказание помощи т.д. Однако все молчат о том, как часто в нашем обществе медицинский работник сталкивается с нарушением и ущемлением его собственных прав.

В связи с этим особо остро стоит вопрос о защите самих медработников от агрессивного отношения со стороны пациентов, для этого рассмотрим правовые аспекты и механизмы, гарантирующие право на защиту чести, достоинства, профессиональной репутации работников здравоохранения.

Прежде всего, хотелось бы обозначить основные права и гарантии медицинских работников. Так, Ст. 72 ФЗ-№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Права медицинских и фармацевтических работников, предусматривает меры

стимулирования работников здравоохранения, причем стимулирование труда происходит в соответствии с уровнем квалификации, со специфичностью и усложненностью его работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности врача. Помимо этого в данной статье прописаны одни из основных прав и гарантий, которые предусмотрены законодательством и иными нормативно правовыми актами России (рис.1) [4].

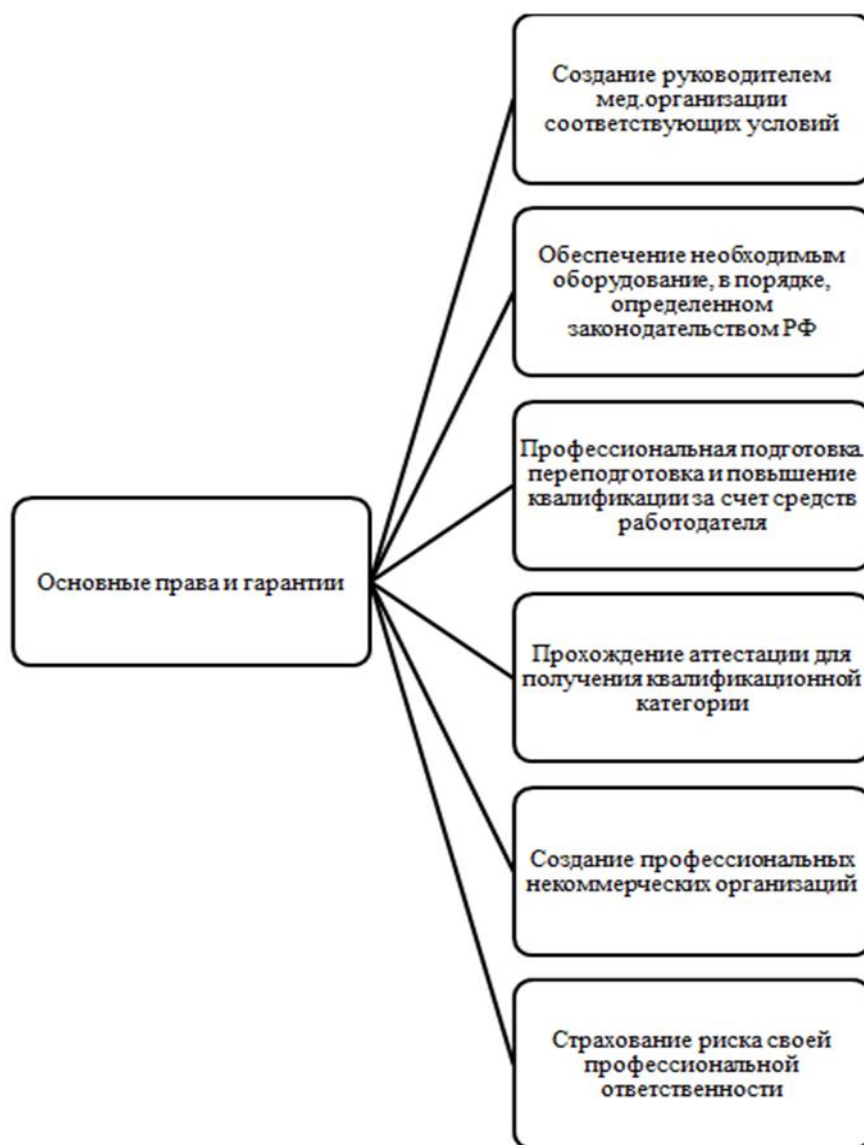


Рис. 1

На рис. 2 представлена классификация видов нарушения прав медработников.

## ВИДЫ НАРУШЕНИЯ ПРАВ МЕДРАБОТНИКОВ

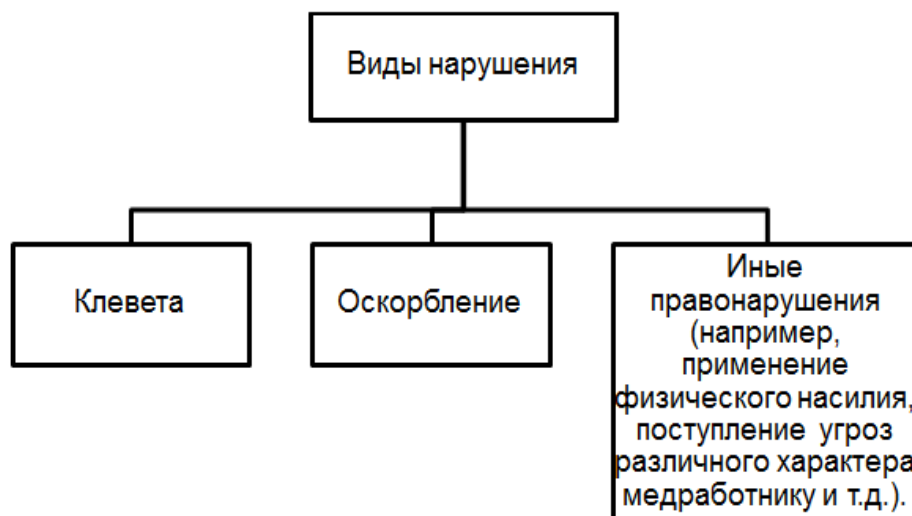


Рис. 2

К сожалению, многие пациенты, злоупотребляя своими правами, мешают медицинским работникам выполнять свои непосредственные обязанности. Обладая правовой безграмотностью, пациенты не понимают, что ущемляют права работников здравоохранения. Так, например клевета является преступлением, состав которого закреплен в ст.128.1 Уголовного кодекса РФ. Клевета – это ложные сведения компрометирующие честь и достоинство другого лица, которые могут разрушить его репутацию. Наказанием за данный вид правонарушения является штраф в размере до 500 тысяч рублей [6].

Оскорбление - это умышленное унижение чести и достоинства личности, выраженное в неприличной форме. Оскорбление может нанести моральный вред человеку и нести за собой негативные последствия. Порядок взыскания морального вреда предусмотрен ст. 151 ГК РФ [6]. Помимо этого, в "Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 02.08.2019) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2019) в статье 5.61. прописано взыскания административного штрафа с физических и юридических лиц за нанесения оскорбления [6].

Ввиду большого физического и эмоционального напряжения, трудовая деятельность медицинских работников имеет некоторые особенности правового регулирования трудовых отношений. Общие положения прописаны в Трудовом кодексе РФ, помимо этого на медицинских работников распространяются положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также ряд иных подзаконных нормативных правовых документов.



Основным документом, регламентирующим работу врача, является заключаемый с работодателем трудовой договор. Законодатель оставляет за собой возможность установления особенностей правового регулирования для отдельных категорий работников здравоохранения в связи с условиями и характером труда. Эти меры направлены для определенной указанной категории врачей, подверженных неблагоприятным воздействиям, высоким физическим и психическим нагрузкам, которые характеризуются специфичностью их деятельности по охране здоровья населения. Вследствие чего они не могут рассматриваться как нарушение конституционных прав граждан и принципа равенства, которые закреплены в ст. 19 (ч. 1 и 2) Конституции Российской Федерации.

Трудовой процесс медицинской деятельности всегда компенсируется предоставлением ежегодного оплачиваемого отпуска и сокращенной продолжительностью рабочего времени. Поэтому для всех медработников ст. 350 ТК РФ устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени — не более 39 ч в неделю. Для отдельных категорий врачей в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности, постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности или (и) специальности» в соответствии с Перечнями должностей установлена продолжительность рабочего времени — 36, 33, 30 или 24 ч в неделю [1].

Медицинский работник имеет право выбрать различные способы (рис.3) защиты, это предусмотрено действующим законодательством РФ.

### ФОРМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ

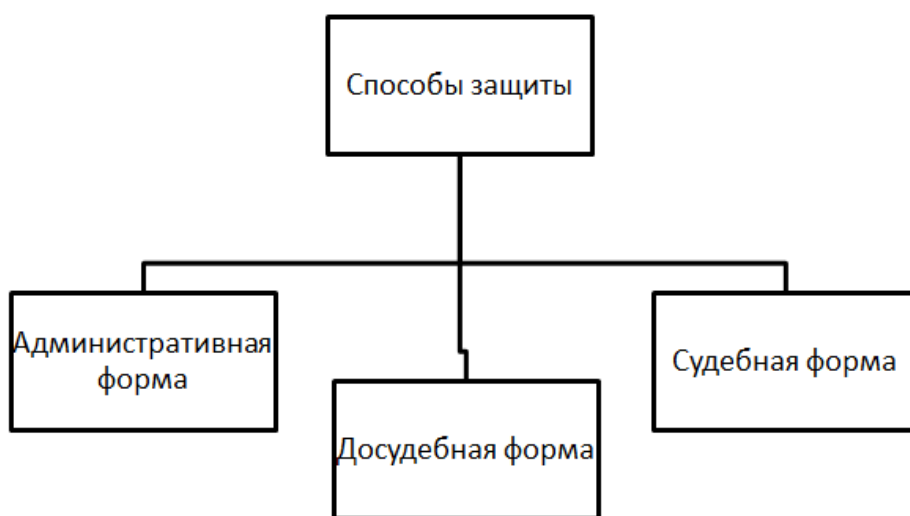


Рис. 3

Охарактеризуем каждый из них.

Административный порядок используется тогда, когда правонарушение медперсонала связано с должностными лицами. Это может быть привлечение к ответственности, лишение лицензии на право заниматься частной медицинской практикой и т.д.

Медработник имеет право обратиться с жалобой на вышестоящее должностное лицо, нарушающее его права к государственным органам, общественным организациям и другим должностным лицам.

Судебный способ защиты характеризуется тем, что применяется исковой порядок. Исковое производство реализуется в части рассмотрения споров о возмещение причиненного вреда жизни и здоровью работника медицинского учреждения, а также по вопросу защиты чести и достоинства медперсонала и соответственно возмещения морального вреда.

Защита прав медицинского работника в порядке производства, возникающего из административно-правовых отношений, осуществляется в соответствии с гл. 25 Гражданского процессуального кодекса "Производство по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих". Основанием для возбуждения данного производства служит жалоба медицинского работника, обращенная к компетентному судебному органу. Медицинский работник вправе обратиться с жалобой в суд, если считает, что неправомерными действиями (решениями) государственных органов, органов местного самоуправления, учреждений или должностных лиц, государственных служащих нарушены его права [3].

Стимулирование медицинских работников, является составляющей частью их деятельности. Это позволит создавать более благоприятные условия и повышать эффективность деятельности врачей. Руководители организаций могут, например, усилить мотивационную составляющую своей организации, чтобы привлечь высококвалифицированных медицинских рабочих, тем самым повысится качество оказываемых услуг для граждан, а это уже приведет к повышению показателей здоровья среди населения. Чтобы соотношение уровня оплаты труда работников медучреждения и качества оказываемых услуг были действенными, медработникам предлагается перейти на эффективный контракт. Основное различие между трудовым договором и эффективным контрактом является включение в него условий осуществления выплат стимулирующего характера (наименование выплаты, условия получения выплаты, показатели и критерии оценки эффективности деятельности, периодичность, размер выплаты).

Использование руководителями разных форм, методов стимулирования позволит сформировать и замотивировать работников медучреждений к эффективной деятельности, что и будет способствовать развитию и функционированию организации [2].

Защита медицинского персонала от агрессивных граждан с каждым годом становится все более актуальной. Все чаще мы слышим о них в социальных сетях, Интернет-ресурсах, обзорах и видео, указывающие на произвол граждан в отношениях с медицинскими работниками. На наш взгляд, не только на законодательном уровне необходимо применение более радикальных мер по урегулированию вопроса профессиональной автономии врача и повышения его статуса, но и всячески возвращать в обществе культуру общения и уважения к гуманной миссии медицинских работников.

#### Список литературы

1. Басов А. Г. Правовая защита работников здравоохранения в РФ // Молодой ученый. — 2016. — №28. — С. 631-633. — URL <https://moluch.ru/archive/132/36800/> (дата обращения: 25.09.2019).
2. Галимова А. Ш., Изосимова И. Ю. Применение стимулирующих форм оплаты труда в медицине // Молодой ученый. — 2014. — №10. — С. 225-227. — URL <https://moluch.ru/archive/69/11903/> (дата обращения: 29.09.2019)
3. Интернет-ресурс: <http://ugolovnyi-expert.com/oskorblenie-lichnosti/>
4. Интернет-ресурс: <http://be5.biz/pravo/m003/6.html#2>
5. Интернет-ресурс: <http://kodeks.systems.ru/zakon/fz-323/glava9/st72.html>
6. Консультант ПЛЮС:  
<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=330401&dst=3283&date=25.09.2019>
7. Мусабиров Д.А., Миннуллина Ф.Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций // Инновационная наука. 2015. №11-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zaschity-prav-meditsinskih-rabotnikov-i-meditsinskih-organizatsiy> (дата обращения: 28.09.2019).
8. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.

© Селина Л.А., Моджина Н.В., 2019

Мухатаев Н.А., Рябов С.А.

**СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ЧЕРТ  
СОВРЕМЕННОГО СОТРУДНИКА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В данной статье раскрываются роль стрессоустойчивости, как одного из основных качеств сотрудника ОВД, основные факторы образования стресса и предлагаются меры по повышению стрессоустойчивости.

**Ключевые слова:** стресс, стресс в ОВД, стрессоустойчивость, факторы образования стресса.

**Mukhatayev N. A., Ryabov S. A.**

**STRESS RESISTANCE AS ONE OF THE FUNDAMENTAL FEATURES OF THE  
MODERN EMPLOYEE OF THE INTERNAL AFFAIRS BODIES**

**Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)**

**Abstract.** This article reveals the role of stress resistance as one of the main qualities of the ATS officer, the main factors of stress formation and proposes measures to improve stress resistance.

**Keywords:** stress, stress in ATS, stress resistance, stress formation factors.

Сотрудник органов внутренних дел (далее - ОВД) в процессе несения службы осуществляет защиту жизни и здоровья, прав и свобод человека и гражданина [3] реализуя данные ему законом властные предписания, закрепленные в нормативно-правовых актах различного уровня. Все эти задачи требуют от сотрудника ОВД высоких эмоциональных, физических и психологических затрат, связанных с несением службы в ОВД и обуславливают высокие морально-волевые требования к будущим и действующим сотрудникам полиции. Одним из таких требований выступает наличие у сотрудника выработанного в достаточной мере индивидуального психологического качества, такого как – стрессоустойчивость.

Л. Леви понимал под стрессоустойчивостью в своем труде: «Эмоциональный стресс» понимал – как умение преодолевать трудности, подавлять эмоции, проявлять выдержку и такт[2]. Безусловно, фактор стресса присущ любой профессии без всяческих исключений, однако наиболее подвержены этому явления работы, чья деятельность напрямую связана с взаимодействием с другими людьми, с их проблемами и переживаниями[4].

Возникновение стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности сотрудников ОВД обусловлено спецификой службы, которая связана с необходимостью оперативно

реагировать и устранять возникающие проблемы: взаимодействовать с кругом субъектов находящимся на грани или за гранью девиантного поведения, с другими категориями лиц, пострадавших от преступлений или правонарушений, непосредственной опасностью для жизни сотрудника ОВД, его близких и родных людей в целом.

Для того чтобы успешно решать проблемы, стоит выделить основные причины возникновения стрессовых ситуаций в правоохранительной системе, факторы которые формируют повышенный стрессовый фон службы в ОВД.

В-первую очередь защита прав и свобод граждан, а так же дальнейшее их восстановление на прямую связана с нарушением эти гарантируемых свобод в прошлом в отношении потерпевших пострадавших от противоправных действий. Работая с такой категорией граждан, сотрудник невольно становится на сторону потерпевшего от преступного либо противоправного посягательства человека, сопереживая ему и проецируя данные переживания. В современной психологии это явления называют – эмпатия.

Под эмпатией понимается форма рационально-эмоционально-интуитивного отражения другого человека на собственном примере. Это один из стрессовых факторов, который присутствует у добросовестного сотрудника ОВД, который проникновенно, с чувством собственного достоинства и долга выполняет возложенные на него законом обязательства.

Вторым фактором служит наличие в деятельности сотрудника ОВД рисков связанных с опасностью, особенно в ряде подразделений занимающихся оперативно-боевыми задачами в процессе несения функциональных служебных обязанностей. Данный фактор может проявиться и в других подразделениях, чья служба не настолько сопряжена с риском, однако в силу определенных обстоятельств возникает такая ситуация, где жизни сотрудника угрожает опасность. Вопрос с тем как каждый действует в критической, стрессовой ситуации субъективен, каждый сотрудник действует по-разному, в этих обстоятельствах, однако факт создания стрессового напряжения бесспорен.

Третьим фактором является фактор неожиданности, многие ситуация складывающиеся в ходе прохождения службы в ОВД носят внезапный характер. Насколько быстро, а главное верно сотрудник ОВД способен справляться с такими «неприятностями» определяет то, насколько меньше стресса он испытает в неожиданно сложившейся ситуации. Данное умение помогает адаптироваться к любым возникающим ситуациям, продумывая возможные исходы и находя нужные решения.

Четвертым фактором выступает отсутствие времени или же другими словами ограниченность времени. Многие задачи сотрудник ОВД должен решать в условиях строгой ограниченности во времени, привязанности к срокам или же дефицита времени. Данная загруженность сотрудников служит основанием для накопления стресса.

Из проанализированных факторов можно сделать вывод что, профессиональная деятельность сотрудника ОВД имеет множество оснований для накопления стресса, а также множество ситуаций, которые являются стрессообразующими. Поэтому умение работать в данных жестких условиях необходима каждому сотруднику и кандидату на службу в ОВД [9]. Безусловно, стрессоустойчивость должна быть присуща не только каждому отдельному сотруднику органов внутренних дел, но и во всей системе МВД России в целом. В связи с этим можно выделить основные шаги, которые необходимо предпринять, для того чтобы обеспечить это направление.

Во-первых, на нормативном уровне закрепить порядок действий личного состава органов внутренних дел в особых условиях, касающихся взаимоотношений сотрудников с гражданами, оказавшимися намеренно или вследствие стечения обстоятельств в сложной жизненной ситуации [10, 11]. По аналогии с детальным описанием оснований применения физической силы, специальных средств и огнестрельного оружия сотрудников в федеральном законе от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции».

Во-вторых, необходимо продолжить совершенствование системы подбора кадров на службу в органы внутренних дел, акцентируя внимание на степень сформированности у кандидатов такого важного психологического качества как стрессоустойчивость. Отчасти данную задачу можно решить путем внедрения нейросетевых технологий, которые в наше время внедряются повсеместно [6,7]. Опыт зарубежных стран, а именно в США показывает, что уже в 80-е года XX века набор сотрудников полиции проводился на базе психологических тестов определяющих уровень стрессоустойчивости кандидата и его способностей противодействия стрессу [5].

В-третьих, требуется дальнейшее развитие система профессионального обучения личного состава ОВД, как в области внедрения современных подходов к решению задач современности [8], так и в сфере морально-психологической подготовки. Выработка определенных качеств и прививание определенных навыков помогает снизить влияние стресса на организм сотрудника ОВД [1]. Так, например, умение планировать своё время, расширяет и убирает данную стрессовую ситуацию, а так же помогает оптимизировать рабочий график сотрудника.

В-четвертых, следует в рамках реформирования МВД России разработать меры, направленные на повышения престижа службы в органах внутренних дел (развитие материальной базы МВД России, повышение денежного довольствия, совершенствование мер по социальной и правовой защите персонала и т.д.), авторитета ОВД и доверия населения к ним.

Таким образом стрессоустойчивость это одно из важнейших качеств, которым должен обладать каждый сотрудник ОВД. Соответственно развитие его на должном уровне является одним из основных требований современности и будет способствовать успешной реализации поставленных целей и задач перед всей системой МВД России в целом и каждым отдельным сотрудником.

### Список литературы

1. Асянова С.Р. Психологические аспекты применения методов саморегуляции в деятельности сотрудников подразделений государственной защиты. Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2018. № 1. С. 109-112.
2. Афанасьева О.Г. Здоровье человека в эпоху техногенной цивилизации // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2018. № 5. С. 130-134.
3. Исхаков Э.Р., Мансурова З.Р. Проблемы оказания медицинской помощи сотрудниками полиции лицам, подлежащим государственной защите // Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2017. № 4. С. 41-44.
4. Каллан Р. Основные концепции нейронных сетей/ Р. Каллан. — Москва, Санкт-Петербург, Киев: Издательский дом «Вильямс», 2001. — 287 с, с.20.
5. Княжев В.Б., Майдыков А.Ф., Демин Г.И. Стрессоустойчивость в обществе и государстве и роль органов внутренних дел в ее формировании // Труды Академии управления МВД России. 2015. № 3 (35).
6. Леви Л. Эмоциональный стресс. - М.: Медицина, 1970. — 329 с.
7. Мансурова З.Р. Посттравматические стрессовые расстройства у сотрудников полиции и методы психологической профилактики // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2017. № 2. С. 77-80.
8. О полиции: Федеральный закон от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ // СЗ РФ. 2011. № 7. Ст. 900.
9. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект // Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.
10. Харисова З.И. Актуальные проблемы деятельности правоохранительных органов по противодействию преступности в глобальной сети Интернет / Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 3 (85), – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 92-98.

11. Харисова З.И. Интеллектуальный анализатор жидкостей для контроля мутности и концентрации дисперсной фазы / З.И. Харисова, В.С. Фетисов // Экологические системы и приборы. – 2014. – №5. – С.3-9.

12. Westwood J. Federation must take lead on stress // Police. 1985. No 8. V. 17.

© Мухатаев Н.А., Рябов С.А., 2019



**Девяткина Р.И.**

**УГОЛОВНОЕ ДЕЛО ЕЛЕНА МИСЮРИНОЙ КАК  
ПРЕЦЕДЕНТ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в статье рассматриваются обстоятельства громкого уголовного дела в российской медицинской сфере.

**Ключевые слова:** Мисюрина Елена, медицинское право, уголовное дело, российский суд.

**Devyatkina R.I.**

**THE CRIMINAL CASE OF ELENA MISURINA  
AS A PRECEDENT FOR RUSSIAN MEDICAL LAW**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Summary:** the article discusses the circumstances of a high-profile criminal case in the russian medical field.

**Keywords:** Elena Misyurina, medical law, criminal case, Russian court.

В январе 2018 году судом первой инстанции был оглашен приговор врачу-гематологу ГБД № 52 г. Москвы Елене Николаевне Мисюриной: два года колонии общего режима. Этот судебный случай вызвал сильный резонанс в российском обществе и протест в медицинской среде.

Обстоятельства дела были таковы, что летом 2013 года в клинику «ГеноТехнология» обратился пациент, страдавший миелофиброзом, раком предстательной железы и несхарным диабетом. Е.Мисюрина провела стандартную процедуру трепанобиопсии для диагностического исследования костного мозга. Манипуляция прошла без осложнений, и пациент через полчаса самостоятельно уехал на автомобиле. Вечером того же дня пациент оказался в клинике «МЕДСИ» с болями в животе и подозрением на острый аппендицит. В ходе диагностического обследования в брюшной полости был обнаружен геморрагический выпот. Во время операции были перевязаны внутренние сосуды, которые были предположительно определены как источники внутреннего кровотечения. Диагноз острого аппендицита не подтвердился. Спустя более 12 часов пациент умер от продолжавшегося внутреннего кровотечения из-за поражения системы свертывания крови с развитием ДВС-синдрома. Патогенез кровотечения развился за несколько часов до попадания в клинику «МЕДСИ» вследствие резкого перехода миелофиброза в острый лейкоз с потерей свертываемости крови. Патологоанатомическое вскрытие проводилось в той же клинике,

несмотря на то, что лицензия у «МЕДСИ» на эту деятельность отсутствовала. Спустя 2,5 года – в январе 2015 г. – Елене Николаевне Мисюриной было предъявлено обвинение по статье 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности» (срок лишения свободы до 2 года); в процессе следствия, в связи с истечением срока давности, дело было переквалифицировано на ст. 238 ч. 2 п. «в», подразумевавшую умысел нанести тяжкий вред здоровью пациента, с максимальным сроком 6 лет лишения свободы. Следствие шло четыре года, и в 2018 году Черемушкинский суд г. Москвы приговорил 42-летнего врача-гематолога Елену Мисюрину к двум годам лишения свободы по статье «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекших смерть». Основанием для признания Елены Мисюриной виновной стал Акт вскрытия патологоанатома Мартыновича А.И. из клиники «МЕДСИ», который спустя 4,5 года подтвердил свое заключение в суде.

Дело Елены Мисюриной уже стало знаковым для российского медицинского сообщества, вызвав почти однозначную реакцию и оценку. Врачи были возмущены самим приговором, ходом следствия и предъявленными обвинениями Е.Н. Мисюриной. После поднявшейся волны возмущения общественности, в феврале 2018 года Мисюрина была освобождена из СИЗО под подписку о невыезде. В марте того же года закрытое заседание Московского городского суда отменил решение Черемушкинского районного суда и вернул дело в прокуратуру, где оно находится по настоящее время.

Дело Елены Мисюриной стало знаковым для российского медицинского общества, именно поэтому оно вызвало столь острую реакцию, несмотря на то, что в отношении врачей и медицинских работников регулярно заводятся дела, в том числе уголовные. Какие же сигналы увидели российские врачи для себя и почему его стоит расценивать как опасный для них правовой прецедент? Для того, чтобы понять озабоченность медицинского сообщества, необходимо озвучить ключевое обстоятельство: клиника «МЕДСИ», в которой умер больной, и врачи которой выдали патологоанатомическое заключение (не имея на то лицензии), на основании которого был вынесен приговор, входит в сеть частных медицинских клиник, принадлежащих российскому миллиардеру Владимиру П. Евтушенкову, владельцу АФК «Система». (АО Группа компаний «МЕДСИ» была основана в 1996 на базе поликлиники №6 МОСГОРЗДРАВОТДЕЛА по обслуживанию иностранных граждан. Занимает крупнейшую долю российского рынка коммерческой медицины – более 1%.) Родственники подают исковое заявление на клинику «МЕДСИ», в которой умер от кровотечения во время операции, но в итоге обвиненной оказывается врач-гематолог Е. Мисюрина, которая провела трепанобиопсию по всем правилам и за много часов до смерти пациента. Слушания дела вызывало много вопросов, убедительные доводы защиты игнорировались, доводы обвинения принимались Черемушкинским судом несмотря на явные

нарушения. Совокупность этих фактов и обстоятельств подводит российских врачей к логичному выводу: частные собственники медицинских учреждений не собираются возмещать компенсации по исковым заявлениям пациентов и их родственников, поэтому «крайними» в подобных случаях оказываются врачи, чьи возможности судебной защиты не идут ни в какое сравнение с финансовыми возможностями бизнеса. Приговор Елене Мисюриной стал знаковым посланием для российских докторов, которые расценили его как опасный прецедент, позволяющий посадить за решетку любого из них по надуманному обвинению. Вместе с недостаточностью нормативного правового регулирования в стране, низким уровнем правовой системы и большой коррупционной составляющей судебных решений, отказом государства защищать жизнь и здоровье медиков на законодательном уровне, врачи в полной мере почувствовали свою правовую уязвимость и незащищенность.

Последнее решение суда на настоящее время состоит в том, что он разрешил эксгумацию тела умершего спустя 6 лет после захоронения, и это обстоятельство практически не оставляет шансов для Елены Мисюриной чтобы доказать свою невиновность, ибо мягкие ткани уже не будут годны для полноценной судебно-медицинской экспертизы. Таким образом пропадает возможность для подследственной подать встречный иск о защите своей чести и достоинства в виду невозможности предоставить объективные доказательства. После истечения срока наказания в январе 2020 года приговор остается без изменений, таким образом фактически невиновный врач Елена Мисюрина останется процессуально виновной. Такая противоречивость российской судебной практики не может не тревожить как медицинское сообщество, и общество в целом, вызывая недоверие к институтам государства.

#### Список литературы

1. [https://ru.wikipedia.org/wiki/Дело\\_Елены\\_Мисюриной](https://ru.wikipedia.org/wiki/Дело_Елены_Мисюриной)
2. <https://www.bfm.ru/news/377305>
3. <http://medrabotnik.org/news/zayavlenie-mprz-dejstvie-po-delu-vracha-eleny-misyurinoj>
4. <https://vrachirf.ru/concilium/42526.html>

© Девяткина Р.И., 2019

**УДК 614.253.83:34**

**Просвиркина Т.Д., Ларшутин С.А., Ларшутин Р.С.<sup>1</sup>, Габдуллина С.В.**

**К ВОПРОСУ О ПРАВАХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Башкирский государственный медицинский университет,**

**<sup>1</sup>Институт права БашГУ, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В настоящее время на страницах газет, в СМИ, Интернете обсуждаются вопросы соблюдения прав медицинских работников в Российской Федерации. Нарушение баланса прав и обязанностей врачей является одним из основных пробелов в нормативно – правовом регулировании их деятельности, что нередко приводит к возникновению конфликтных ситуаций, и как следствие к жалобам и даже заявлениям в суд.

В статье проводится анализ правового статуса медицинских работников России с учётом последних изменений в российском законодательстве. Существующие нормативно-правовые акты не позволяют в полной мере обеспечить реализацию прав врачей, до сих пор проблемным считается вопрос страхования их ответственности. Приводятся данные о правах медработников в отдельных странах. Обсуждается необходимость соблюдения паритета прав медицинских работников и их пациентов.

**Ключевые слова:** медицинские работники, правовой статус, права, обязанности, врачебная ошибка, законодательство.

**Prosvirkina T.D., Larshutin S.A., Larshutin R.S., Gabdullina S.V.**

**TO THE QUESTION OF THE RIGHTS OF MEDICAL WORKERS**

**Department of Infectious Diseases with the course IDPO**

**Bashkir State Medical University Russia (Ufa)**

**Summary:** Currently, the pages of newspapers, in the media, on the Internet are discussing the observance of the rights of medical workers in the Russian Federation. Violation of the balance of the rights and obligations of doctors is one of the main gaps in the legal regulation of their activities, which often leads to conflict situations, and as a result to complaints and even statements to the court.

The article analyzes the legal status of medical workers in Russia, taking into account the latest changes in Russian legislation. Existing legal acts do not allow to fully ensure the implementation of the rights of doctors, the issue of insurance of their liability is still considered problematic. Data on the rights of health workers in individual countries are provided. The necessity of observing the parity of the rights of medical workers and their patients is discussed.

**Keywords:** medical workers, legal status, rights, obligations, medical error, legislation.

## Историческая справка.

Одними из самых древних законов кодекса царя Хаммурапи (2250 г. до н.э.) устанавливалась ответственность врачей при осуществлении их деятельности: врач, причинивший смерть свободному человеку наказывался отсечением пальцев. [1] Первые попытки закрепить правовой статус врача были предприняты в Древнем Риме и Древней Греции: врачи получали целый ряд привелегий и освобождались от некоторых обязательств. Например, в Риме врачи освобождались от воинской обязанности и от налогов, а в Греции привлекались на службу только в случае повальных болезней и добровольно. [2] Известен ряд правовых документов Древней Руси, устанавливавших порядок регулирования медицинской деятельности: «Русская Правда» (XI в.), «Судебник» - первый кодифицированный акт (XV в.), а также первый в истории России закон, закрепляющий ответственность за врачебную ошибку – «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больному» (1686 г.). В 1490 году был казнен врач Леон, который безуспешно пытался вылечить сына царя Ивана III. Стоит отметить, что в XVII веке произошли некоторые важные изменения: лекари стали состоять на государственной службе, в связи с чем приобрели ряд прав и обязанностей. Интересен факт, что согласно «Уложению о наказаниях» 1885 г., российские врачи не могли быть привлечены к ответственности, в том числе уголовной, даже при значительных недостатках в произведенном ими лечении. В то время считалось, что врачебная деятельность в силу своей исключительной гуманности не может быть отнесена к уголовно наказуемым деяниям. [2]

После Великой Октябрьской революции 1917 г. значительно изменилось правовое положение медицинских работников - они не только утратили статус государственных служащих, но и не приобрели другого специального статуса. Первым законом советского времени, регламентировавшим права и обязанности врачей стал Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников». Декрет установил главные принципы деятельности врачей, урегулировал вопрос допуска к данному виду деятельности, закрепил основные начала ответственности работников системы здравоохранения. Данный документ сохранял юридическую силу до 1 июля 1970 г., когда вступили в действие Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении. С этого момента все основные права и обязанности врачей устанавливались законодательством СССР и союзных республик. Основы дополнялись ведомственными приказами, количество которых к 1990 г. составило более 5000. Стоит отметить, что правовой статус врачей не был регламентирован ни в Основах, ни в приказах. [3]

Прежде чем перейти к анализу правового статуса медработников, следует определиться с самим понятием «медицинский работник». Согласно п. 13 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": «Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность». [4] Правовым же статусом медицинского работника является его правовое положение в профессиональных отношениях, которые связаны с осуществлением профессиональной деятельности.

В Конституции Российской Федерации, Основях законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан; федеральных законах: «О защите прав потребителей», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и других законодательных актах рассматриваются взаимоотношения врача и пациента. Основным документом, регламентирующим работу врача, являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (в редакции Федерального закона от 18.10.2007 №230-ФЗ). Главная особенность законодательного регулирования данных взаимоотношений в Российской Федерации заключается в том, что для врача, в основном, установлены запреты, а для пациента определенные права, прежде всего, как потребителя здравоохранения. [8,9]

Методическим и научным центром правовой подготовки медицинских работников страны является созданная в 1995 году в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова первая в Российской Федерации, странах СНГ и Восточной Европы кафедра медицинского права медико-профилактического факультета.

В настоящее время очень мало специалистов в области медицинского права, и поэтому врачам весьма проблематично получить квалифицированную юридическую помощь. По мнению Н.А. Гнидкиной и А.С. Татаринцева, было бы правильным и уместным обеспечить защиту прав врачей профессиональными медицинскими ассоциациями, в положениях которых предусмотреть работу по защите прав врачей и учреждений здравоохранения. Подобные организации свою деятельность эффективно реализуют и влияют на положение дел в сфере защиты прав врачей. [5]

В апреле 2010 года в России создан Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» (НМП). Учредителями его выступили 35 общественных и некоммерческих организаций, объединений и профессиональных ассоциаций. Среди

основных задач НМП названы: представление интересов медицинских работников - физических лиц, участвующих в Палате, перед государством и обществом; а также создание системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций. Национальная медицинская палата намерена осуществлять правовую защиту и юридическую поддержку профессиональной деятельности каждого медицинского работника. Палата считает необходимым введение Третьей (досудебного) судопроизводства, института независимой экспертизы (обезличенной) медицинских документов и общественную защиту в судебных слушаниях. Палата намерена выстроить систему аккредитованных адвокатов, внедрить, после апробации, метод медиации как эффективный способ досудебного решения споров. Активно сотрудничая со средствами массовой информации и участвуя в общественных и судебных слушаниях, Палата намерена не допускать бездоказательных обвинений медицинских работников. Помимо этого Национальная медицинская палата считает важным добиться адекватного страхования профессиональной ответственности медицинского работника при неизбежно низком при существующей оплате труда страховом взносе. Страхование ответственности предполагается также осуществлять Обществом взаимного страхования, создаваемом при Палате. На сайте Нацмедпалаты работает онлайн-центр консультативной юридической поддержки, где на регулярной основе проводятся семинары по правовым вопросам. Наиболее актуальные проблемы, скопившиеся в правовом поле, с которыми сталкиваются медработники в своей практике, освещены в сборнике «Защита прав врачей», подготовленным Национальной медицинской палатой. Во вступлении к сборнику Председатель Национальной палаты Леонид Рошаль отмечает участвовавшие за последнее время нападения на врачей, а ситуацию с порой необоснованными жалобами пациентов с единственной целью получить деньги называет пациентским экстремизмом [6].

Интересен зарубежный опыт по защите прав врачей. Так, например, в Англии существует Общество медицинской защиты. Врачи - члены этого общества имеют право направить в нее заявление с просьбой о предоставлении защиты, об участии в суде на его стороне в случае обвинения в совершении врачебной ошибки. В штате Общества медицинской защиты работают профессиональные юристы, специализирующиеся на медицинском праве, в частности, на делах о врачебных ошибках [5].

Американский профессор Виккен Тоттен из Кливлендского университета считает, что права и обязанности врачей и пациентов должны быть сбалансированными. Если есть права и обязанности врачей, то соответственно возникает необходимость обсуждения обязанностей пациентов. Профессор приводит, на наш взгляд, интересные данные о правах врачей в Америке :

➤ Все работники здравоохранения имеют основные индивидуальные права, включая гражданские, конституционные и статутные права каждого человека, которые закреплены в Женевской конвенции и в Конституции Соединенных Штатов Америки.

➤ Медицинские работники имеют право на осмотрительное и уважительное поведение со стороны пациентов, за которыми они ухаживают, и на свободу от преследований, надругательств, нападок, а также от словесных и психических надругательств.

➤ Работники здравоохранения имеют право на внимательное и уважительное отношение, поведение своих начальников и быть свободным от притеснений, оскорблений, нападок, словесных и психических надругательств.

➤ Медицинские работники имеют право защищать себя от физического нападения.

➤ Работники здравоохранения имеют право зарегистрировать жалобу на пациента и подать жалобу через систему больниц или в суде без риска для его работы.

➤ От работников здравоохранения не требуется подвергать риску свою жизнь, свое физическое здоровье или здоровье своих семей.

➤ Работники здравоохранения имеют право на разумный доступ к инструментам, необходимым для выполнения своих должностных обязанностей своего положения.

➤ Медицинские работники имеют право на достаточное личное время в течение рабочей смены, чтобы они могли питаться по мере необходимости.

По мнению В.Тоттен:

➤ Пациенты должны понимать, что медицинские услуги в Соединенных Штатах - это привилегия, а не право, и за них нужно платить.

➤ Смерть неизбежна, и не все смерти являются чьей-то «ошибкой».

➤ Пациенты должны в меру своих знаний и способностей предоставлять точную и полную информацию по вопросам, касающимся их здоровья.

➤ Пациенты должны добросовестно прилагать усилия, чтобы описать свою болезнь, правдиво ответить на вопросы, поставленные медицинским работником, и наилучшим образом сотрудничать с экзаменом.

➤ Пациенты обязаны понимать последствия своего образа жизни.

➤ Пациенты не должны требовать или ожидать, что работники здравоохранения смогут быстро обратить вспять последствия неправильного выбора образа жизни в течение многих лет.

➤ Пациенты несут ответственность за выполнение плана лечения врача или принятие личной ответственности за отклонения от этого плана.



➤ Пациенты несут ответственность за свое поведение. Они должны соблюдать правила больницы и быть внимательными и уважительными к другим пациентам, персоналу больницы, имуществу и правам других. Они должны следовать законам страны или иметь те же последствия, что и любой другой человек.

➤ Пациенты несут ответственность за то, чтобы задавать вопросы или просить разъяснений, когда инструкции им не понятны. [7]

По мнению Гнидкиной Н.А. и Татаринцева А.В. вопросы возможности активного нормотворческого процесса в сфере взаимоотношений «пациент – врач» с точки зрения их соотношения остаются недостаточно решенными и требуют приведения законодательной базы в соответствие с существующими общественными отношениями в этой области. Проблемы в области прав врачей, возможно, вызваны недостаточным регулированием этой сферы отношений в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Поэтому в целях более полной реализации конституционных норм, институтов и принципов, регулирующих здравоохранение, некоторые положения «Основ» требуют своего дальнейшего развития. [5]

В свете происходящих перемен меняется социальная роль врача и медицинского работника, поэтому проблемы защиты прав врачей очень актуальны и требуют детального изучения, дальнейшей разработки проблем медицинского права как учебной дисциплины и отрасли науки, совершенствование программ обучения студентов не только в медицинских, но и в юридических вузах. Важно, чтобы будущие врачи, находясь еще на университетской скамье, осознали, что одним из основных условий успешного осуществления дальнейшей профессиональной деятельности должно стать постоянное совершенствование правовых знаний в медико-правовом направлении.

#### **Список литературы**

1. Тураев Б.А. Законы Хаммурапи – М, 2015. – 160 с.
2. Сорокина Т.С. История медицины. – М, 2006. – 560 с.
3. Риффель А.В. Избранные вопросы медицинского права. – М.: Академия Естествознания, 2008. – 72 с.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс
5. Гнидкина Н.А., Татаринцев А.В. Имеет ли врач права? Судебная медицина и медицинское право: Актуальные вопросы. Материалы научно-практической конференции. – М., 2011
6. Защита прав врачей: практикум по тактике. – М., 2018. – 121 с.
7. Totten Vicken. Patient Responsibilities, Health Care Workers Rights (for a Change). – Emergency Medicine News. – Vol. 35, No. 11. – 2013.

8. Медицинское право России. - М., 2017.- С.142-145

9. Леонтьев О.В., Плавинский С.Л. Законодательство России о здравоохранении. - СПб: СпецЛит, 2013. - 64 с.

© Просвиркина Т.Д., Ларшутин С.А., Ларшутин Р.С., Габдуллина С.В., 2019

**Гайсаров А.Х.**

**ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ПРАВОВОГО СТАТУСА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ  
КАК СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В настоящее время, согласно общемировой практике, фармацевтические работники являются специалистами здравоохранения, способными решать множество разнообразных задач, конечной целью которых является сохранение жизни и здоровья людей. В статье проанализированы основные отраслевые нормативные правовые акты Российской Федерации. Выявлен ряд пробелов и противоречий в российском законодательстве, регулирующем основные аспекты деятельности фармацевтических работников. Показаны перспективы совершенствования правового статуса фармацевтических работников как специалистов здравоохранения, заключающиеся в устранении выявленных правовых коллизий, а также в разработке новых правовых норм.

**Ключевые слова:** фармацевтические работники, специалисты здравоохранения, правовой статус.

**Gaisarov A.Kh.**

**THE PROSPECTS FOR IMPROVEMENT OF THE LEGAL STATUS  
OF PHARMACISTS AS HEALTH CARE WORKERS**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract.** Currently, according to global practice, pharmacists are health care workers who are able to solve many diverse problems, the ultimate goal of which is to preserve the life and health of people. In this article the main special regulatory legal acts of the Russian Federation have been analyzed. A number of gaps and inconsistencies in Russian legislation, governing the main aspects of the activities of pharmacists, have been identified. The prospects of improving the legal status of pharmacists as health care professionals, consisting in resolving identified legal conflicts, as well as in developing new legal norms, have been shown.

**Keywords:** pharmacists, health care workers, legal status.

Актуальность. В настоящее время фармация является отдельной отраслью науки, аккумулирующей в себя знания о различных аспектах лекарственных средств, начиная от их разработки в лабораториях и заканчивая их уничтожением. В современном мире дальнейшее развитие медицины невозможно без учета достижений фармации. При этом фармацевтический работник, получивший профильное образование по специальности «Фармация» (уровень образования «среднее профессиональное» – квалификация «фармацевт»; уровень образования «специалитет» – квалификация «провизор»), без сомнения, является специалистом здравоохранения, способным решать множество разнообразных задач, конечной целью которых является сохранение жизни и здоровья людей. Однако на сегодняшний день в Российской Федерации имеется ряд проблем в признании фармацевтических работников как полноценных специалистов здравоохранения [3]. При этом наиболее важной проблемой является наличие ряда пробелов и противоречий в российском законодательстве, регулирующем основные аспекты деятельности фармацевтических работников.

Цель исследования: анализ имеющихся проблем и перспектив совершенствования правового статуса фармацевтических работников как специалистов здравоохранения.

Материалы и методы. Исходными материалами являлись тексты нормативных правовых актов Российской Федерации. В процессе исследования применялись грамматический, логический и системный способы толкования нормативных правовых актов.

Результаты и обсуждение. Согласно пункту 14 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» фармацевтический работник – это физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения, их изготовление, отпуск, хранение и перевозка [7]. Следовательно, данная правовая норма устанавливает обязанности фармацевтического работника, которые он должен выполнять в рамках своей трудовой деятельности. Также все эти обязанности (виды деятельности) входят в понятие «обращение лекарственных средств», установленное пунктом 28 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [6].

При этом, согласно пункту 12 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», фармацевтическая организация – это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли

лекарственными средствами, аптечная организация) [7]. При этом в целях данного Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность. Таким образом, во всех правовых нормах, используемых в тексте Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», термин «фармацевтическая организация» включает в себя термины «организация оптовой торговли лекарственными средствами», «аптечная организация» и «индивидуальный предприниматель, осуществляющий фармацевтическую деятельность».

Также необходимо учитывать, что подробно термин «аптечная организация» определяется в пункте 35 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» – это организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона [6]. Под структурным подразделением медицинской организации, на наш взгляд, в данной правовой норме понимается аптека медицинской организации, которая, несмотря на наличие отдельной лицензии на фармацевтическую деятельность, входит в структуру медицинской организации (например, стационарного типа) и функционирует «на правах отделения» этой организации. Таким образом, аптечная организация может быть самостоятельной организацией (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель), либо являться структурным подразделением медицинской организации.

Однако в тексте Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не всегда корректно соблюдается установленное в нем же соотношение терминов. Так, из структуры частей 2 и 3 одной из базовых статей – статьи 73 «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников» – видно, что обязанности фармацевтических работников обозначены путем указания некоторых обязанностей медицинских работников, которые, по мнению законодателя, идентичны и для медицинских работников, и для фармацевтических работников. Необходимо подчеркнуть, что, применяя данный способ изложения обязанностей фармацевтических работников, законодатель в пункте 5 части 2 данной статьи, регулирующей обязанности в отношении мониторинга безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий, использовал лишь термин «медицинская организация», хотя данная обязанность также распространяется и на фармацевтических работников.

В связи с этим в предмет регулирования данной нормы права входят лишь аптеки медицинских организаций, являющиеся структурным подразделением этих медицинских

организаций. Следовательно, из предмета регулирования данной статьи совершенно необоснованно выпадают аптечные организации, (юридические лица и индивидуальные предприниматели), а также организации оптовой торговли лекарственными средствами, несмотря на то, что частью 3 этой же статьи рассматриваемая обязанность распространяется на всех фармацевтических работников вне зависимости от места их работы. Данное обстоятельство в свете усиления работ, связанных с мониторингом безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий, находящихся в обращении, выглядит совершенно необоснованно.

Подобная ситуация наблюдается и в изложении правовой нормы в статье 72 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», носящей название «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования». Согласно части 1 статьи 72 данного Федерального закона: «Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, ..., в том числе ... на создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей ...». Здесь, как и в предыдущем случае, упоминается лишь «медицинская организация», хотя предметом регулирования статьи 72 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» являются права не только медицинских работников, но и фармацевтических работников [7].

В статье 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлена ответственность фармацевтических работников за причинение вреда жизни или здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Очевидно, что фармацевтические работники самостоятельно не оказывают медицинскую помощь и их вина в причинении вреда может быть связана только с ошибками в осуществлении фармацевтической деятельности (например, ошибка при изготовлении препарата, применяющегося для лечения пациента). Однако в рассматриваемых правовых нормах не указана ответственность фармацевтических работников и фармацевтических организаций в подобных случаях.

Необходимо отметить, что рассмотрение прав и обязанностей медицинских работников и фармацевтических работников не ограничиваются лишь вышеуказанными статьями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, некоторые дополнительные права и обязанности указаны в статье 74 вышеуказанного Федерального закона.

Проведенный нами сравнительный анализ частей 1 и 2 статьи 74 данного Федерального закона выявил, что основное отличие между ними заключается в исключениях из общего

правила, предусмотренных пунктом 1 части 1 статьи 74 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» только в отношении медицинских работников. Данные исключения заключаются в возможности получения медицинскими работниками денежных средств, являющихся вознаграждением по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также вознаграждением, связанным с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности. В отношении фармацевтических работников, т.е. пунктом 1 части 2 статьи 74 данного Федерального закона, данные исключения не предусмотрены.

На наш взгляд, содержание статьи 74 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» неоправданно снижает значимость фармацевтических работников как специалистов здравоохранения. Если невозможность полноценного участия фармацевтических работников (т.е. находящихся в трудовых отношениях с фармацевтическими организациями) в проведении клинических исследований лекарственных препаратов и клинических испытаниях медицинских изделий очевидно (т.к. проведение таких исследований и испытаний не является функцией фармацевтических организаций), то однозначный запрет на получение вознаграждения от, например, производителя лекарственных препаратов за прочитанную лекцию (в рамках педагогической деятельности) не совсем понятен.

Очевидно, что фармацевтические работники в виду своего образования и опыта работы вполне могут участвовать и в научной (написание статей, монографий и т.д.), и в педагогической (проведение лекционных занятий для обучающихся в различных образовательных организациях, а также для своих коллег на различных конференциях, конгрессах, симпозиумах и т.д.) деятельности. На наш взгляд, является очевидным, что такая деятельность вполне может быть оплачена указанными в статье 74 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организациями, тем более что такая практика разрешена законодателем для медицинских работников.

Необходимо отметить, что практически аналогичные ограничения для фармацевтических работников установлены и пунктом 1 части 2 статьи 67.1 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [6].

Сходная ситуация с отсутствием корректного баланса между правами медицинских работников и фармацевтических работников, к сожалению, наблюдается и в относительно новых правовых нормах. Так, Федеральным законом от 29.12.2015 № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» в часть 2 статьи 69

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добавлен пункт 2.1, устанавливающий *что* «Педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся в соответствии со статьей 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а также научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья, вправе осуществлять медицинскую деятельность. На педагогических и научных работников при осуществлении ими медицинской деятельности распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников» [7].

Как следует из вышеуказанной нормы права, она закрепляет за педагогическими и научными работниками, осуществляющими практическую подготовку обучающихся по образовательным программам, возможность осуществления медицинской деятельности. Однако, в статье 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», на которую ссылается рассматриваемая правовая норма, четко указаны образовательные программы как медицинского, так и фармацевтического образования [5]. Тем не менее, право на осуществление педагогическими и научными работниками медицинской деятельности устанавливает только рассматриваемая правовая норма Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На наш взгляд, участие педагогических и научных работников, имеющих фармацевтическое образование и сертификат специалиста и/или свидетельство об аккредитации специалиста, в практической подготовке обучающихся по образовательным программам фармацевтического образования также может сопровождаться осуществлением данными работниками фармацевтической деятельности, что должно быть отражено в пункте 2.1 части 2 статьи 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На сегодняшний день, по нашему мнению, назрела необходимость в более детальном правовом регулировании таких важнейших трудовых функций фармацевтических работников аптечных организаций как фармацевтическое консультирование и информирование. Очевидно, что фармацевтические работники способны решать множество разнообразных задач, конечной целью которых является сохранение жизни и здоровья людей, в том числе и по осуществлению фармацевтического консультирования и информирования [1,2]. Возможность осуществления подобных трудовых функций фармацевтическими работниками признана на международном уровне, при этом особое внимание уделяется консультированию пациентов (покупателей) по различным аспектам



применения лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента [8]. В настоящее время возможность осуществления фармацевтическими работниками фармацевтического консультирования предусмотрено правилами надлежащей аптечной практики [4]. Однако данным нормативным правовым актом не урегулирован подробный порядок осуществления фармацевтического консультирования, а также в нем не указаны права и обязанности фармацевтического работника при выполнении данной трудовой функции.

На наш взгляд, разработка подробных правовых норм, регламентирующих процесс фармацевтического консультирования и информирования, будет играть ключевую роль в гармонизации российского законодательства с международными правовыми нормами. Кроме этого, это будет способствовать стандартизации осуществления фармацевтического консультирования и информирования во всех аптечных организациях Российской Федерации. Наиболее общие из этих правовых норм могут быть включены в текст Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и/или Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Более подробные правовые нормы могут регулироваться подзаконными нормативными правовыми актами, в том числе правилами надлежащей аптечной практики.

Также необходимо отметить, что Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержит правовой нормы, утверждающей «Клятву провизора» (по аналогии с имеющейся в тексте Закона «Клятвой врача»). На наш взгляд, законодательное закрепление «Клятвы провизора», которую давали бы при получении документа об образовании и о квалификации лица, завершившие освоение образовательной программы высшего фармацевтического образования, несомненно, будет способствовать полноценному признанию фармацевтических работников как специалистов здравоохранения.

Заклучение и выводы. В настоящее время в российском законодательстве, регулирующем основные аспекты деятельности фармацевтических работников, выявлен ряд проблем и противоречий. В целях надлежащего совершенствования правового статуса фармацевтических работников как специалистов здравоохранения необходимо внести соответствующие изменения и дополнения в законодательство Российской Федерации с целью устранения данных правовых коллизий, а также рассмотреть возможность разработки новых правовых норм.

### Список литературы

1. Гайсаров А.Х. Правовой статус информирования покупателей как фармацевтической услуги, предоставляемой в аптечных организациях // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20. № 4. С. 140-143.
2. Гайсаров А.Х. Правовой статус фармацевтического консультирования как фармацевтической услуги, предоставляемой в аптечных организациях // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20. № 5. С. 117-120.
3. Гайсаров А.Х., Абдуллина Д.Ф. Анализ правового статуса фармацевтических работников как специалистов здравоохранения // Актуальные вопросы экологии человека: социальные аспекты: сборник научных статей участников международной научно-практической конференции, Уфа, 15-17 мая 2017 г.: в 3 т. / отв. ред. Г.М. Хасанова. Уфа: Изд-во АНО «Исследовательский центр информационно-правовых технологий», 2017. – Т. 1. – С. 149-154.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения». Доступно из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Доступно из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Доступно из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступно из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
8. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. – World Health Organization and International Pharmaceutical Federation, 2006. – 97 p.

© Гайсаров А.Х., 2019

Ефремова У.С., Зулкарнеев Ш.Р.

**НЕСОВЕРШЕННОСТЬ РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА  
В СФЕРЕ ОБОРОТА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПРИМЕРЕ НЕКОТОРЫХ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в статье рассматриваются проблемы российского законодательства в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ на примере некоторых фармацевтических препаратов, таких, как бупропион и препаратов, содержащих эфедрин. Методом исследования стало изучение нормативно-правовой базы.

**Ключевые слова:** наркотики, оборот наркотических средств, правовые проблемы, бупропион.

**Efremova U.S., Zulkarneev Sh.R.**

**IMPERFECTION OF RUSSIAN LEGISLATION IN THE FIELD  
OF NARCOTIC DRUGS TRAFFICKING BY THE EXAMPLE  
OF SOME PHARMACEUTICAL PREPARATIONS**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Summary:** the article discusses the problems of Russian legislation in the sphere of trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances using some pharmaceuticals as examples of bupropion and drugs containing ephedrine. The method of research was the study of the regulatory framework.

**Keywords:** drugs, drug trafficking, legal problems, bupropion.

**Введение и актуальность:** несмотря на принимаемые меры в сфере ограничения оборота наркотических и психотропных средств, проблема наркотизации населения продолжает быть одной из наиболее актуальных в сфере российского здравоохранения. По данным ИНМЕ (Institute for Health Metrics and Evaluation, Институт метрик и оценки здоровья, научно-исследовательский институт, работающим в области глобальной статистики здравоохранения и оценки воздействия в Университете Вашингтона, Сиэтл), 0,9% населения Земли страдают той или иной формой наркотической зависимости (примерно 62 миллиона человек) [23]. Фетанил и его аналоги остаются проблемой для Северной Америки, а трамадол (опиоидный анальгетик, используемый для снятия болевых синдромов средней и сильной интенсивности) становится поводом для беспокойства в Африке и Азии. В то время как использование этих препаратов в медицине необходимо для облегчения боли и страданий, подпольное производство и распространение этих препаратов на наркорынке

причиняет огромный вред здоровью людей [23]. В России ежегодно правоохранительные органы РФ выявляют более двухсот тысяч преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и изымается более 20 т наркотиков и сильнодействующих веществ. В России на 2017 г. зарегистрировано 459,2 тыс. потребителей наркотиков, из которых 273,1 тыс. – больные наркоманией, 186,1тыс. – пациенты с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотиков»[10]. В Республике Башкортостан По данным Медицинского информационно-аналитического центра в 2017 году снизился уровень первичной наркологической заболеваемости, однако повысился уровень заболевания наркоманией по сравнению с 2016 годом. Так, максимальный уровень заболеваемости наркоманиями (на 100000 населения) в 2017 году зарегистрирован в Туймазинском (19,6), Бижбулякском(17,2), Кигинском (11,4), Уфимском (9,4) и Мечетлинском (8,5) районах республики [12].

Цель: показать недостатки российского законодательства в сфере оборота лекарственных препаратов, являющихся формальными производными наркотических средств на примере оборота лекарственного препарата “Бупропион”, препаратов, содержащих эфедрин.

Материалы и методы: изучение нормативно-правовой базы. Проанализированы следующие нормативно-правовые акты и научные статьи: Постановление Правительства Российской Федерации №681 от 30.07.1998, Постановление Правительства РФ №882 от 30.10.2010, Постановлением Правительства РФ № 1178 от 19.07.2012.

Результаты и обсуждения: в последнее время особую популярность приобрели дизайнерские наркотики (синтетические каннабиноиды, катиноны и др.)[6][9]. Дизайнерскими наркотиками называют психоактивные вещества, синтетические заменители натуральных веществ, которые разрабатываются с целью обхода действующего законодательства.[24] Дизайнерские наркотики могут полностью воспроизводить наркотические свойства натуральных веществ либо быть близкими, но не идентичными по строению веществами. Также синтетические наркотики могут как обладать сходной фармакологической активностью, так и иметь другие фармакологические свойства. Их опасность обусловлена чрезвычайной токсичностью, быстрым формированием зависимости, а также высокой суицидогенностью среди потребителей [7],[8].

В свете описанного, не удивительна столь активная политика по отношению к ужесточению российского законодательства в сфере оборота наркотических и психотропных средств. Так в январе 2018 года принят ряд мер по ужесточению законодательства. Были внесены изменения в статью 228.1 УК РФ “Незаконные производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные сбыт

или пересылка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества” в ред. Федерального закона от 01.03.2012 N 18-ФЗ. До принятия закона сбыт психотропных препаратов, наркотиков и их аналогов на территории воинских частей предусматривал наказание в виде лишения свободы на срок от четырех до восьми лет. От января 2018 (в ред. Федеральных законов от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 31.12.2017 N 494-ФЗ) года указанное преступление карается лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового. Кроме того, распространение наркотических средств в общественных местах: на спортивных объектах, вокзалах и в метро, в общественном транспорте, местах отдыха и досуга -, исправительных учреждениях, административных зданиях, образовательных организациях предусматривает повышенную уголовную ответственность. Однако, у жесткой антинаркотической политики есть обратная сторона медали. Это связано с тем, что ряд лекарственных средств по своей химической природе можно технически отнести к прекурсорам - то есть веществам, используемым для изготовления наркотических средств. В связи с этим, некоторые препараты, успешно применяемые в терапии тех или иных заболеваний, недоступны пациентам в Российской Федерации[16].

30 июня 1998 года было принято Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (далее по тексту- Перечень)[3]. Однако, ввиду быстрого появления новых видов синтетических наркотических веществ, данный правовой акт утратил свою эффективность[5],[11]. В связи с этим, в него многократно вносились дополнения, в частности Постановление Правительства РФ №882 от 30.10.2010 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ», согласно которому в Перечень был внесен Эфедрон (меткатинон). [4] Также Постановлением Правительства от 19 ноября 2012 г. № 1178 было введено понятие «производные наркотических средств и психотропных веществ». Ими являются природные и синтетические вещества, не включенные как самостоятельные позиции в государственный реестр лекарственных средств или в настоящий перечень, в чьих химических структурах было произведено формальное замещение одного или нескольких атомов водорода, галогенов и (или) гидроксильных групп иными одновалентными и (или) двухвалентными заместителями или атомами. При этом общее количество атомов углерода в химической

структуре прекурсора не должно превышать количество атомов углерода в исходной формуле соответствующего наркотического вещества.

Тем не менее, при изменении состава и строения биологически активного вещества, оно во многих случаях не сохраняет исходные биохимические свойства. Иными словами, производное наркотического вещества может не обладать способностью вызывать патологическую зависимость и пагубно влиять на здоровье человека[13].

Исходя из вышеприведенного определения, производным Эфедрона считается Бупропион ( $\pm$ )-2-(трет-Бутиламин)-1-(3-хлорфенил)пропан-1-он) и является запрещенным веществом. Тем не менее, непосредственно это наименование отсутствует в Перечне. Также важно указать факт, что в процессе производства бупропиона эфедрон не участвует.[14] Более того, в ряде исследований была доказана неспособность субстанции в подавляющем большинстве случаев вызывать наркотическую зависимость и ярко выраженное чувство удовольствия.[19],[20] Тем не менее, были зафиксированы случаи злоупотребления препаратом.[15],[18] Бупропион был лицензирован в США в 1990 году и с тех пор активно используется во многих странах мира при лечении депрессивного расстройства, биполярного расстройства, синдрома дефицита внимания и никотиновой зависимости. Главной особенностью препарата является его фармакологическое действие, заключающееся в избирательном ингибировании обратного захвата норадреналина и дофамина, что отличает его от антидепрессантов, являющихся селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС)[21]. В ходе исследований была выявлена его сопоставимая или более высокая эффективность по сравнению с некоторыми СИОЗС. Также, в отличие от них, бупропион не вызывает репродуктивную дисфункцию и увеличение веса, наоборот, способствует его уменьшению за счет стимулирующего воздействия на центральную нервную систему человека[17].

По причине вышеупомянутого противоречия создается угроза правовой защищенности граждан Российской Федерации. Так, 8 апреля 2019 в почтовом отделении города Екатеринбурга сотрудниками Уральского управления таможенной службы была задержана Дарья Беляева, получавшая в виде посылки заказанный из Республики Польша препарат «Elontril», главным действующим веществом которого является бупропион. В 2012 году у девушки было диагностировано шизотипическое расстройство личности, которое часто депрессией. По причине неэффективности ранее принимавшихся препаратов СИОЗС, гражданка Беляева по совету знакомых приобрела лекарственное средство в иностранной аптеке. По сообщению Уральского управления таможенной службы, в полученной посылке находились 30 таблеток, содержащих наркотическое средство «эфедрон» общей массой 10,6 грамма.[22] В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 1

октября 2012 года №1002 ввезенное количество препарата считается крупным. В отношении подозреваемой были возбуждены уголовные дела по части 2 ст. 228 УК РФ [1] "Хранение и перевозка наркотических средств в крупном размере" и по части 3 ст. 229.1 УК РФ "Контрабанда наркотических средств в крупном размере"[2],[22]. Следуя выше приведенному определению производных наркотических средств и психотропных веществ, бупропион есть эфедрон с замещенными на хлор и метильные группы атомами водорода. Однако, как было указано выше, бупропион не обладает выраженными наркотическими свойствами и не внесен в Перечень. Важно отметить, что в постановлении о возбуждении уголовного дела №1190010098030\0968 и принятии его к производству от 10 апреля 2019 года указан факт наличия у Дарьи Беляевой преступного умысла, направленного на незаконное хранение и приобретение наркотического вещества.

Ввиду правового противоречия данное дело вызвало широкий общественный резонанс и было освещено в СМИ.[22] Это дело осветило недостатки российского законодательства, регулирующего сферу оборота лекарственных и наркотических средств и показало необходимость урегулирования проблемы в интересах субъектов, для которых прием данного и аналогичных лекарственных средств является жизненно важным.

Выводы и рекомендации: таким образом, в ходе анализа было выявлено несовершенство российского законодательства, в частности Постановления Правительства от 19 ноября 2012 г. № 1178. По этой причине затруднены или запрещены ввоз и продажа некоторых лекарственных средств, являющихся формальными производными наркотических веществ, но обладающих низким аддиктивным потенциалом, которые могут существенно улучшить состояние пациентов. Невозможность их приобретения особенно остро сказывается на состоянии больных при отсутствии на российском лекарственном рынке аналогичных по фармакологическому воздействию препаратов. Ввиду этого особенно актуальным становится вопрос о пересмотре и изменении некоторых нормативно-правовых актов российского законодательства. Одним из решений могло бы стать разрешение на ввоз и оборот лекарственных средств-формальных производных наркотических веществ при усиленном контроле со стороны соответствующих надзорных и исполнительных органов и с учетом результатов научных исследований, подтверждающих незначительную способность препарата вызывать у человека психологическую и/или физиологическую зависимость.

#### **Список литературы**

1. Уголовный кодекс РФ (в ред. Федерального закона от 01.03.2012 N 18-ФЗ), статья 228 // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Уголовный кодекс РФ (введена Федеральным законом от 07.12.2011 N 420-ФЗ), статья 229.1 // Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. №681: принят Правительством Российской Федерации 30 июня 1998 г. // Собрание законодательства Российской Федерации, N 27, 06.07.98, ст.3198.
4. Постановление Правительства РФ от 30.10.2010 N 882 (ред. от 01.10.2012) "О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ": принят Правительством Российской Федерации 30 октября 2010 г.
5. Абрамов А.Ю., Косолапова Н.В., Михайлова Ю.В. Современное российское законодательство в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –2014. – №2. С.9-14.
6. Асадуллин А.Р. Анализ распространенности синтетических каннабиноидов в республике Башкортостан // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11. № 6 (66). С. 61-64.
7. Асадуллин А.Р., Асадуллина Г.М., Тимербулатова М.Ф., Газизова Н.Р., Ахметова Э.А. Анализ суицидального поведения у потребителей "дизайнерских" наркотических средств // Педагогический журнал Башкортостана. – 2017. – № 1 (68). С. 112-118.
8. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Асадуллина Г.М., Шарипов А.Р., Тимербулатова М.Ф. Суициды и синтетические катиноны. Клинико-генетический анализ // Тюменский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19. № 2. С. 12-15.
9. Асадуллин А.Р., Юлдашев В.Л., Ахметова Э.А., Ненастьева А.Ю. Динамика распространенности синтетических катинонов в республике Башкортостан. Эпидемиологическая и клиническая картины // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2016. – Т. 48. № 4. С. 16-19.
10. Государственный антинаркотический комитет. Общая характеристика наркоситуации в Российской Федерации // Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2017 году. — М.,2018. — С. 3-5.
11. Мельников Е.Б., Дюгаев К.П., Михайличенко А.Г., Гончаров Е.В. Проблемы криминалистического исследования новых психоактивных веществ // Вестник Сибирского юридического института МВД России. –2014. – №1 (14). С. 54-61.
12. Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан «Медицинский информационно-аналитический центр». Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2017 году. — Уфа, 2018.
13. Федоров А.В. Определение производных наркотических средств и психотропных веществ для целей уголовного законодательства // Теория и практика судебной экспертизы. –2013. – №1 (29). С.50-62.



14. Daniel M. Perrine, Jason T. Ross, Stephen J. Nervi, Richard H. Zimmerman. A Short, One-Pot Synthesis of Bupropion // *Journal of Chemical Education*. –2000. – Т. 77. №11. С. 1479.
15. Khurshid K.A., Decker D.H. Bupropion insufflation in a teenager // *J Child Adolesc Psychopharmacol journal*. — 2004. — Т. 14. № 1. С.157—158.
16. [Электронный ресурс]: ТАСС. URL: <https://tass.ru/obschestvo/4854900> (дата обращения: 19.09.2019).
17. Krisna Patel, Sophie Allen, Mariam N. Haque, Pinca Angelescu, David Baumeister, Derek K. Tracy. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. – 2016. – №6 (2). С. 99-144.
18. Lu J.J., Thompson T.M., Narunatvanich D., Fischbein C.B., Мусык М.В. Seizure after Nasal Insufflation of Bupropion // *Clin Toxicol (Phila) journal*. — 2007. — Т. 45. С. 632.
19. Rush C.R., Kollins S.H., Pazzaglia P.J. Discriminative-stimulus and participant-rated effects of methylphenidate, bupropion, and triazolam in d-amphetamine-trained humans // *Experimental and clinical psychopharmacology*. —1998. — Т. 6. №1. С. 32—44.
20. Zernig G., De Wit H., Telser S., et al. Subjective effects of slow-release bupropion versus caffeine as determined in a quasi-naturalistic setting // *Pharmacology*. — 2004. — Т. 70. №4. С. 206—215.
21. [Электронный ресурс]: Drugbank. URL: <https://www.drugbank.ca/drugs/DB01156> (дата обращения: 19.09.2019).
22. [Электронный ресурс]: BBC News. URL: <https://www.bbc.com/russian/features-48048476> (дата обращения: 20.09.2019).
23. [Электронный источник]: Управление Организации Объединенных наций по наркотикам и преступности. URL: [https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018\\_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html](https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html) (дата обращения: 29.09.2019).
24. [Электронный ресурс]: Нет наркотикам. Информационно-публицистический ресурс. URL: [http://www.narkotiki.ru/5\\_6983.htm](http://www.narkotiki.ru/5_6983.htm) (дата обращения: 19.09.2019).

© Ефремова У.С., Зулкарнеев Ш.Р., 2019

Кальметьева А.А.

## УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЯТРОГЕНИИ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** В статье рассматривается эволюция термина «ятрогения» и классификация ятрогенных преступлений. Данный медико-правовой термин приобретает уголовно - правовое значение в связи с увеличением ее проявлений на современном этапе развития общества.

**Ключевые слова:** здравоохранение, болезнь, ятрогения, риск, халатность.

Kalmetyeva A. A.

## CRIMINAL-LEGAL ASPECTS OF IATROGENY

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary:** the article discusses the evolution of the term "iatrogeny" and the classification of iatrogenic crimes. This medical-legal term acquires criminal-legal significance in connection with the increase in its manifestations at the present stage of development of society.

**Key words:** health, illness, iatrogenic, risk management and negligence.

Актуальность изучения данной темы заключается в том, что в период научно - технического прогресса, стремительного развития современной медицины, появления современной лечебно-диагностической аппаратуры и средств интенсивной терапии появились новые возможности диагностики и лечения различных заболеваний. Однако, вместе с усовершенствованием методов лечения, увеличился рост нежелательных и неблагоприятных последствий врачебных действий, именуемых ятрогениями.

Любое медицинское вмешательство всегда сопряжено с риском для жизни и здоровья пациентов, поэтому медицинские работники в процессе выполнения своих профессиональных функций должны соблюдать правила и стандарты оказания медицинской помощи и соответствующих услуг.

В Конституции Российской Федерации содержится гарантия обеспечения права на жизнь (статья 20), права на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41). Президент Российской Федерации своим Указом от 31 декабря 2015 года № 683 утвердил Стратегию национальной безопасности Российской Федерации, где одной из стратегических целей развития здравоохранения и укрепления здоровья российского населения является соблюдение прав и обеспечение государственных гарантий граждан.

По данным Всемирной организации здравоохранения в Соединенных Штатах Америки ятрогении были зафиксированы у 20% больных и составили 10% в разрезе госпитальной смертности; инфекции, связанные с медикаментозным или хирургическим вмешательством, встречаются ежегодно 5-6% госпитализированных больных, 1% из которых умирает (США); число больных, у которых проявились побочные действия лекарственной терапии, составляет 3-5% всех госпитализированных больных (США). В России статистика ятрогенных случаев вообще не ведется. Однако это не значит, что российские врачи допускают ятрогении реже американских. На наш взгляд, отсутствие фиксации случаев ятрогении ведет к росту заболеваемости и может привести к критическим ситуациям.

Само понятие “ятрогения” было введено немецким психиатром О. Бумке в 1925 г. В начале этот термин означал причинение вреда пациенту неосторожным, непродуманным, бестактным словом врача. Затем в понятии ятрогении добавилось “узкопсихиатрическое понимание” и оно стало рассматриваться как нежелательное последствие, возникающие при оказании медицинской помощи врачом любого профиля.

Большую часть XX века этот термин использовался для обозначения психогенных болезней, возникающих от неосторожного высказывания врача. [5;165]

Впоследствии понятие ятрогении было расширено, и в настоящее время им охватываются заболевания и травмы, связанные с ошибочными действиями врача. [7;17]

О. Зайратьянц, Л. Кактурский и А. Верткин предлагают рассматривать ятрогению как нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти. Эти осложнения медицинских мероприятий могут развиваться в результате как ошибочных, так и правильных действий врача. [2;1]

Таким образом, ятрогению связывают с медицинским вмешательством – осуществлением профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Следовательно, включение в круг «ятрогенных преступлений» деяний, совершенных медицинскими работниками, но не являющихся по своей сути медицинским вмешательством, как, например, незаконное помещение в психиатрический стационар (ст. 128 УК РФ), незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ), и т.п., является необоснованным. Иной характеристикой понятия «ятрогения» является наступление нежелательных или неблагоприятных последствий. Следовательно, круг ятрогенных преступлений составляют деяния, обязательным признаком которых является наступление конкретных общественно опасных последствий, выраженных в наступлении

расстройства здоровья либо смерти пациента (например, деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, п. 3 ст. 123, ст. 124, ч. 2 ст. 235, ст. 236 УК РФ).

Дискуссионным является вопрос о том, может ли ятрогенное преступление быть совершено в форме бездействия. Исходя из того, что в настоящее время медицинская помощь оказывается в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, а при их отсутствии общепризнанными правилами и практикой, можно сделать вывод о том, что нарушение данных стандартов и правил может выражаться как в нарушении методики осуществления медицинского вмешательства, несвоевременном осуществлении медицинского вмешательства, так и в не проведении требуемых исследований, процедур и т.п., что повлекло причинение вреда здоровью пациента. Таким образом, включение деяний, совершаемых в форме бездействия, в круг ятрогенных преступлений представляется обоснованным.

Классификацию ятрогенных преступлений, совершаемых в сфере здравоохранении, проводили многие практикующие законодатели и представители науки уголовного права.

По мнению Крыловой Н.Е. преступления, которые совершаются медицинскими работниками, стоит подразделять на следующие группы: преступно-ненадлежащее оказание медицинской помощи (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 123 УК РФ) и преступное неоказание медицинской помощи(3), Что на наш взгляд является верным.

В свою очередь, Е.В. Червонных и А.Н. Варыгин предположили, что классификация рассматриваемых преступлений должна осуществляться так: 1) преступления в сфере лечебной и эстетической медицины (ст. 109, 118, ч. 4 ст. 122, ст. 124, 235 УК РФ); 2) умышленные преступления медицинских работников, которые используют свои профессиональные знания и навыки в качестве способа их совершения (ст. 105, 111, 112, 115, 120, 123, ч. 1 ст. 128, ст. 153 УК РФ); 3) должностные преступления медицинских работников (ч. 2 ст. 128, ст. 159, 160, 228, 229, 233, 285, 2851, 2852, 290, 292, 293 УК РФ); 4) иные преступления медицинских работников (ст. 163, 171, 248, 307 УК РФ)(1).

Классификацию ятрогенных преступлений через объект преступного посягательства предложил Н.А. Огнерубов: 1) преступления против жизни (ч. 1 ст. 105, п. «м» ч. 2 ст. 105, ч. 2 ст. 109, 124, 235 УК РФ); 2) преступления против здоровья (п. «ж» ч. 2 ст. 111, ст. 112, 115, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ст. 123, ч. 1, 2 ст. 124, ч. 1 ст. 235, ст. 120 УК РФ); 3) преступления против иных конституционных прав и свобод граждан (ч. 2 ст. 128, 137 УК РФ)(6).

В настоящий момент, действующий уголовный закон определяет ответственность медицинского работника за причинение по неосторожности смерти, тяжкого вреда, за заражение ВИЧ-инфекцией, неоказание помощи, за причинение смерти или вреда здоровью

по неосторожности при незаконном производстве аборта, либо при незаконном занятии частной медицинской практикой.

В июле 2018 года Следственный комитет Российской Федерации предложил добавить в Уголовный кодекс отдельные статьи, которые вводят ответственность за ятрогенные преступления.

Первая статья — «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» (124.1) — предусматривает в случае смерти пациента или причинения тяжкого вреда здоровью лишение свободы на срок до семи лет и запрет занимать определённые должности.

Вторая статья — «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи» (124.2) — предполагает принудительные работы или лишение свободы на срок до четырёх лет, а также запрет на занятие соответствующей деятельностью.

На основании вышеизложенного, можно сформулировать следующие выводы. Современный этап развития медицины характеризуется резким увеличением патологии лечения и диагностики, ятрогении превратились в серьёзную медико-социальную проблему, сопряжённую с жизненно опасными последствиями для больных. Интенсивная динамика в последние годы ятрогенных случаев серьёзно беспокоит общество.

Ятрогения – это медико-правовой термин, который приобретает уголовно-правовое значение, то есть, влечет за собой правовое последствие в случаях виновного нарушения правил и стандартов оказания медицинской помощи медицинскими работниками, вследствие чего наступают общественно опасные последствия (смерть или вред здоровью).

#### **Список литературы**

1. Варыгин А.Н. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, их предупреждение / А.Н. Варыгин, Е.В. Червонных. – М.: Юрлитинформ, 2013. – 200 с.
2. Зайратьянц О., Кактурский Л., Верткин А. и др. Болезни, порожденные врачом [Электронный ресурс] / О. Зайратьянц, Л. Кактурский, А. Верткин // Медицинская газета. – 2009. – 3 апреля (№ 24). – Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/%E2%84%96-54-%D0%BE%D1%82-23-%D0%> .
3. Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений./Н.Е. Крылова.- М.: Инфра-М,2006.-320 с.
4. Леонтьев О.В. Правовые аспекты деятельности врача лечебного профиля / О.В. Леонтьев // Главврач. – 2002. – № 7. – С. 38–47.
5. Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е.Э. К вопросу о ятрогенных заболеваниях // Научный вестник Национального медицинского университета им. Богомольца, 2009. — С. 164—169.

6. Огнерубов Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников: дис. ... канд. юрид. наук. / Н.А. Огнерубов. – М., 2014. – 171 с.
7. Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: Дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2006. с. 17-24. 18.

© Кальметьева А. А., 2019

Бакирова М.А.

## ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ 4П-МЕДИЦИНЫ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** Современное развитие здравоохранения диктует необходимость создания принципиально новой модели организации медицинской помощи 4П-медицины. 4П-медицина интегрирует в себе понятия персонализации (индивидуальный подход к каждому пациенту), предикции (выявление предрасположенности к развитию заболевания), превентивности (предотвращении появления заболеваний), партисипативности (мотивированного участия пациента). Для нормального существования данной концепции необходим пересмотр нормативной базы, регулирующей медицинскую деятельность в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** 4П-медицина, персонализированная медицина, предиктивная медицина, превентивная медицина, партисипативная медицина, правовое регулирование 4П-медицины.

Bakirova M.A.

## LEGAL PROBLEMS OF SYSTEM IMPLEMENTATION 4P-MEDICINE

Bashkir state medical university, Russia (Ufa)

**Summary:** Modern development of health care dictates the need to create a fundamentally new model of organization of medical care 4P-medicine. 4P-medicine integrates the concepts of personalization (individual approach to each patient), prediction (identification of predisposition to the development of the disease), prevention (prevention of diseases), participativity (motivated patient participation). For the normal existence of this concept, it is necessary to revise the regulatory framework governing medical activities in the Russian Federation.

**Keywords:** 4P-medicine, personalized medicine, predictive medicine, preventive medicine, participatory medicine, legal regulation of 4P-medicine.

Актуальность. Основным критерием экономического развития и развития общества в целом в любом государстве является здоровье его граждан. Те проблемы, которые в последнее время встают перед медициной, требуют создания новой модели организации медицинской помощи, которая включала бы в себя ряд существенных принципов, таких как:

- 1) индивидуальный подход к определенному пациенту - персонализация;
- 2) определение предрасположенности к развитию заболеваний – предикция;
- 3) предотвращение появления заболевания - превентивность;

4) активность и мотивированное участие пациента - партисипативность.

Медицину, основанную на вышеперечисленных принципах, именуют 4П-медициной. Ее основная концепция заключается на индивидуальном здоровье человека, основанном на раннем, доклиническом выявлении заболеваний, то есть на этапе прогнозирования и осуществления в последующем превентивных мероприятий, обеспечивающих снижение показателей заболеваемости населения и позволяющих существенно сокращать расходы на лечение людей, уже заболевших.

Цель исследования. Главная идея этой концепции – использовать все возможности, которыми располагает современная фундаментальная наука, для оздоровления конкретного пациента. Однако, как и при других нововведениях, данное, требует пересмотра нормативно-правовых актов, регулирующих медицинскую сферу. Таким образом, повсеместное внедрение новой модели организации медицинской помощи на правовом уровне, на наш взгляд, поможет существенно повысить эффективность лечения пациентов на всей территории российского государства.

Материалы и методы. В приведенном исследовании использовалось актуальное российское законодательство.

Результаты и обсуждение. Обладая знаниями об индивидуальных особенностях генома человека, врач может выделить факторы риска и определить степень вероятности развития какого-либо заболевания. Для реализации данного принципа нам понадобится такой документ, как генетический паспорт, представляющий из себя своего рода комплексный генетический тест, на основе которого возможно проанализировать тысячи генов, ответственных за здоровье конкретного человека, его долголетие, особенности диеты, возможные реакции на прием лекарств и даже - таланты, происхождение.

На основе полученного ДНК - профиля специалисты могут персонально разрабатывать рекомендации по профилактике заболеваний, диете и образу жизни. [3].

В марте этого 2019 года президент Российской Федерации Владимир Путин подписал указ «Об основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности», где говорится о создании генетических паспортов для россиян до 2025 года.

В связи с этим возникает ряд правовых вопросов, которые нужно будет решить:

- необходимость регулирования процедуры оформления генетических паспортов;
- необходимость внесения изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- обеспечение финансирования данного нововведения.



Краеугольный камень данной концепции – индивидуализация лекарственной терапии. Реакция на лекарственный препарат, его доза, класс, режим применения определяются генетическими детерминантами. Индивидуальная реакция на лекарственный препарат зависит от множества факторов, таких как: пол, возраст, вредные привычки, характер питания и т. д. [1].

Тем не менее, большой процент неблагоприятных фармакологических реакций зависит от генетических особенностей человека [2]. Вследствие, при подборе лечения, генетический тест станет необходимой процедурой.

Проанализировав результаты генетического теста, врачи смогут подобрать индивидуальные алгоритмы режима лечения и приема лекарств.

Это и будет являться первым основанием для пересмотра законодательства Российской Федерации. А именно: Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ [5] и Федерального закона от 12.04.2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [6].

Наряду с этими изменениями, ожидается, что в скором времени большая часть работы с пациентами будет происходить удаленно и с помощью автоматизированной техники.

Работать такая модель медицинских услуг сможет только при изменении ряда проектов. Для хранения данной информации необходимо будет создать базы данных и нанять специальную IT- службу [4].

В соответствии со ст.13 ФЗ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – «Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей»

Поэтому, при хранении информации, которая по законодательству является врачебной тайной, необходимо будет установить должный контроль со стороны государства. Провести ряд мероприятий по должной защите баз данных от хакерских атак, переработать нормативные акты, создать уполномоченные структуры, внести поправки и санкции в административный и уголовный кодексы.

В России Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 года № 2580-р принцип персонализации медицины включен в Стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. [7].

В рамках утвержденного председателем Правительства Российской Федерации (Резолюция № ДМ-П8-5 от 03.01.2014 года) Прогноза научно-технологического развития России на период до 2030 г. отмечено, что персонализированная медицина является перспективной моделью развития здравоохранения в России [3].

Выводы. При правильном использовании данной системы медицины, можно сократить расходы на медицинскую помощь, благодаря правильно поставленному диагнозу и тактике лечения. В настоящее время 4П-медицина позволяет значительно расширить возможности, однако это потребует большого усилия со стороны государства и общества, так как изменения коснутся, в том числе и законодательных актов.

#### **Список литературы**

1. Пальцев М.А. Персонализированная медицина // Наука в России. 2011. № 1. С. 12-17.
2. Пальцев М.А., Н.Н. Белушкина, Е.А. Чабан. 4П-медицина как новая модель здравоохранения// Вестник. 2015. № 2. С. 10-14.
3. Л.М. Гохберг. Прогноз научно-технического развития России 2030. М: 2014 г. – С. 153.
4. Quaglini S., Sacchi L., Lanzola G., Viani N. Personalization and Patient Involvement in Decision Support Systems: Current Trends // Yearb Med. Inform. 2015. Vol. 10 (1). P. 106-118.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. Федеральный закон от 12.04.2010 г. N 61-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об обращении лекарственных средств» [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2580-р [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

© Бакирова М.А., 2019

Галина Г.Г.

**ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАПРЕТА ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**  
**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в статье рассматриваются случаи из жизни женщин по всему миру, вошедших в сложное положение, связанное с запретом аборта в их стране, отношение людей к абортам в истории.

**Ключевые слова:** аборт, запрет аборта, охрана женского здоровья, виды аборта, нелегальный аборт.

Galina G.G.

**THE CONSEQUENCES OF THE PROHIBITION OF ARTIFICIAL ABORTION**  
**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** the article discusses cases from the lives of women around the world who have entered a difficult situation related to the prohibition of abortion in their country, the attitude of people to abortion in history.

**Key words:** abortion, prohibition of abortion, protection of women's health, types of abortion, illegal abortion.

Введение и актуальность: аборт (от лат. *abortus* — «выкидыш») — искусственное прерывание беременности. Аборты в России разрешены закреплено федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и входят в систему обязательного медицинского страхования. Прерывание беременности может совершаться по желанию женщины (на сроках до 12 недель), по социальным показаниям (на сроках до 22 недель), а также по медицинским показаниям (на любом сроке).

На тему абортов в настоящее время ведутся острые дискуссии. Встают разные социальные, этические, моральные, религиозные и прочие вопросы. Мы бы хотели разобраться в этой теме.

Цели: выявить виды абортов, найти реальные примеры женщин и девочек, на которых повлиял запрет на прерывание беременности, разобраться в надобности аборта.

Материалы и методы: анализ литературы и интернет-ресурсов.

Результаты и обсуждения: Аборты делятся на безопасные и опасные. Безопасные аборты проводятся квалифицированным персоналом в медицинских учреждениях и не несут ущерб здоровью женщины. Небезопасные же чаще проводятся в странах с низким уровнем развития, где запрещены аборты. Этот запрет не сокращает количество абортов, все они делаются подпольно, что приводит к многочисленным смертям. При домашнем обрывании

беременности женщины использовали страшные методы: вводили острые предметы во влагалище, принимали кипящие ванны, прыгали с крыш домов, употребляли ядовитые вещества. По статистике ООН, 225 млн женщин мира не имеют возможности воспользоваться контрацепцией, а нелегальные аборты забирают ежегодно жизни 47 000 женщин.

В языческой античности аборт являлся довольно частым явлением, т.к. младенец считался человеком только после того, как отец провозгласит его членом семьи во время определенных обрядов.

Такие великие философы, как Платон и Аристотель считали, что если беременность считается нежелательной, можно избавиться от плода, когда как в первой версии клятвы Гиппократ, датированной в то же время (5 в. до н.э.), видно совершенно противоположное мнение: «не вручу никакой женщине абортивного пессария».

Аборт в России до 1920 года являлся преступлением. В XVII веке указом царя Алексея Михайловича искусственное прерывание беременности было приравнено к детоубийству, и наказанием за него являлась смертная казнь. Впоследствии она была отменена Петром I в 1715 году. В 1845 году наказание за «преступное плодоизгнание» было регламентировано в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных. Согласно 1462-й статье уложения, виновными являлись как проводивший аборт (при этом наличие у него медицинского образования рассматривалось как отягчающее обстоятельство), так и сама беременная. Наказанием за аборт являлись каторжные работы сроком от 4 до 10 лет для врача, и ссылка либо тюремное заключение на срок от 4 до 6 лет для женщины. На рубеже XIX и XX веков медицинское сообщество и юристы Российской империи начали высказываться за легализацию абортов, повышение их безопасности и распространение контрацепции. В частности, обсуждалась эта проблема на третьем (в 1889 году) и 12-м (в 1913 году) съездах Пироговского общества. При этом правоприменительная практика наказаний за аборт была невелика: к примеру, в период с 1910 по 1914 год во всей Российской империи было вынесено только 139 приговоров за аборты. Аборты в дореволюционной России практиковались преимущественно не профессиональными врачами, а представителями народной медицины — в первую очередь, бабками-повитухами, которые занимались абортами, помимо принятия родов. В 1920 году Советская Россия стала первой страной в мире, в которой аборты стали законными. Легализация произошла согласно постановлению Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции от 16 ноября 1920 года «Об искусственном прерывании беременности». В 1924 году на аборты были наложены ограничения. Они могли совершаться только в случае угрозы жизни или здоровью женщины, либо в случае наступления беременности в результате изнасилования. Каждый

случай отдельно рассматривался специальной комиссией, без утвердительного решения которой прерывание беременности было запрещено. В 1926 году эти ограничения были сняты, однако тогда же были полностью запрещены аборт при первой беременности, а также для женщин, сделавших аборт менее полугода назад. В 1930 году аборт в СССР стали платными. 27 июня 1936 года вышло постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родительных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и некоторые изменения в законодательство о разводах», согласно которому аборт в стране снова были криминализированы, что обосновывалось неблагоприятной демографической ситуацией и необходимостью повышения рождаемости. Исключение составляли только аборт по медицинским показаниям. Уголовной ответственности за аборт подлежали как лицо, проводившее аборт, так и сама пациентка. Несмотря на запрет, в стране стала распространяться практика нелегальных абортов, и в период с 1937 по 1940 год было зарегистрировано более миллиона случаев. И среди людей, производивших аборт, профессиональные врачи и медсестры составляли менее четверти. Выросла смертность от абортов, а положительного воздействия на рождаемость запрет абортов не оказал. Народный комиссариат здравоохранения СССР, после прошедшего 16 августа 1945 года заседания по вопросу о мероприятиях по борьбе с аборт, пытался проводить борьбу с абортами путём проведения разъяснительной работы среди населения, а также поощрения многодетных семей. Но эффективность этих мер себя не оправдала. В 1950-е годы государственная политика в отношении абортов начала смягчаться. В 1951 году был расширен список медицинских показаний к прерыванию беременности, а в 1954 году — отменена уголовная ответственность за нелегальный аборт для пациенток. В 1990 году, по данным Министерства здравоохранения СССР, в РСФСР было зарегистрировано 3,92 миллиона абортов. После этого число абортов в России начала снижаться. В 1999 году, по различным данным (от Минздрава и Росстата), в стране было проведено уже около 2 миллионов абортов. При этом количество абортов относительно родов в середине 1990-х годов выросло, достигнув отметки в 235 абортов на 100 родов в 1993 году, и затем также начав снижаться. Характер изменений в число абортов в постсоветские годы (при которых она стала снижаться несмотря на падение уровня жизни в стране) объясняется замещением аборта планированием семьи. В 2007 году впервые с 1950-х количество родов превысило количество абортов: на 100 родов в тот год пришлось 92 аборт. Разрыв между этими показателями стал с каждым годом увеличиваться, в 2012 году составив уже 56 абортов на 100 родов. По данным

Минздрава, в 2012 году в стране было зарегистрировано 935,5 тысяч аборт, а в 2017 году — 627,1 тысяч

До декабря 2017 г. Аборты в Ирландии были запрещены даже в случаях изнасилования, инцеста или патологии плода. В Дублине женщине отказали в проведении искусственного прерывания беременности, даже если ребенку был поставлен диагноз фатальной аномалии плода, говорили, что у него все еще прослушивалось сердцебиение. Об этом сообщает ВВС. Савита Халаппанавар жаловалась на сильные боли в пояснице, у нее отошли воды, она страдала от приступов озноба и тошноты. 28 октября 2012 г. Савита Халаппанавар скончалась на больничной койке. Эта смерть вызвала массовые демонстрации в защиту аборт. На многих плакатах можно было видеть надпись: «И у нее билось сердце».

В конце февраля этого года в Аргентине 11-летней девочке сделали кесарево сечение после того, как ее изнасиловал 65-летний любовник ее бабушки. Родители девочки и местные активисты утверждают, что власти затянули с разрешением на аборт. В Аргентине аборты запрещены, кроме случаев изнасилования, что и произошло с Люсией. Девочку отдали под опеку бабушки, после случаев изнасилования ее сестер любовником матери. Люсия узнала о своей беременности на 19 неделе, после этого решив, что ей нужен аборт. Мать была согласна с мнением дочери. Решение должна была принять бабушка, но ее лишили права опекуна. Не смотря на требования родителей и активистов, власти решили, что девочка не хочет прерывать беременность. Как пишет The Guardian, Люссия говорила своим психологам, что хочет «вытащить то, что в нее положил старик». После 23 недель и двух попыток самоубийства, жертва получила судебное разрешение на аборт, однако медицинские работники оказали в этой услуге, сославшись на личные принципы. Когда наконец нашлся доктор, согласившийся сделать аборт, выяснилось, что это может навредить здоровью беременной. Ей сделали кесарево. Ребенок находился в инкубаторе и не выжил.

По статистике, каждый год в Аргентине проводятся около 450 тысяч нелегальных аборт.

В штате Огайо власти преследовали изнасилованную 11-летнюю девочку и угрожали ей тюремным сроком. Как сообщают The Mirror, девочку похитил, незаконно удерживал и насиловал 26-летний Хуан Леон-Гомез. О преступлении доложил сосед обвиняемого. После освобождения оказалось, что жертва беременна. Она хотела удалить плод, но ей в этом отказали, ибо за проведение аборта после шестой недели шла уголовная ответственность, законодатели не сделали исключение и для жертв изнасилования и инцеста. Любые нетерапевтические манипуляции, в том числе и прием лекарственных препаратов, считаются

незаконными. Плод, у которого прослушивается сердцебиение, считается полноценным гражданином США, имеющим те же права, что и рожденные дети.

Также в США женщине отказали в праве на аборт после постановки ее плоду диагнозу анэнцефалии. Этой историей поделился анонимный врач в журнале «Annals of Internal Medicine» в своем эссе «The Myth of Choice». Неназванная женщина жаловалась на сильные боли, но ей оставалось только идти домой. Преждевременные роды закончились смертью плода, женщине требовалась психологическая помощь. Судя по некоторым данным, женщина живет очень бедно, а также не знает английский.

В штате Алабама 27-летняя Марша Джонс была обвинена присяжными округа Джифферсон за преднамеренное убийство эмбриона. Женщина потеряла плод в результате стрельбы в Плезант-Гров 4 декабря 2018 г. Первоначально обвинили стрелявшую, но обвинение сняли.

16 мая этого года Губернатор штата Алабама подписал закон о запрете аборт, даже в случаях изнасилования и/или инцеста.

Выводы:

1) Право на аборт должно быть естественным правом женщины, ибо запрет лишает ее возможности решать самостоятельно за себя и свое тело, дегуманизирует и ограничивает ее свободу.

2) Запрет на аборт не уменьшает количество аборт, а увеличивает число нелегальных подпольных практик, приводящих к многочисленным смертям женщин.

#### Список литературы

1. Электронный ресурс: <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
2. Электронный ресурс: <https://medportal.ru/mednovosti/news/2017/06/13/679abortion/>
3. Электронный ресурс: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
4. Электронный ресурс: [https://www.goodhouse.ru/family\\_and\\_children/istorii-lyudey/v-sshaznasilovannaya-11-letnyaya-devochka-ne-smozhet-sdelat-abort-iz-za-ugrozy-ugolovnogo-presledovaniya/](https://www.goodhouse.ru/family_and_children/istorii-lyudey/v-sshaznasilovannaya-11-letnyaya-devochka-ne-smozhet-sdelat-abort-iz-za-ugrozy-ugolovnogo-presledovaniya/)
5. Электронный ресурс: <https://www.bbc.com/news/world-europe-46912545>
6. Электронный ресурс: <https://rtvi.com/stories/v-argentine-11-letney-devochke-sdelali-kesarevo-sechenie-posle-iznasilovaniya/>
7. Электронный ресурс: <https://annals.org/aim/fullarticle/2735232/myth-choice>
8. Электронный ресурс: <https://www.theguardian.com/us-news/2019/jun/27/alabama-pregnant-woman-shot-manslaughter-charge-marshae-jones?/>

© Галина Г.Г., 2019

Дюскина В.А., Колесников В.А.

## ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ И СКАЗКОТЕРАПИЯ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме:** В настоящей статье рассматривается влияние домашнего насилия на психику несовершеннолетнего ребенка, его защитные механизмы, а также роль сказкотерапии при реабилитации ребенка.

**Ключевые слова:** домашнее насилие, ребенок, сказкотерапия.

Dyuskina V.A., Kolesnikov V.A.

## DOMESTIC VIOLENCE AND FAIRY TALE THERAPY

Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia(Ufa)

**Abstract:** This article discusses the impact of domestic violence on the psyche of a minor child, its protective mechanisms, as well as the role of fairy tale therapy in the rehabilitation of the child.

**Key words:** domestic violence, child, fairy tale therapy.

Проблема домашнего насилия и сопряженными с ней психологическими проблемами остро стоит не только перед Российской Федерацией, но и перед всем мировым сообществом. Латентность данных правонарушений сегодня является неоспоримым фактом.

До начала 2017 года статистика преступлений в семье неуклонно росла. В 2012 году Министерством внутренних дел было зарегистрировано 34 тысячи жертв домашнего насилия, в 2014-м – 42,8 тысячи, а в 2016-м – уже 65,5 тысяч. В 2017-м число потерпевших от домашней преступности внезапно упало с 65,5 до 36 тысяч человек. Снижение произошло после того, как в январе 2017 года Государственная Дума Российской Федерации частично декриминализовала побои в отношении близких людей.

Можно констатировать, что значительная часть жертв домашнего насилия – женщины и несовершеннолетние, которые в силу зависимого положения, страха не могут обратиться в правоохранительные органы и защитить себя. Если женщины, подверженные насилию со стороны членов семьи, способны объективно оценить обстановку, могут повлиять на исход очередного скандала, то, что происходит с несовершеннолетними детьми?

Говоря о стрессовой ситуации в семье, следует упомянуть механизмы защиты, благодаря которым ребёнок способен избежать психологических травм.

Основоположник психоанализа Зигмунд Фрейд выделял следующие психологические механизмы защиты: вытеснение, подавление, регрессия, проекция, интроекция, рационализация, компенсация, реактивные образования, отрицание реальности. В условиях



несформировавшегося характера, взросления и становления личности следует учитывать и другие факторы, выделяя некоторые особенности психологической защиты ребёнка.

Впервые психологические механизмы защиты детей описал последний ребенок упомянутого выше деятеля Анна Фрейд, которая рассматривала их в рамках врождённых и приобретённых особенностей. Анна Фрейд выделила три группы защитных механизмов – перцептивные, интеллектуальные и двигательные. Данные механизмы искажают реальность в глазах ребёнка и ослабляют его эмоциональное напряжение [2].

По мнению Ж. Лапланша механизмы психологической защиты с одной стороны мешают нормальному развитию личности ребёнка, оказывают тормозящее воздействие, а с другой стороны – благодаря им ребёнок огорожен от внешних воздействий, в том числе социальных [3].

3. Фрейд говорил о том, что вытеснение – самый распространённый способ человека избежать психотравмирующих воздействий [5; 8].

Работа психолога, работающего с подобной проблемой строится в зависимости от того, как долго ребёнок подвергался домашнему насилию со стороны близких ему людей [6]. В современной психологии существует множество методов для восстановления и реабилитации несовершеннолетнего: беседа, консультирование, проведение диагностики посредством различных терапий и тестирования [4].

Для наиболее продуктивной работы по реабилитации ребёнка психологу следует начать свою работу с беседы, опосредованно выявляя длительность воздействия, уровень психического здоровья ребёнка, планирует дальнейшие действия по работе с проблемой.

Одним из таких методов выступает сказкотерапия. Буквально термин «сказкотерапия» означает «лечение сказкой». Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева определяет сказкотерапию как совокупность способов передачи информации о душевном состоянии человека, о его природе. Она считает, что сказкотерапия – это открытие тех знаний, которые живут в душе и являются в данный момент психотерапевтическими [1].

Сказкотерапия проводится различными способами. Выбирая способ проведения сказкотерапии психолог должен руководствоваться определёнными факторами: возраст ребёнка, его уровень развития (сможет ли придумать сказку), его степень доверия к психологу (способен ли он рассказать сказку или поговорить о предложенной психологом сказке открыто и не стесняясь).

Первый способ проведения терапии – зачитывается заранее подобранная психологом сказка, и ребенок связывает свою роль в семье с определённым героем сказки. Основываясь на специальных знаниях, психолог делает выводы и развивает диалог с несовершеннолетним ребёнком, выявляя закономерности защитных механизмов [7].

Следующим способом проведения сказкотерапии выступает предоставление возможности ребёнку самому придумать сказку: выдумать главных героев, описать их характеры и черты (психолог определяет корреляцию с членами семьи несовершеннолетнего), выбрать определённый сценарий сказки (психолог выявляет типичную ситуацию в семье, линии поведения ребёнка и других членов семьи).

Мы считаем, что проведение сказкотерапии выступает самым оптимальным способом выявления психического состояния несовершеннолетнего ребёнка, подверженного домашнему насилию. Этот вариант терапии предполагает выявить те скрытые психотравмирующие факторы, которые ребенок подавил в себе.

Современная наука говорит о том, что те вещи, которые остаются в человеке не проработанными, обязательно влияют на качество жизни и на психологическое здоровье человека, в частности, если человек с еще не сформировавшимся характером. Поэтому если мы хотим искоренить печальные последствия домашнего насилия в психике ребёнка, следует активно применять сказкотерапию при реабилитации ребенка.

#### **Список литературы**

1. А.Фрейд «Психология Я и защитные механизмы» М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 144 с.
2. Асянова С.Р. Притча как метод духовно-нравственного воспитания законопослушных участников дорожного движения // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2018. № 2. С. 137-143.
3. Асянова С.Р., Храмова К.В. Психолого-педагогические методы профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 1 (83). С. 81-86.
4. Гарифуллин И.Р. Криминалистическая характеристика убийств, совершенных с особой жестокостью несовершеннолетними // В сборнике: Криминалистические проблемы эффективности борьбы с преступностью и иными правонарушениями среди молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Л.Л. Каневского. 2019. С. 122-125.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т. Основы сказкотерапии - М.: 2005.
6. Лапланш Ж. «Словарь по психоанализу» М: Высшая школа, 1996.
7. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект. Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.
8. Харисова З.И. Международно-правовые основы информационной безопасности в Целях устойчивого развития / Правовое обеспечение развития социального государства в свете

целей устойчивого развития: сборник материалов Международной научно-практической конференции (Уфа, 12–13 ноября 2018 г.): в 2 ч. Ч. 2. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2018. – С. 103-106.

© Дюскина В. А., Колесников В.А., 2019

Гафарова Л.Т., Ефремова У.С., Панченко В.А.

## ИСТОРИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭВТАНАЗИИ И ОТНОШЕНИЕ К НЕЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** в статье рассматриваются особенности развития и виды ассистированной смерти, вопросы о целесообразности данной процедуры, отношение современных людей к эвтаназии. На основе анализа научной литературы и интернет-ресурсов изучен процесс осуществления данной процедуры в зарубежных странах, где эвтаназия узаконена. Для выяснения отношения современных людей к ассистированной смерти было проведено закрытое анкетирование, респондентами стали 242 человека. Анализ результатов показал, что отношение общества к эвтаназии по большей части положительное.

**Ключевые слова:** эвтаназия, история эвтаназии, отношение к ассистированной смерти, исторические и современные виды, развитие эвтаназии в зарубежных странах и странах СНГ.

Gafarova L. T., Efremova U. S., Panchenko V. A.

## HISTORY OF EUTHANASIA AND ATTITUDE TO IT IN THE MODERN WORLD

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** the article discusses the features of development and types of assisted death, questions about the appropriateness of this procedure, the attitude of modern people to euthanasia. On the basis of the analysis of scientific literature and Internet resources the process of implementation of this procedure in foreign countries where euthanasia is legalized is studied. To clarify the attitude of modern people to assisted death, a closed questionnaire was conducted, the respondents were 242 people. Analysis of the results showed that the attitude of society to euthanasia for the most part positive.

**Key words:** euthanasia, history of euthanasia, attitude to assisted death, historical and modern types, development of euthanasia in foreign countries and CIS countries.

**Введение и актуальность:** Ассистированная смерть (эвтаназия) - преждевременное лишение жизни пациента путём медицинского вмешательства. Эвтаназия является одной из острых проблем современности и вызывает споры и разногласия в обществе с давних времен. На сегодняшний день многие государства не только пересматривают отношение к данной процедуре, но и смягчают законодательство, создавая законопроекты о легализации ассистированной смерти. Отсюда возникает вопрос о целесообразности проведения данной процедуры. Несмотря на то, что данный вопрос является предметом дискуссий уже на

протяжении не одного столетия, общество так и не пришло к единому мнению. И проблема осуществления эвтаназии остается актуальной.

Цель: проследить процесс развития эвтаназии, показанный на примере зарубежных стран и России, на основе анализа исторических источников и нормативных документов, сопоставить аргументы сторонников и противников эвтаназии, выяснить отношение современных людей к ассистированной смерти, сформулировать выводы.

Материалы и методы. Для достижения поставленных целей были использованы метод анализа исторических данных и социологический метод. Для выяснения отношения современных людей к эвтаназии, мы составили авторскую анкету, которая включила в себя ряд закрытых вопросов, касающихся эвтаназии. Респондентами стали 242 человека в возрасте от 13 до 65 лет, среди которых 22,7% (55/242) мужского пола, 77,3% (187/242) женского пола. Средний возраст респондентов составил 23,56. Сбор данных проходил дистанционным способом посредством использования платформы «Google формы». Для статистической обработки данных были применены пакет программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения: Непосредственно сам термин «эвтаназия» ввел английский историк и философ Ф. Бэкон. Данный термин изначально использовался для обозначения легкой и безболезненной смерти, однако в последующем он стал обозначать в большей степени не саму «благую» смерть, как факт, а ее причинение[4]. Ф. Бэкон в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» размышляет над проблемой неизлечимо больных. По мнению философа, врач должен не только делать все возможное для облегчения состояния больного и его выздоровления, но и в случаях невозможного улучшения и выздоровления предоставить больному возможность безболезненного ухода из жизни[6]. Одним словом, эвтаназия может быть совершена только в отношении того человека, который сам изъявляет желание прекратить свои мучения, при условии невозможности лечения и улучшения его состояния. Однако на практике все гораздо сложнее, так как в странах, где эвтаназия разрешена законодательством, достаточно часто нарушается, главное условие осуществления эвтаназии – наличие воли пациента. В ряде случаев происходит отключение больных, находящихся без сознания, от аппаратов искусственного обеспечения жизни с согласия их родственников. Кроме того, не всегда заключения врачей в отношении пациента являются достаточно корректными и имеющими все основания для проведения эвтаназии.

Следует отметить, что наличие желания пациента не дает права на осуществление процедуры без документального подтверждения отсутствия психических отклонений у больного. Однако даже при выполнении данных условий родственники и врачи, осуществившие эвтаназию, нередко подвергаются осуждению со стороны общества и

судебным разбирательствам. Вышеописанная ситуация нашла отражение в романе английской журналистки Джоджо Мойес «До встречи с тобой».

Другой вопрос – осуществление эвтаназии в отношении новорожденного, имеющего ряд серьезных отклонений. Очевидно, что сам ребенок находится на такой стадии развития, когда не может принимать никаких самостоятельных решений, а, следовательно, не может изъявить желание на совершение в его отношении эвтаназии[5].

Свое начало эвтаназия берет в глубокой древности. В некоторых первобытных племенах существовал обычай, согласно которому умерщвляли больных людей, находящихся в преклонном возрасте. В Спарте практиковалось убийство в отношении слабых младенцев, а в эпоху Средневековья было принято умерщвлять тяжело раненых на поле боя. В своей работе академик А.В. Петровский пишет о существовании специально выделенных людей, которые избавляли от мук раненых, используя кортик, при этом смерть наступала мгновенно. Сам кортик носит название «мизерикордия», что в переводе на русский язык означает «милосердие». Совершавшиеся действия считались убийством из милосердия. Кроме того, примеры массовой эвтаназии мы можем наблюдать во времена эпидемии чумы. Когда в период правления Наполеона неизлечимо больных французских солдат было приказано умерщвлять отравленными продуктами питания. Об этом А.М. Моль пишет в своей работе о врачебной этике. В свою очередь, известный утопист, философ, писатель-гуманист Томас Мор пишет, о необходимости создания в будущем лечебных заведений, где будут заботиться о смертельно больных людях. В то же время, по мнению философа, больные, испытывающие непрерывные мучения, должны согласиться на смерть, поскольку они являются обузой для окружающих и сами испытывают страдания. Причем возможность добровольного ухода из жизни предлагается таким больным со стороны священника или властей. Так была высказана идея эвтаназии, как гуманное и правомерное действие в обществе будущего.

В 1939 году Адольфом Гитлером был подписан указ, в соответствии с которым эвтаназии должны были подвергаться психически больные люди, неизлечимо больные, младенцы, имеющие какие-либо отклонения в развитии, инвалиды, а также люди, болеющие более 5 лет и др. По его мнению, все вышеперечисленные являются неполноценными, недостойными жизни. Несмотря на попытки скрыть от населения факт массовых умерщвлений, в стране росло недовольство, и в 1941 году программа была закрыта (хотя убийства все равно продолжались)[7].

В 30-х годы XX века в ряде западных стран были созданы первые общественные объединения, которые поддерживали эвтаназию. А в 1935 году в Лондоне под руководством лорда Б. Монингана (английского хирурга) было основано Общество добровольной

эвтаназии (первое в мире). При этом по положению Voluntary Euthanasia Society умерщвлять можно было взрослого неизлечимо больного человека в соответствии с его желанием.

В дальнейшем общества по поддержке эвтаназии создавались во многих странах, в том числе в 1938 году в США – «Общество за право умереть», которое в 1967 году было переименовано и стало именоваться «Заботой об умирании». В конце 80-х гг. XX века также создается Всемирная Федерация Обществ по поддержке эвтаназии.

На сегодняшний день существуют два вида ассистированной смерти: активная, при котором больному вводят препарат, приводящий к преждевременному летальному исходу, и пассивный, суть которого заключается в прекращении вмешательства в лечении пациента со стороны медицинских работников.

Нидерланды - первое государство, где эвтаназия была узаконена (1992 год)[8]. Затем ассистированную смерть легализовали в Бельгии, Швейцарии, Люксембурге, некоторых штатах США (например, Калифорния, Орегон), в Канаде[9]. Однако данной процедуре предшествует длительный подготовительный процесс. В первую очередь, учитываются желания больного: осознанные, настойчивые просьбы о проведении эвтаназии. Вторым условием является информированность больного о процедуре, последствиях эвтаназии и согласие родственников. В-третьих, необходимо подтверждение консилиума специалистов-медиков о невозможности спасти больного или облегчить его страдания. В-четвертых, суд должен вынести решение о возможности проведения эвтаназии. Следует отметить, что в разных странах условия для проведения данной процедуры могут отличаться. Например, в Бельгии процесс может занимать около 3 месяцев. Пациент должен подать 2 нотариально заверенные просьбы, которые рассматриваются специальной комиссией. Если при проверке медицинских заключений, документов не выявлено нарушений и методик, которые могли бы улучшить состояние больного, выносится решение, направляемое в суд. После рассмотрения дела судьей и подтверждения заявления комиссии больного информируют об удовлетворении его просьбы. Еще одним обязательным условием является присутствие лечащего врача. Стоимость эвтаназии не закреплена в законе, регулирующем проведение данной процедуры, поскольку включена в страховку гражданина. Единственное, необходимо приобрести набор стоимостью 60-70\$, покупку которой может осуществить только лечащий в течение длительного времени врач, в целях пресечения самоубийств.

В Швейцарии проведением эвтаназии занимаются две некоммерческие организации: «Dignitas» и «Exit». По данным «Dignitas», прежде чем осуществить данную процедуру, специалисты беседуют с пациентом, которые оценивают его психическое состояние. Если состояние удовлетворительное, к процессу подключается врач, который принимает решение о выдаче соответствующего препарата. После чего решение согласовывается с членом

организации «Digitas». Если решение не меняется, то организация выбирает двух свидетелей, которые обязаны присутствовать при проведении эвтаназии. Ранее обязательным условием было снятие процесса на видео, но от этой практики отказались. Стоимость эвтаназии варьирует от 3 до 7 тысяч евро, но государство может выдать грант на данную процедуру. Если в Бельгии эвтаназию проводят только больным с бельгийским гражданством, то в Швейцарии в местном законодательстве нет никаких ограничений. По данным «Digitas», в 2010 году услугой эвтаназии воспользовалось 97 человек из 1138 запросов, в 2015 году - 222 из 2127, в 2018 году - 221 из 2771. Таким образом, число смертельных процедур из года в год увеличивается, при этом большая часть людей, выбравших эвтаназию - онкобольные[10].

В таких странах, как Германия, Израиль, Швеция, Мексика, Франция активная эвтаназия запрещена, но пассивная практикуется. В странах СНГ эвтаназия запрещена законодательно.

В соответствии с законодательством Российской Федерации осуществление данной процедуры приравнивается к убийству (часть 1 статьи 105 УК РФ)[2]. Однако федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает и отказ гражданина от медицинского вмешательства, что напоминает пассивную форму эвтаназии[3]. Кроме того, принуждение пациента согласно Конституции РФ, противоречит праву на личное достоинство, неприкосновенность, свободу(ст.21-22) [1]. Так, запрещена ли пассивная эвтаназия в России? В законодательстве нет точного ответа на вопрос, однако данную процедуру можно осуществить без уголовных последствий, например, отказ онкобольного от проведения операции, химиотерапии.

На сегодняшний день в России не планируют разрабатывать проект о легализации эвтаназии. Это связано с тем, что общество не готово к манипуляциям такого рода, в руках недобросовестных лиц, данный процесс может стать орудием убийства. Кроме того, предоставление медицинским работникам права убивать - позволяло бы скрыть халатность медицинского персонала. Эвтаназия также противоречит сути медицины, ведь главной задачей врача является лечение пациента, оказание помощи, спасение жизни. Самоубийство, узаконенное государством, дает право на смерть, что категорически противоречит праву на жизнь. В религии лишение человека жизни является грехом. Однако есть и исключения, например, индуисты и сикхи, несмотря на отрицание ассистированной смерти, позволяют самостоятельно покончить жизнь самоубийством.

Нельзя сказать, что отсутствуют сторонники эвтаназии. В 2007 году в России пытались подготовить законопроект, согласно которому данная процедура становилась легализованной. Аргументами сторонников являлось гуманное отношение к человеку, ведь гражданин сам в праве распоряжаться своей судьбой, он имеет право избавить себя от



страданий, избавить родных от моральной, физической нагрузки; с экономической стороны высокие затраты на лечение и поддержание жизни тяжелобольных могут быть использованы для лечения остальных пациентов. Однако законопроект подвергся критике со стороны общества и официально не был принят.

Для выяснения отношения современных людей к эвтаназии была составлена авторская анкета. При анализе было выявлено, что 79,3%(192/242) хорошо понимают значение термина «эвтаназия», 9,9%(24/242) слышали термин, но не понимают его значения и 10,7%(26/242) не знают значение термина «эвтаназия» и не слышали о нем. Из опрошенных 44,6%(108/242) относятся нейтрально, 16,9%(41/242) относятся отрицательно и 38,4%(93/242) относятся положительно. При этом не прослеживается зависимости возраста или сферы деятельности респондента и его отношения к эвтаназии. Кроме того, 12,4%(30/242) считают применение эвтаназии аморальным, 62,8%(152/242) придерживаются противоположной точки зрения и 24,8(60/242) не смогли дать ответ на вопрос, считают ли они применение эвтаназии аморальным. На вопрос: «Разрешена ли эвтаназия в России», - только 62%(150/242) правильно ответили, что данная процедура в нашей стране запрещена. 33,9%(82/242) не знают ответ на этот вопрос и 4,1%(10/242) уверены, что в России разрешено применение эвтаназии. При этом, 18,7%(/242) убеждены, что эвтаназия может быть применена в большей части стран мира, 16,6%(40/242) – «добровольная смерть» разрешена в меньшей части стран мира, 4 респондента (1,7% от общего числа опрошенных) ответили, что эвтаназия разрешена во всех странах мира. Чуть больше половины опрошенных - 59,4%(144/242) ответили, что применение эвтаназии разрешено только в некоторых странах, из них 18 человек уверены, что и там по факту она не применяется, несмотря на официальное разрешение. И 3,3%(8/242) убеждены, что эвтаназия запрещена во всех странах мира.

Выводы: 1) Вопрос о целесообразности эвтаназии является актуальной проблемой в жизни общества. 2) Проблема эвтаназии берет свое начало с древних времен и продолжает развиваться в настоящее время. На протяжении нескольких столетий философы, литературные деятели освещали в своих трудах затронутую тему, пытаясь ответить на вопрос о необходимости введения или запрета ассистированной смерти. Однако до сих пор нет однозначного мнения по исходной проблеме.

3) В зарубежных странах идет процесс легализации эвтаназии и расширения области применения. Страны СНГ и Россия по данному вопросу настроены консервативно: на сегодняшний день эвтаназия запрещена законодательно.

4) С каждым годом во всем мире число пациентов, ушедших из жизни добровольно путём медицинского вмешательства, увеличивается. Увеличивается и количество запросов на эвтаназию.

5) Согласно результатам анкетирования, отношение современных людей к эвтаназии по большей части положительное или спорное, несмотря на запрет применения данной процедуры в России.

6) Отношение современных людей к эвтаназии не зависит от их возраста или рода деятельности.

### Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) / Собрание законодательства РФ, 04.08.2014, N 31, Ст.21-22 (Дата обращения: 27.09.2019).
2. Л. Воробьева Этические проблемы эвтаназии // Российское гуманистическое общество “Здравый смысл”, 2006. №4 (41) //Сайт “Разум или вера?”, 14.04.2007. - URL: <https://razumru.ru/humanism/journal/41/vorobyova.htm> (Дата обращения: 27.09.2019).
3. Т.В.Михайлова Сущность и основные характеристики эвтаназии как социального явления // Известия Томского политехнического университета. - 2008. - Т. 312. - №6 (Дата обращения: 29.09.2019). URL:<https://cyberleninka.ru/article/v/suschnost-i-osnovnyeharakteristiki-evtanazii-kak-sotsialnogo-yavleniya> (Дата обращения: 29.09.2019).
4. Электронный ресурс: <http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000452/st006.shtml> (Дата обращения: 27.09.2019).
5. Электронный ресурс: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0\\_%D1%83%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%89%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F\\_%D0%A2-4](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0_%D1%83%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%89%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%A2-4) (Дата обращения: 27.09.2019).
6. Электронный ресурс: <https://studfiles.net/preview/5510052/page:3/> (Дата обращения: 27.09.2019).
7. Электронный ресурс: <https://evtanazija.ru/> (Дата обращения: 27.09.2019).
8. Электронный ресурс: <http://www.dignitas.ch/> (Дата обращения: 27.09.2019).
9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 12.11.2018)// Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, N 25, ст. 105 (Дата обращения: 27.09.2019).
10. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный источник] / [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (Дата обращения: 27.09.2019).

©Гафарова Л.Т., Ефремова У.С., Панченко В.А., 2019

Максютова Г.Г.

**НЕДОСТАТКИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
В ВОПРОСАХ КЛАССИФИКАЦИИ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** На сегодняшний день сфера здравоохранения существенно расширила границы своего влияния. Это связано с развитием новых технологий и увеличением количества сфер, в регулировании которых принимают участие медицинские работники. Отношения, складывающиеся между врачом и пациентом, обретают особое значение, поскольку в руках врача находится не только здоровье, но и жизнь пациента. В связи с тем, что пациент полагается не только на профессиональную компетентность врача, но и на его ответственное отношение ко всем этапам диагностики и лечения того или иного заболевания, обретают актуальность вопросы определения качества оказания медицинской помощи, от которого напрямую зависит частота совершения врачебных ошибок. Выявление недочетов в действующей классификации врачебных ошибок является основной темой данной статьи.

**Ключевые слова:** врачебные ошибки, дефекты оказания медицинской помощи, вина врача.

**Maksyutova G. G.**

**THE ISSUE OF LEGAL REGULATION  
ON THE CLASSIFICATION OF MEDICAL ERRORS**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** In the modern world, the healthcare sector has expanded the boundaries of its influence. This is due to the development of new technologies and growing number of areas that are governed by medical workers. The relationships between the doctor and the patient are so important because of the increased responsibility. In connection with this responsibility grows relevance of questions of healthcare services' quality. Searching for defects in current classification of medical errors is the main topic of this article.

**Key words:** medical errors, defects in the medical care, doctor's fault.

Актуальность темы: На сегодняшний день в политике большинства государств наблюдаются демократические тенденции. Это приводит к большей юридической осознанности граждан, и, как следствие, крайне отрицательной реакции со стороны общественности в случае нарушения их естественных прав и свобод. Сегодня на успешной реализации этих прав и свобод особенно негативно сказываются ошибки, допускаемые

работниками систем здравоохранения. Данная проблема позволяет установить новый вектор развития для медицинской юриспруденции.

Цель работы: выявление недостатков правового регулирования в вопросах классификации врачебных ошибок; структуризация знаний о существующей классификации врачебных ошибок; привлечение внимания к вопросу о необходимости определения правовых критериев врачебной ошибки.

Методологическая основа: в исследовании были использованы как общенаучные (анализ, системный и структурный подходы), так и частные специально-юридические (сравнительно-правовой, формально-юридический, метод правового прогнозирования и судебной статистики).

Результаты и обсуждения: Понятие качества само по себе рассматривается двояко с позиций врача и пациента, в зависимости от их ожиданий касательно результатов медицинского вмешательства. Пациент ожидает оправдания своих надежд на выздоровление или улучшение общего состояния; врач же видит итог своей работы в сбывшихся прогнозах, сделанных еще на диагностическом этапе.

В такой ситуации становится понятно, по какой причине поднимаются вопросы о необходимости установления четких критериев качества оказания медицинской помощи. Прояснение данных критериев предотвратит двусмысленные толкования термина, и, как следствие, не только упростит процедуру судебного разбирательства, но и устранил возможные «юридические махинации».

С 1 января 2013 г. вступила в силу ч. 1 ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», согласно которой на территории РФ начали действовать обязательные к применению стандарты и порядки оказания медицинской помощи [1], основной задачей которых является формирование единых подходов к лечению заболеваний и обеспечение контроля качества оказываемой медицинской, в том числе, врачебной, помощи.

Исходя из вышеизложенного нормативного акта, мы можем говорить об унификации требований к проведению любых врачебных вмешательств, вне зависимости от факторов, не связанных непосредственно с заболеванием.

Однако врачебная деятельность всегда подразумевает под собой индивидуальный подход в лечении каждого пациента в силу уникальности отдельного клинического случая. Стандарты оказания медицинской помощи, даже закрепленные на законодательном уровне, не могут диктовать врачу четких инструкций в той или иной ситуации. Решение, в конечном итоге, всегда остается за врачом, что и приводит к отсутствию безусловных гарантий получения качественного результата в отношении конкретного пациента.

Результаты врачебного вмешательства классифицируются на три группы. Первая группа, как правило, рассматривается позитивно и не влечет за собой оснований к инициации судебного разбирательства. К ней относится полное или частичное достижение предполагаемого результата. Вторая и третья группа объединяются как дефекты оказания медицинской помощи. К ним относятся отсутствие предполагаемого результата (неэффективное лечение) и причинение вреда здоровью или жизни пациента.

Действующее законодательство в настоящее время не знает правового понятия "врачебная ошибка". Данная ситуация не является уникальной. Юриспруденция оперирует десятками и сотнями понятий, терминов, не имеющих законодательного определения. Одно из первых определений врачебной ошибки в советский период было сформулировано известным патологоанатомом И.В. Давыдовским. Он считал, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества [2].

Большая медицинская энциклопедия определяет врачебные ошибки как "ошибки врача при выполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков" [3]. Как мы можем убедиться, традиционно понятие "врачебная ошибка" основывалось на невиновном причинении вреда при наличии добросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям.

На данный момент в медицинском законодательстве не существует классификации дефектов врачебной помощи. Не существует также и критериев, по которым можно выделить отдельные разновидности этих дефектов, не прояснены способы их обнаружения и регистрации. Все вышеперечисленное затрудняет процесс установления вины и мотивов действий врача, допустившего ошибку. Хотя эти детали и не закрепляются на законодательном уровне, в судах регулярно иницируются разбирательства по делам о врачебных ошибках, в связи с чем в судопроизводстве дефекты медицинской помощи условно подразделяются на следующие виды:

1. Умышленные преступления медицинских работников. В ее основе лежит умысел (юридическая форма вины, предполагающая, что лицо, совершившее преступление, сознавало опасный характер своего действия или бездействия, предвидело возможные последствия или желало их наступления). Наиболее характерный пример для медицинского работника - неоказание помощи больному, предусмотренное ст. 124 УК РФ;

2. Неосторожные действия медицинских работников. В их основе лежит другая форма вины - неосторожность. Данная форма предполагает, что преступление было совершено вследствие легкомыслия, самонадеянности или небрежности врача. В этом случае лицо, совершившее правонарушение, предвидело опасный характер своих действий или бездействия, но безосновательно рассчитывало на их предотвращение (легкомыслие) либо если оно не предвидело наступления опасных для здоровья и жизни последствий, хотя при достаточной квалификации и необходимой внимательности должно и могло их предвидеть (небрежность). Примерами могут служить последствия недостаточного обследования больного, неосторожного выполнения медицинских манипуляций или нарушений официальных правил.

Оба этих дефекта являются уголовно-наказуемыми преступлениями.

3. Несчастные случаи (юридически соответствует терминам "случай", "казус"). Неудачный результат врачебного вмешательства в данной ситуации зависит не от правильности или неправильности действий врача, а от возникших случайных обстоятельств. Это аллергические, токсические реакции при применении лекарственных средств или вакцинации, внезапная смерть от рефлекторной остановки сердца при его катетеризации или иной манипуляции, в том случае, если все, что положено в таких случаях, было предусмотрено.

4. Врачебные ошибки (ятрогении) - дефект, который не относится к юридическим понятиям и не предусматривает вины медицинского работника, что устанавливается в процессе специального профессионального разбирательства или даже судебного расследования. Эксперты выделяют данный тип как наиболее сложно идентифицируемый вид дефекта медицинской помощи. Естественно, при отсутствии признаков неосторожности оба последних дефекта не являются преступлениями, так как в них отсутствуют важнейшие признаки состава правонарушения - противоправность и вина. Для того, чтобы доказать, что совершенный дефект относится именно к ненаказуемым видам дефектов медицинской помощи, необходимо проведение судебно-медицинской экспертизы. На данный момент главной задачей правового регулирования сферы врачебных ошибок является выработка единой позиции относительно юридической квалификации ошибочных действий врача.

Современные определения термина в большей степени опираются на понятие, сформулированное И.В. Давыдовским. Под врачебной ошибкой он подразумевал добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо недостатками знаний или опыта врача.

Таким образом, из вышеупомянутого понятия можно выделить основной признак врачебной ошибки - добровольное заблуждение, и три основные причины этого заблуждения - 1) несовершенство медицинской науки и современных методов исследования; 2) особенности течения заболевания определенного больного; 3) недостаток знаний и опыта у врача.

Ричард Ригельман, практикующий врач, при изучении врачебных ошибок классифицировал их на "ошибки по неведению" и "ошибки по недосмыслию", при этом и тех и других "можно было бы избежать, действуя иначе" [4].

А.А. Старченко, врач, имеющий высшее юридическое образование, определяет врачебную ошибку как действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или неснижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию медицинских ресурсов или неудовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения [5].

Наиболее противоречивой выглядит позиция Я. А. Фролова, Л. В. Канунниковой и Е. В. Фроловой, которые в своих научных трудах заявляют, что в понятие врачебной ошибки стоит включить как противоправные виновные деяния медицинских работников, так и невиновное причинение вреда, не ведущее к привлечению врача к публично-правовой ответственности [6].

Таким образом, в попытках дать определение понятию "врачебная ошибка", авторы используют как общие, так и диаметрально противоположные друг другу признаки. Эти неточности становятся причинами противоречий, возникающих в ходе судебного разбирательства. Данные противоречия помогают в полной мере осознать необходимость закрепления на уровне медицинского законодательства дефиниции "врачебная ошибка".

Рассуждая о создании правового понятия медицинской ошибки, важно учитывать тот факт, что основной целью в этом случае является установление возможности или невозможности привлечения врача к юридической ответственности. По этой причине в законотворческом процессе не следует брать за основу только факт заблуждения врача, поскольку ошибка в мыслях сама по себе, независимо от причины, ее породившей, только создает возможность осуществления ошибочных действий, самостоятельно действием не являясь. Эту мысль развивает позиция В.А. Рыкова, полагавшего, что "само по себе 'заблуждение' не может причинить вред здоровью человека, оно лишь предопределяет возможность совершения ошибочных действий (бездействия), но само не является таковым" [7].

Таким образом, врачебная ошибка должна расцениваться как неправильное действие или бездействие врача: только при таком раскладе мы сможем понять, есть ли основания для привлечения медицинского работника к юридической ответственности. Так как мы уже внесли некоторую ясность в вопросах о правовом определении дефектов медицинской помощи, предлагаю более подробно проанализировать причины врачебных ошибок.

Все причины делятся на две группы - объективные (т.е. не зависящие от самого врача и степени его профессиональной подготовки) и субъективные (напрямую зависящие от знаний и умений врача, его опыта).

К объективным причинам различные ученые относят, к примеру, нехватку времени для обследования пациента или пострадавшего от травмы (в urgentных ситуациях, требующих неотложного врачебного вмешательства), отсутствие необходимого медицинского оборудования для проведения того или иного вида исследования (например, невозможно при отсутствии эндоскопов диагностировать некоторые формы рака желудка и бронхов). К объективным факторам также относят несовершенство современного состояния медицинской науки и недостаточную изученность целого ряда редко встречающихся в наше время заболеваний. В судебной практике регулярно выносят оправдательные приговоры врачам, которые сталкиваются с плохой визуализацией органа во время диагностических процедур, низкой диагностической возможностью аппаратуры или с быстрой динамикой патологического процесса. Во всех вышеперечисленных ситуациях врач действовал, согласно стандарту, не нарушая общепринятых требований к оказанию медицинской помощи. Неблагоприятный результат обусловлен не неправильностью действий или мыслей медицинского работника, а независящими от его воли факторами, в силу неопровержимости современной медицинской науки. Соответственно, данное добровольное заблуждение следует считать именно врачебной ошибкой, когда имеет место врачебное заблуждение - ложное представление о чем-либо, существующее вне зависимости от воли врача. Избежать развития неблагоприятного результата врач в данном случае не мог, следовательно, врачебные ошибки, совершенные по объективным причинам, следует относить к безвиновному причинению вреда и не привлекать ответчика к публично-правовой ответственности.

К субъективным причинам относят уровень профессиональной подготовки и иные личностные особенности врача, ставшие причиной неблагоприятного результата врачебного вмешательства. В первую очередь, это ошибки, вызванные профессиональной некомпетентностью, незнанием или неведением врача. При этом, бытует мнение (например, позиция доктора юридических наук Саратовской Юридической Академии А. Б. Лисюткина), что каждый врач должен обладать определенным минимумом специальных знаний, лежащих



в основе общепринятых лечебно-диагностических мероприятий на данный момент развития медицинской науки и лечебной практики [8]. Такая позиция на сегодняшний день утратила свою актуальность, ведь в современном мире для успешной профессиональной деятельности врачу не может быть достаточно базового объема знаний, полученных в высшем учебном заведении. Врач должен систематически пополнять и обновлять свои профессиональные знания, изучая новейшую научную литературу, принимая участие в медицинских конференциях и семинарах. Эта обязанность закреплена на законодательном уровне в п. 3 ст. 73 Федерального Закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Следовательно, в тех случаях, когда ошибка совершается из-за недостатка у врача профессиональных знаний и приводит к неблагоприятному результату, ее следует трактовать как деяние, полностью зависящее от воли врача. Здесь речь уже будет идти о врачебных ошибках, совершенных по вине врача и влекущих за собой юридическую ответственность.

#### Выводы:

Таким образом, основным критерием разграничения видов врачебных ошибок, по нашему мнению, необходимо обозначить фактор вины врача в достижении неблагоприятного результата медицинских манипуляций. Как мы уже выяснили, в настоящее время врачебными ошибками признаются не только ошибки, возникшие по объективным причинам (независимо от воли врача), но и ошибки, совершенные по его вине. По нашему мнению, необходимо сузить круг понятий, входящих в категорию врачебных ошибок. Необоснованно относить к врачебной ошибке событие, повлекшее за собой причинение вреда здоровью пациента или его смерть из-за профессионального невежества. Выступая совместно с виной, врачебная ошибка должна являться основанием для ответственности. Виновное причинение вреда здоровью должно иметь правовые последствия в виде привлечения виновного лица к публично-правовой ответственности. В связи с этим под термином "врачебная ошибка" следует подразумевать исключительно те добровольные заблуждения врача, в которых отсутствовала вина последнего.

При этом ошибочные действия младшего и среднего медицинского персонала предлагаем трактовать не как врачебные, но как медицинские ошибки, так как меньшая профессиональная квалификация должна иметь меньшую степень правовой ответственности.

#### Список литературы

1. Ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2011 Ст. 6724; Письмо Минздрава России от 30.04.2013 13-2/10/2-3113 "О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи".
2. Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941.

3. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. Издание 3-ье [в 30-ти томах]. М.
4. Ригельман Р. К. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего врача: пер. с англ. М: 1994.
5. Старченко А. А. Руководство по защите прав пациентов (застрахованных лиц). СПб: 2002.
6. Фролов Я. А., Канунникова Л. В., Фролова Е. В. О правовых проблемах врачебной ошибки // Медицинское право. 2003.
7. Рыков В. А. О патологоанатомической экспертизе дефектов медицинской помощи и их правовых последствий // Проблемы экспертизы в медицине. 2002 .
8. Лисюткин А. Б. Вопросы методологии исследования категории "ошибка" в правоведении. Саратов, 2001.

©Максютова Г. Г., 2019

Габдрахманова Э.Р.

## ТЕОРИЯ ДЕНЕЖНОГО БАЛАНСА В ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКЕ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** в статье рассматриваются вопросы определения правовой природы цифровых финансовых активов. Анализу подлежат в большей степени частноправовые начала правовой природы цифровых финансовых активов и проблемы регулирования.

**Ключевые слова:** денежный баланс, цифровизация.

Gabdrakhmanova E. R.

## THE THEORY OF MONEY BALANCE IN THE DIGITAL ECONOMY

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary:** the article deals with the issues of determining the legal nature of digital financial assets. To a greater extent, private law principles of the legal nature of digital financial assets and regulatory issues are subject to analysis.

**Keywords:** money balance, digitalization.

Актуальность. Проблемы эволюции денег и денежного обращения стали особо актуальными в современной ситуации, когда потребность в приближении экономической теории к практике реформирования хозяйства России стала настоятельнее.

Глубинные проблемы переходной экономики России особо остро проявляются в денежной сфере.

В настоящее время цифровая экономика достигла настолько стремительных темпов роста по объему и широте охвата, что уже привычные отрасли экономики и рынки подпадают под ее влияние.

Естественным видится и тот факт, что финансовая сфера не осталась в стороне от технологической революции и интегрирует в себя все новые и новые инструменты, позволяющие усовершенствовать рынок финансовых услуг. В литературе встречаются даже такие суждения: «...в нашу жизнь с космической скоростью врываются технологические инновации, что требует новой архитектуры мировой финансовой системы». Так или иначе ввиду вышеизложенного в сфере финансовых услуг образовался и быстро развивается такой институт, как финтех (от англ. financial technology - финансовые технологии), который, используя технологии и инновации, навязывает конкурентную борьбу более традиционным финансовым организациям в лице банков и посредников на рынке финансовых услуг.

Цель и задачи. Цель исследования заключается в анализе теории денежного баланса в цифровой экономике. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие

задачи:

- охарактеризовать сущность денег в современном мире;
- выделить виды денег;
- обозначить формы денег;
- дать характеристику теориям возникновения денег;
- рассмотреть денежное обращение и его показатели, модели кругооборота денег;
- проанализировать закон денежного обращения, особенности его действия в современных условиях.

Материалы и методы. В работе использовались Федеральные законы и официальные документы, материалы отечественных и зарубежных публикаций в области экономики, электронные и информационные Интернет – ресурс и другие. В процессе исследования были применены методы теоретического исследования:

- теоретический анализ литературы для обоснования теоретических и практических направлений исследования;
- систематизацию, обобщение.

Результаты и обсуждение. Деньги - это общественный феномен, как и всякая другая экономическая категория. Их существование и формы, которые они принимают, составляют социальную и экономическую структуру общества, в котором они используются. Иной подход к рассмотрению этого вопроса состоит в анализе тех форм, которые принимают деньги. Сам по себе долларový билет - вещь бесполезная; он приобретает стоимость лишь потому, что общество посредством своих законов и обычаев наделяет его способностью функционировать как средство обращения. Аналогичным образом морские раковины, которые использовались в некоторых сообществах в качестве денег, не имели бы стоимости, если бы общественная структура, которая их породила, не нуждалась в какой-то форме денег и не придавала бы им соответствующей роли. Вместе с тем «из всех товаров был избран тот, который благосклонно принимался всеми торговцами, который стал выполнять роль товара - посредника в обращении и который воспринимался всеми как некий общий эквивалент, возникли товарные деньги и товарно-денежное обращение» [3].

Размышляя о генезисе современных идей и подходов в области денежного и платежного регулирования, в том числе в контексте цифровых финансов, нельзя забывать о наличии в палитре взглядов на связанный с темой комплекс проблем таких ультралиберальных подходов, которые были выражены, например, Фридрихом А. Хайеком в работе «Частные деньги» еще в 1975 г., который предлагал кардинально новый способ достижения денежной стабильности - систему, основанную на конкуренции параллельных частных валют. Возможно, в том числе в развитие подобных идей криптовалюты

создавались как антипод так называемых фиатных денег, соответственно, несанкционированные и не требующие доверия ни к государству, ни к денежно-кредитной системе инструменты, претендующие на роль денег[2]. Очевидно, что полноценное развитие таких концептуальных подходов может стать серьезным фактором ослабления национального суверенитета, выражающегося в том числе и в финансовых аспектах.

Развитие информационно-телекоммуникационных технологий в целом и сети Интернет изменило структуру товарных рынков. Наряду с торговлей офлайн появилась электронная торговля. В данном секторе торговли выделяется торговля: во-первых, C2C (Consumer to consumer), участниками которой являются граждане - физические лица; во-вторых, B2C (Business to consumer), наиболее активно развивающаяся часть электронной торговли товарами посредством интернет-магазинов и иных электронных форм; в-третьих, B2B (Business to business). Развитие электронной торговли между предпринимателями сдерживается наличием различных факторов как объективного, так и субъективного свойства, включая низкий уровень доверия к заключаемым договорам в электронной форме на крупные объемы поставок, отсутствие законодательной основы заключения и исполнения таких договоров и надлежащей защиты прав сторон и пр.; в-четвертых, B2G (Business to government) - сфера государственных закупок, характеризующаяся наличием достаточного уровня нормативного обеспечения осуществления закупок в электронной форме, и примыкающая к ней сфера регламентированных закупок государственными корпорациями и компаниями, юридическими лицами с государственным участием, иными юридическими лицами, обеспечивающими публичные интересы, имеющая специальные нормативно установленные правила закупок.

При переходе торговли на «цифровые рельсы» возникает необходимость нахождения ответа на вопросы, насколько адаптирована электронная торговля в России к новым цифровым технологиям, какие из применяемых в настоящее время институтов можно использовать при внедрении в торговую практику новых цифровых технологий [1]. Вместе с тем решение данной проблемы обусловлено прежде всего уяснением понятия, сущности и характерных признаков электронной торговли, развитие которой, несмотря на преимущества, сдерживается отсутствием надлежащей нормативной основы.

Вместе с тем еще в 2002 г. Правительство РФ приняло Федеральную целевую программу «Электронная Россия (2002 - 2010 годы)», направленную на создание и развитие телекоммуникационной инфраструктуры, которая должна обеспечивать возможность широкополосного доступа к интернет-сети, в том числе при наличии беспроводных технологий для большей части российских физических и юридических лиц, а также обеспечивать благоприятные условия для ведения предпринимательской деятельности, в том

числе посредством создания системы электронной торговли [4].

В аналитических материалах отмечается, что криптовалюты (в частности, биткоин) не отвечают требованиям, обычно предъявляемым к деньгам, не могут выполнять всех их функций и «по определению не являются валютой - ни национальной, ни иностранной», равно как пока они не являются законным платежным средством. Таким образом, если криптовалюту признавать деньгами в смысле законодательства Российской Федерации и рассматривать ее как альтернативную денежную единицу, то в отношении такого подхода явно усматривается прямой запрет, соответственно, оплата товаров и услуг с помощью биткоинов и иных криптовалют на территории Российской Федерации противоречит действующему законодательству.

С точки зрения российского законодательства правоотношения, связанные с криптовалютой, могут регулироваться положениями о договоре мены, если это не противоречит правилам регулирования договора мены или существу правоотношений. Законодательно в настоящий момент отсутствует какое-либо ограничение в отношении мены криптовалюты на другие товары. Однако вопрос становится вновь актуальным, когда с помощью криптовалюты необходимо «оплатить» оказание услуг [5].

Важным является также вопрос, касающийся инвестиционной функции токенов. Следует отметить, что они в настоящий момент широко реализуются хозяйствующими субъектами и венчурными инвесторами. Под инвестиционными токенами, в частности, Управлением надзора за операциями финансового рынка Швейцарии (Finanz markt auf sicht) понимаются токены, наделяющие их обладателя правом требования в отношении эмитента, т.е. хозяйствующего субъекта, осуществившего ICO (Initial coin offering - первичное размещение монет), или правом участия в деятельности хозяйствующего субъекта по смыслу корпоративного законодательства.

С учетом изложенного можно сделать вывод, что решение гражданско-правовых проблем регулирования необходимо и непосредственно должно быть связано с определением и установлением функций, которые могут выполнять цифровые финансовые активы в настоящее время и в обозримом будущем, с учетом стремительного развития и интеграции технологии блокчейн, на основе которой и реализована практика создания, введения и использования цифровых финансовых активов. Вместе с тем представляется, что решить проблемы неопределенности в сфере правового регулирования цифровых финансовых активов не удастся путем принятия единого нормативного правового акта, в котором будут раскрыты основные понятия цифровых финансовых активов. Для полноценной интеграции цифровых финансовых активов в гражданский оборот необходимо выработать прежде комплекс правовых решений, которые бы позволили максимально

подчинить цифровые финансовые активы регулированию уже имеющимися правовыми средствами. Вместе с тем необходимо также разработать правовые новеллы, которые бы регулировали этот узкий, но весьма перспективный сегмент цифровой экономики, дабы обеспечить интересы общества и государства, баланс интересов, защиту прав и законных интересов лиц, участвующих в обороте цифровых финансовых активов. В том числе указанные меры будут способствовать дестимулированию массовой "эмиграции" хозяйствующих субъектов в иные юрисдикции, выбор которых связывается с режимом правового регулирования цифровых финансовых активов.

#### **Список литературы**

1. Андреева Л.В. Элементы цифровых технологий в торговой и закупочной деятельности (правовой аспект) // Предпринимательское право. Приложение «Право и Бизнес». – 2019. – № 1. – С. 15 .
2. Кучеров И.И. Законные платежные средства: Монография. М.: ИЗИСП при Правительстве РФ, 2016. –389 с.
3. Масленников В.В., Федотова М.А., Сорокин А.Н. Новые финансовые технологии меняют наш мир // Вестник финансового университета. – 2017. –. № 2. – С. 7.
4. Постановление Правительства РФ от 28 января 2002 г. № 65 «О Федеральной целевой программе «Электронная Россия (2002 - 2010 годы)» (ред. от 09.06.2010) // СЗ РФ. – 2010. – № 25. –Ст. 3166.
5. Санникова Л. Цифровые активы как объекты предпринимательского оборота / Л. Санникова, Ю. Харитоновна // Право и экономика. – 2018. – N 4. – С. 27.

©Габдрахманова Э.Р., 2019

Рукомойникова А.Н., Сухарева И.В.<sup>1</sup>

**ВЛИЯНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО  
РАССТРОЙСТВА НА ВETERANОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ,  
НА ПРИМЕРЕ АФГАНСКОЙ ВОЙНЫ 1979-1989 ГГ.**

**Башкирский государственный университет, Россия (Уфа)**

**<sup>1</sup>Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в данной статье мы рассматриваем, как война сказалась на солдат из ограниченного контингента Советских войск в Афганистане. С этой целью проведена кропотливая работа по поиску респондентов, налаживанию контакта с ними, поиску общих тем для реализации конструктивного диалога в научно-историческом направлении. На основе интервью более ста ветеранов этой войны впервые анализируются и систематизируются воспоминания; прослеживаются их судьбы.

**Ключевые слова:** Афганская война, Афганистан, ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), воспоминания о войне, ОКСВ (ограниченный контингент советских войск).

**Rukomoynikova A.N., Sukhareva I.V.<sup>1</sup>**

**THE IMPACT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER ON LOCAL WAR  
VETERANS, AS EXEMPLIFIED BY THE AFGHAN WAR OF 1979-1989**

**Bashkir state University, Russia (Ufa)**

**<sup>1</sup>Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** In this article, we look at how the war affected soldiers from a limited Soviet contingent in Afghanistan. To this end, painstaking work has been done to find respondents, to establish contact with them, and to find common themes for a constructive dialogue in the scientific and historical direction. Based on interviews with more than a hundred war veterans, memories are analyzed and systematized for the first time; their fates are tracked.

**Keywords:** Afghan War, Afghanistan, PTSD (post-traumatic stress disorder), memories of the war, OKSV (limited contingent of Soviet troops).

Афганская война закончилась 30 лет назад, но до сих пор ветераны войны помнят о ней. Любая война – это не только боевые задачи. Это еще и человеческие жизни и судьбы.

Немало написано об Афганской войне, как научных трудов (М.Р. Аруновой, Ю.А. Булатова, В.С. Бойко, Ю.В. Ганковского, А.С. Иващенко, В.Г. Коргуна, Б.С. Панина, В.Н. Пластуна, В.Н. Спольникова, Ю.Н. Тихонова, М.В. Ханеева, В.С. Христофорова, А.А.



Ляховского, А.В. Окорокова), так и художественной литературы (Ю.И. Мухина, А. Елизарэ, В.А. Лукинова, С.А. Алексиевич, А.И. Карцева, Г.Е. Васильева, М.Я. Овсенко и др.).

Данная работа направлена на изучение влияния афганской войны на ее участников путем разбора и систематизации их воспоминаний.

Для достижения цели необходимо решить поставленную задачу: на основе анализа воспоминаний солдат выявить:

- отношение к войне в Афганистане;
- особенности адаптации в мирном обществе;
- влияние войны на дальнейшие судьбы солдат.

Источниками нашего исследования являются: интервью с Киршиным Николаем Васильевичем, отцом автора, служившим в рядах ОКСВ в 1982–1983 г. г., воспоминания более ста ветеранов войны – солдат срочной службы, собранные нами в результате опроса и переписки с ними. Данные источники исследования вводятся в научный оборот впервые.

Афганская война оставила тяжелый след в душе каждого солдата. «Афганистан остался на всю жизнь! И прошлое всегда влияет на настоящее, да и на будущее тоже», – поделился с нами Виктор Высоцкий. Хочется отметить, что наши собеседники очень неохотно шли на разговор, с трудом воскрешали в памяти воспоминания, в глазах появлялась тоска.

На наши вопросы: «Как вы относитесь к этой войне? Была ли нужна она?» респонденты отвечали по-разному: «Да, нужна. И вот почему: во-первых, для поддержания армии в действительно боевом состоянии; во-вторых, не допустить, что бы противник близко подошел к нашим границам»; «Война нужна была политикам! Простым людям – нет!»; «На тот момент нам говорили, что мы защищаем рубежи нашей Родины, будто за какие-то буквально часы мы опередили американцев в вводе войск в Афганистан... На тот момент я проклинал эту службу, и хотелось, чтобы скорее закончилась эта служба и вернуться домой»; «Я выполнял свой интернациональный долг!»; «...я это воспринимал не иначе как издевательство!». Большинство же, вообще, уклоняются от ответа на этот вопрос.

Мы обратились к песням и стихам, сочиненным солдатами, так как они исходят из самого сердца. Вроде бы «простенькие», они пронизывают искренностью и неподдельностью. Солдаты пишут о тоске по дому, о суровом климате чужой страны и тяготах службы, боевом товариществе...

«Вспоминается белый песок,  
Солнце злое в зените над вами,  
И единственный в фляжке глоток,  
И верблюды в чужом караване.  
Не забыть вам тяжелых боев,

Когда в часть возвращалось вас меньше...»

Афганскую войну, судя по отзывам и стихам, солдаты воспринимали как чужую и непонятную «Ты все время бредешь в ту, чужую страну...».

«Нам не нужна, Афган, твоя,  
Нам не нужна земля чужая...»

Однако, некоторые, например, Рим Хусаинов пишут, что если бы пришлось вернуться на эту войну, то он бы сделал это. Однозначно отрицательного отзыва о службе в Афганистане мы не встречали.

В послевоенное время у «афганцев» отсутствует ненависть к «чужой стране» и народу, даже после всех ограничений и проблем, с которыми им пришлось столкнуться в период службы.

«Нам не хватало воздуха на горных перевалах,  
Мечтали о воде мы в пустыне Регистан,  
Кричали мы от боли на койках в медсанбатах,

Но все-таки по-доброму мы помним наш Афган...», – так поется в песне воина-«афганца» Юрия Алексеевича Слатова.

Очень многие бывшие солдаты пишут, что хотят забыть эту войну («Я хочу все забыть!»), вот только сделать это не получается («Мы с войны никогда не вернемся...»).

Отношение к войне было и остается противоречивым: к самому факту войны – негативно, но нет ненависти к афганскому народу; вопрос о политической необходимости войны оценивается ветеранами как спорный, но остается осознание того, что солдаты выполняли свой воинский долг.

«Солдат, свою жизнь только начав,  
За твою, Афган, отдает!»

Очень тяжело свыкнуться с мыслью, что ты в армии, еще более проблематично осознать реальность нахождения себя в горячей точке, в эпицентре боевых действий. Стоит заметить, возраст призывников варьируется от 18 до 27 лет, следовательно, это молодые люди, не у всех из которых сформировалась своя точка зрения и не все реализовали себя как личность. В процессе ведения боевых действий у солдата может происходить закалка характера, самореализация, но имеется и обратная сторона медали - это быть неадаптированным к мирным условиям в процессе своей жизнедеятельности, что в свою очередь и является основной проблемой долгосрочной перестройки психики.

Такое состояние психологи называют афганский синдром, а на языке самих ветеранов звучит так: «Еще не вышел из штопора войны».[4]

«Нет войны и к себе тянет мирная жизнь,

Но вовеки, вовеки к ней не возвратится...»

Как показывает мировая практика, у участников локальных боевых действий по возвращению в мирное общество появляется расстройство психического состояния здоровья, основной причиной которого является послевоенный кризис.

Одной из основных проблем воинов-интернационалистов – это дереализация и дальнейшая неадаптированность. Как отмечает в своей работе Е.С. Сенявская: «Они вели себя независимо в отношениях с вышестоящими и очень требовательно в отношениях с подчиненными, в общении с равными не терпели фальши и лицемерия, были чересчур прямолинейны. Таким образом, афганцы оказались «неудобными людьми» для всех, кто их окружал, и были вынуждены замыкаться в себе; многие становились алкоголиками и наркоманами; кое-кто кончал жизнь самоубийством».[4]

Одним из главных факторов адаптации воинов – «афганцев» было отношение общества. Так как многих эта война не коснулась, люди не понимали, что пережили солдаты в Афганистане и остались глухи к их проблемам. «Мы вас туда не посылали!» – слышали ветераны во многих официальных учреждениях. Положение усугублялось теми болезненными социально-экономическими процессами, которые проходили в 80–90-х годах XX века.

В процессе нашей работы были собраны данные, которые показывают, что посттравматические нарушения возникают чаще у людей испытывавших экстремальные условия. Имеются следующие выходные данные наличия психогенных расстройств: 70% - офицеры принимавшие участие в боевых действиях в Афганистане; 25% - прапорщики; 15-20 % рядовые военнослужащие (см. рис. 1).

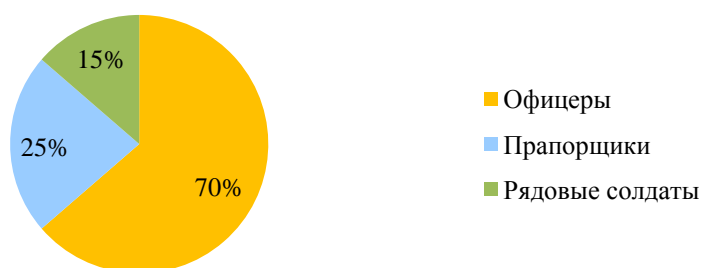


Рис. 1. Схема распределения посттравматических нарушений по статусу военнослужащих

Травматические стрессовые нарушения у военнослужащих проявляются при возникновении угрозы жизни, угрозы физическому здоровью, несправедливости в бытовых ситуациях. Психологическая травма способствует нарушению ряда уровней человеческого функционирования: физиологический, личностный, а также межличностный и социального взаимодействия.

Следовательно, они могут оказывать влияние на окружающих, после чего проявляются стойкие личностные изменения не только у участников боевых действий, но и у их друзей и родственников.

Посттравматические стрессовые нарушения оказывают неблагоприятное влияние на семейную жизнь и воспитание детей, жизненных ситуаций и могут повлиять на всю дальнейшую судьбу человека.

Военные действия несут в себе психическую травму и психологический шок, которые будут определять жизненный настрой выживших в военных конфликтах. Статистические данные также показывают, что на каждого погибшего на войне военнослужащего приходится один случай самоубийства ветеранов в период после прохождения военной службы [1].

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и калек – каждый третий [7]. Основными проблемами бывших солдат являются подозрительность (75,5%), агрессивность (58,5%), страх (57%) и демонстративность поведения (50%). К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками [6].

Результатом психического отклонения являются: особые виды агрессии, чувство вины, идентификация себя с убитыми, самоубийство. Поведенческая модель участников боевых действий может быть схожа с эмоциональной напряженностью, повышенной раздражительностью и агрессией, беспричинными вспышками гнева, приступами страха и тревоги.

При возникновении нестандартных ситуаций, которые могут неблагоприятно повлиять на эмоциональное состояние ветеранов, нами было выявлено, что у них обостряется чувство справедливости, возможны эмоциональные всплески в поведении. В послевоенное время у «афганцев» наблюдается неоднократное воспроизведение боевых действий во сне, кошмары способствуют отрицательному воздействию на психическое состояние здоровья. Зачастую присутствуют и мысли о самоубийстве, которые в иных случаях заканчиваются реальным осуществлением.



Рис. 2. Киршин Н.В. за рулем автомобиля

Для нас примером адаптации послужили друзья и знакомые Киршина Николая Васильевича. Вместе с ним из средней общеобразовательной школы № 118, в которой он учился, на службу в Афганистан отправились: Гумеров Гайдар, Бакиров Марат, Шакиров Наиль и Сафиуллин Азат и другие. Всего 11 человек. Из них смогли благополучно устроиться в жизни (жениться, обзавестись детьми, работой) семеро: это Гумеров Гайдар, Хусаинов Рим, Бикузин Виктор, Штанников Владимир, Ишмухаметов Ангам, Шахмаев Ильшат, Кузнецов Вячеслав и Киршин Николай. Судьба четверых сложилась трагично, а умерли шестеро[2].

Многие отмечают, что в Афганистане впервые попробовали наркотики. Примером может служить воспоминание Галиба Омарова: «Когда наш отряд заходил в Афган, четыре парня из Душанбе знали, что такое анаша. А когда мы уходили на дембель, нас было четверо, которые не попробовали ее...». Эта беда коснулась Бакирова Марата. В Афганистане он начал употреблять наркотики, что перешло в зависимость. Все это привело к циррозу печени и дальнейшей смерти. Марат Зинурович скончался в 1990 году.

По воспоминаниям вдовы и сына Андрей Семенович Мотовилов всю жизнь работал водителем. И на войне он перевозил груз 200. Все эти страшные воспоминания не прошли даром. После армии Мотовилов пристрастился к спиртным напиткам и сердце не выдержало. Он умер в 2003 году. Отец говорит, что Андрей был хорошим человеком.



Рис. 3. Мотовилов А.С. стоит Шахмаев Ильшат умер от лейкемии на сороковом году жизни.

Самым близким другом отца был Вячеслав Кузнецов. Они вместе учились в автошколе, призвались в один день и в учебке были вместе, только после перевода из Пули-Хумри в Доши служили в разных ротах. После армии В. Кузнецов стал каменщиком высокой квалификации. Его бригада выполняла строительство не только жилых домов, но и участвовала в строительстве новых сооружений Сельско-Богородского храма г. Уфы. Но погиб он в результате несчастного случая.

Мы видим, что с возвращением на Родину, война для солдат не закончилась. Она продолжалась в их воспоминаниях, снах, душах. Адаптироваться в обществе, которое не знало и не понимало их страданий, оказалось очень сложно. Преодолеть афганский синдром удалось далеко не каждому. К сожалению, им не было оказано необходимой помощи.

Оказание помощи Демократической Республике Афганистан превратилось в крупнейшую со времен Великой Отечественной войны военную операцию советских войск. Основную часть боевых задач решали солдаты срочной службы.

Участники боевых действий по праву должны занимать особое место в обществе, мероприятия и центры, организованные в настоящее время не могут в полном объеме завершить процесс адаптационного периода и скорректировать интересы ветеранов. Следует также заметить, что большинству из них требовалось выживать и сталкиваться с нестандартными методами организации быта, который в свою очередь нельзя назвать

приемлемым. Плановый период социально-психологической реабилитации с определенной периодичностью и дальнейшим сопровождением поможет решить ряд проблем участников боевых действий.

### Список литературы

1. Голиков, В.Д. Социальный портрет ветеранов // Менеджмент и маркетинг в различных сферах деятельности: юбилейный сборник. - Уфа: издат. комплекс УГАТУ, 2006. - С.36-44.
2. Информация из списков захоронения // Обобщенный банк данных «Мемориал» [официальный сайт]. URL: <https://obd-memorial.ru/html/info.htm?id=269001098> (дата обращения: 28.09.2019).
3. Лямин, М.В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. : дис. ... канд. мед. наук. – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с.
4. Сенявская, Е.С. Психология войны в XX в.: Исторический опыт России . - М.: РОССПЭН, 1999. - 382 с.
5. Сенявская, Е.В. Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром // История. 1999. № 43. URL: <https://his.1sept.ru/1999/his43.htm> (дата обращения: 29.09.2019).
6. Шмыков, В.И. Теория интегральной индивидуальности и постстрессовые состояния // Психопедагогика в правоохранительных органах. 1997. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoriya-integralnoy-individualnosti-i-poststressovye-sostoyaniya> (дата обращения: 29.09.2019).
7. Ярская, В.Н. Институционализация безопасности: дискурс насилия // Национальная безопасность России в перспективах современного развития. - Саратов: Научная книга, 2005, - С. 14 – 21.

©А.Н. Рукомойникова, И.В. Сухарева, 2019

Моджина Н.В., Чуданова А.П.<sup>1</sup>

## ВОЗРОЖДЕНИЕ ИНСТИТУТА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В РОССИИ

Башкирский Государственный Университет, Россия (Уфа),

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. Кирова, Россия (Санкт-Петербург)

**Резюме:** в статье рассматриваются вопросы благотворительности, расширения волонтерского движения в России и необходимости возрождения института сестер милосердия как индикатора духовного оздоровления гражданского общества.

**Ключевые слова:** институт сестер милосердия, волонтерство, благотворительность.

Modzhina N.V., Chudanova A.P.<sup>1</sup>

## REVIVAL OF THE INSTITUTE OF SISTERS OF MERCY IN RUSSIA

Bashkir State University, Russia (Ufa),

<sup>1</sup>Military Medical Academy. Kirova, Russia (St. Petersburg)

**Summary:** the article points out issues of charity, the expansion of the volunteer movement in Russia and the need to revive the institution of the sister of mercy as an indicator of the spiritual healing of society.

**Key words:** Institute of Sisters of Mercy, volunteering, charity.

Многие отмечают, что развернувшаяся в последнее время система благотворительности, волонтерского движения в России и возрождение института сестер милосердия является добрым знаком и индикатором оздоровления гражданского общества в стране. Хотя термин «волонтерство» больше применим в западной практике, но прижился и у нас с недавних пор. А вот Институт сестер милосердия имеет давнюю историю на Руси, и связан, прежде всего, с православным служением и традициями оказания посильной, в первую очередь медицинскую помощи обездоленным, больным и немощным. До революции данный институт работал, всячески помогая как в мирное, так и в тяжелое военное время системе здравоохранения. Что касается Советского периода, то по объективным, идеологическим причинам, как и другие духовные составляющие советского общества, Институт сестер милосердия был в «изгнании».

Современная цивилизация, благодаря несомненным научным и техническим прорывам, в частности, связанным и с развитием медицины, кардинально изменилась жизнедеятельность и жизнеобеспеченность людей. Людям предстала возможность получать как медицинскую, так и социальную помощь в частном секторе. Но ни всем доступна частная медицина. А что же делать тем, кому она недоступна? Муниципальные и государственные службы приходят на помощь. Государственная система здравоохранения,



казалось бы, справляется со своими функциями. Да, но кто откажется от дополнительной помощи, а быть может, есть сферы, где государственные и муниципальные службы не в состоянии оказать посильную помощь. Речь идет больше о психологической поддержке и милосердии. Как получить квалифицированную помощь и человеческое отношение? Много вопросов, а ответ один: надо развивать систему благотворительности как общественный институт и возрождать институт сестер милосердия как духовно-нравственный ориентир российского общества. Именно поэтому особое значение в настоящее время получает благотворительная деятельность, которая не только несла материальную помощь нуждающимся, но и духовно «оздоравливала» бы общественную жизнь. Нынешнее состояние общества определяется, прежде всего, недостатком человечности и милосердия в жизни современного человека, о чем с уверенностью говорят многие исследователи.

Проблема благотворительности и милосердия в настоящее время привлекает к себе внимание не только ученых, но и самые широкие слои населения. А ведь сострадание и милосердие - важнейшие черты традиционной русской ментальности, на протяжении столетий поддерживаемые и развиваемые православной церковью. Благотворительность всегда была чертой русской интеллигенции. Спрос рождает предложения. Потребность в гуманном, человеческом отношении к тем, кто не может себя обеспечить, но нуждается в помощи, порождает необходимость возродить забытые русские традиции.

В связи со всем этим особую актуальность приобретает изучение тех форм благотворительности и тех социальных институтов, которые уже на протяжении многих веков благополучно применяются на практике не только во многих странах, но и имели место на Руси до революции. Почему бы их не инкорпорировать в современную социальную модель государства? Одним из таких институтов, зародившихся в XIX веке, были общины сестер милосердия. Для того чтобы «встроить» ее в современную модель гражданского общества и сделать ее работоспособной, обратимся к предшествующему опыту создания и функционирования этого института.

Надо сказать, что термин «община сестер милосердия» является продуктом христианской культуры. Он предполагает целый набор социокультурных функций, выполняемых сестрами, среди которых преобладает медицинская и просветительская деятельность, благотворительность, миссионерство и т.д. Однако согласно определениям российских словарей, целевая функция общин сестёр милосердия одна, - медицинская, европейские же словари значительно расширяют области деятельности общин. Связующим звеном между различными интерпретациями является, по сути, только медицина, а основная семантическая единица «милосердие» - фактически таковой не является. Тем не менее, для устроителей первых российских общин слово «милосердие» означало, прежде всего,

высшую христианскую добродетель. Поэтому, они настойчиво пытались передать свои общины под руководство церкви. Именно этим объясняется организация деятельности сестер - труд и жизнь в общине и требования к ним - безвозмездность работы, строгая дисциплина, полное послушание вышестоящим [2].

Считается, что впервые служба сестёр милосердия была организована во время Крымской войны англичанкой Флоренс Найтингейл. Флоренс вместе со своими помощницами, среди которых были монахини и сёстры милосердия, отправилась в полевые госпитали сначала в Турцию, а затем в Крым. Тогда и сформировался стереотип: медсестра — это санитарка, которая выносит с поля боя раненых или стоит у операционного стола. Среди первых сестер, отправившихся на фронт, были и сестры милосердия московской Никольской обители. Добровольно и организованно они отправились на передовую для оказания помощи раненым.

В годы Крымской войны великой княгиней Еленой Павловной была учреждена первая в России и в Европе Крестовоздвиженская община сестер милосердия. Эти женщины проходили специализированную подготовку для работы непосредственно в рядах действующей армии. Пирогов Николай Иванович, знаменитый врач, осуществлял руководство и организационную деятельность в формировании нового социального института[1].

Если говорить о развитии института сестер милосердия в России, то вполне четко можно выделить три периода: а) возникновения общин (1844-1867 гг.), б) расцвет общин (1867 г. - конец XIX в.) и в) период кризиса общин (конец XIX в. -1917 г.). Первые российские общины вели широкую благотворительную деятельность. Появление Общества попечения о раненых и больных воинах (впоследствии - РОКК) способствовало дальнейшему расширению и расцвету этого института. Но вместе с тем, деятельность общин сестер милосердия к концу XIX века сужается и сосредотачивается на цели, которую ставит перед собой РОКК - оказание медицинской помощи. Духовный, нравственный аспект постепенно отходит на второй план. Церковный же институт сестер милосердия в Российской Империи не сложился. Сам термин «сестра милосердия» несколько смущал представителей православного духовенства, поскольку был принят из католической традиции, к тому же не имел под собой прецедентов в жизни ранних христианских общин. Это привело к тому, что Церковь так и не решилась взять под свое руководство развитие института сестер милосердия. Кроме того православные монастыри не могли участвовать в полной мере в этой благотворительной деятельности, поскольку как среди светских, так и духовных лиц не было единства во взгляде на то, чем должно и можно заниматься монашествующим.

На рубеже XIX-XX веков возникло противоречие между целями РОКК, куда входило подавляющее большинство общин сестер милосердия, и существующим способом организации их деятельности. К этому времени можно уже говорить о складывании профессии медицинской сестры. Она требовала иной регламентации прав и обязанностей – уже как профессиональной деятельности. В такой ситуации общинный способ организации становится тормозящим фактором в развитии новой профессии. При этом многие люди, стоявшие во главе общин, местных комитетов и управлений, зачастую не вникали в жизнь и деятельность сестер милосердия, формально подходя к своим обязанностям. Постепенно дисциплина в общинах сестер милосердия начинает падать. Не имея возможности изменить установленные жесткие правила, многие сестры начинали их нарушать или просто уходили из общин[2].

В современных публикациях по истории благотворительности тема сестер милосердия встречается редко. Однако движение Красного Креста, его функционеры напрямую связаны с этим социальным явлением. Они действуют согласно одним и тем же принципам. Благотворительность не может ограничиваться рамками понятия помощи «своему». Благотворительность подразумевает помощь любому, ее оказание ограничивается лишь по признаку актуальности. Сострадание не различает своего и вражеского солдата, если они одинаково беспомощны. Значит, в суровых условиях войны высшее проявление сострадания должно носить характер «*Inter arma caritas*» («милосердие между армиями» — лат.). А это и есть девиз Красного Креста — организации, к образованию которой мир подтолкнула именно Крымская война и стихийно возникшие отряды сестер милосердия [2].

История движения сестер милосердия чрезвычайно богата. Она продолжает писаться и сегодня, поскольку женщин, которые избрали своей жизненной стезей служение милосердию, можно встретить в любой точке мира. В советское время понятие «сестер милосердия» практически не использовали, поскольку соответствующего института и не существовало. Мы не находим это понятие ни в законодательстве, ни в обыденной жизни. Хотя оно, теми, кто понимает смысл и роль этого института, так или иначе ассоциируется с понятием «социальное добровольчество», «добровольцы» и др. терминами, которые на рубеже конца 19 века приобретают новый «оттенок». В 80 и 90 годах российское общество претерпевает переформатирование мировоззренческих позиций, меняются социально-экономические связи и отношение, «гласность и перестройка делают свое дело в умах населения. Со сменой политического режима в конце XX века открываются границы, и люди, выезжая за пределы России, видят как относятся в других странах к проблеме бедствующих, престарелых, больных и немощных людей. Ни сразу но постепенно у людей меняется мировоззрение в отношении неформальных организаций и их роли в становлении

социального государства. Поначалу государство и политические организации, оказывая прессинг через СМИ и другие инструменты не позволяли воплотить в жизнь творческую энергию и энтузиазма тех, кто хотел принести пользу, оказывая бескорыстное служение. Но со временем стали появляться неполитические неформальные группы и общественные организации нового типа (независимые от политического и государственного управления) [1]. Так, в 80 -ые годы прошлого столетия добровольчество как институт формировался по новому и стал брать на себя ответственность, оказывая помощь и защиту душевнобольным, ветеранам войны, беженцев и вынужденным переселенцам, одиноким старикам, людям с ограниченными возможностями и тяжелобольным, бездомным, заключенных в тюрьмах, больных и безнадзорных детей, бедных людей, группы, действовавшие в сфере экологии и культуры, стали первыми точками общественного внимания и развития социального добровольчества. Тогда эти группы и организации назывались неформальными, а их участники не добровольцами, а неформалами. Так, например, одним из первых стало работать в Ленинграде Неформальное объединение «Человек», состоявшее преимущественно из врачей, учителей и студентов, причем не только медицинских вузов. Их миссией была помощь одиноким инвалидам опорникам, помогая им выходить из не оборудованных лифтами домов, посещать музеи, не имевшие пандусов и подъемников. Общество милосердие «Ленинград», добившееся права государственной регистрации в 1988 году, положило начало становлению деятельности независимых от влияния государства общественных объединений, на всей территории СССР, что стимулировало развитие движения милосердия и принятию в 1990 году Закона СССР «Об общественных объединениях». Этот закон стал первой правовой базой для дальнейшей реализации добровольческой деятельности в новой России.

Оппоненты по вопросу возрождения института сестер милосердия скажут, что есть система медицинской помощи, и данные отношения урегулированы законодательством и нет необходимости в мирное время создавать на уровне государства подобный институт. Однако, если вспомнить практику применения труда сестрами милосердия, то можно обнаружить, что они оказывают помощь не только в военное время тяжело раненым больным, но и помогают в различных критических ситуациях всем нуждающимся в квалифицированной психологической и социальной помощи и добром отношении. В этом, например, нуждаются многие молодые люди, попавшие в сложное социально-экономические положение и не нашедшие выхода из сложившейся ситуации. В этой помощи нуждаются, прежде всего, беременные женщины, которые столкнулись с трудностями и не знают, как поступить, либо боятся обратиться в медицинские центры и центры за психологической

поддержкой. Кто защитит их права, и кто окажет посильную помощь так необходимую в определенный период их жизни? [2].

Нам видится, что, несмотря на светский характер российского государства необходимо поддерживать не только развитие системы здравоохранения как сферу государственных и муниципальных услуг на должном уровне, но и поощрять деятельность некоммерческих благотворительных организаций, общественных объединений, в частности, религиозных организаций, способствующих возрождению института сестер милосердия. В возрождении и поддержании этого института социальной и медицинской помощи нуждающимся весомая роль отводится бизнес-сообществу. Поскольку именно купечеству в свою бытность поддерживало и курировало данные направления социальной работы. Ни секрет, что именно под патронажем богатейших лиц Российской империи были выстроены приюты, богадельни, больницы и другие объекты социальной структуры, некоторые из которых не утратили своего предназначения и сегодня.

Какие шаги необходимо предпринять на пути возрождения института сестер милосердия в России:

1) Широкое освещение деятельности благотворительных и иных общественных организаций, волонтеров, (посредством СМИ, социальные сети и др. способов передачи информации);

2) разделение полномочий на правовом (законодательном уровне) между благотворительными, религиозными и иными общественными организациями, волонтерами и государственными (муниципальными) службами;

3) придание сестрам милосердия особого статуса и признания деятельности сестер особой профессией;

4) организация системы подготовки сестер готовых служить, сопровождающаяся информационной, финансовой и иной поддержкой со стороны государства;

5) поддержка (патронаж) благотворительных организаций со стороны бизнес сообщества.

Система совместного сотрудничества государства и гражданского общества, в частности бизнеса, и шаги по возрождению института сестер милосердия в России дают позитивные результаты, например, сестры милосердия, священники и волонтеры помогают пациентам столичных больниц. «Духовную и медицинскую помощь будут оказывать инвалидам, ВИЧ-инфицированным, бездомным, пострадавшим от чрезвычайных ситуаций. Соответствующее соглашение подписали представители государственных служб и председатель синодального отдела по благотворительности РПЦ. В дальнейшем планируют создать двустороннюю комиссию для эффективного сотрудничества в этой области» [3].

Вселяет оптимизм и надежду на воссоздание Института сестер милосердия тот факт, что в настоящее время данный Институт планируют возродить в Вооруженных силах России. Их будут готовить в Главном храме Вооруженных Сил РФ, который возводится в парке «Патриот» в подмосковных Кубинках (сдается в 2020 го). Собор воплотит память о подвиге русского народа, совершенном в годы Великой Отечественной войны.

«Радует воссоздание института сестер милосердия, в частности при главном храме Вооруженных Сил России, который будет помимо оказания медицинской помощи нуждающимся совмещать функции церкви и образовательного и культурно-мемориального центра» [4].

Развернувшаяся в последнее время система волонтерского движения по России и возрождение института сестер милосердия на наш взгляд является хорошим знаком и неотъемлемой частью оздоровления духовности российского общества. Но данная работа требует, безусловно, сотрудничества по многим вопросам (информационное, финансовое и юридическое сопровождение проектов) государства, общественных организаций и бизнес-сообщества.

#### Список литературы

1. Елена Вербенина. Эхо истории: сестры милосердия, как это было // URL: <https://www.miloserdie.ru/article/eho-istorii-sestry-miloserdija-kak-eto-bylo/> (дата обращения: 22.09.2019)
2. Правдиковская, Евгения Николаевна. Общины сестер милосердия в культуре России: диссертация ... кандидата культурологии : 24.00.01 / Правдиковская Евгения Николаевна; [Место защиты: Моск. гос. ун-т культуры и искусств].- Москва, 2012.- 196 с. // URL: <http://www.dslib.net/teorja-kultury/obwiny-sester-miloserdija-v-kulture-rossii.html>
3. Священники и сестры милосердия будут помогать пациентам столичных больниц// URL: <https://www.m24.ru/news/obshchestvo/23052019/77278> (дата обращения: 20.09.2019)
4. <https://vm.ru/news/345340-institut-sester-miloserdija-vozrodyat-v-vooruzhennyh-silah-rossii>

©Моджина Н.В., Чуданова А.П., 2019

Латыпова А.Р.

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ И КАК НАУКА

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** В основу статьи положены исторические данные истории медицины и науки разных столетий, их проблемы развития, общие положения, краткая характеристика и взаимосвязь.

**Ключевые слова:** история медицины, наука, врач.

Latypova A.R.

## THE HISTORY OF MEDICINE AS AN ART OF HEALING AND AS A SCIENCE

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Summary:** the articles are based on the historical data of the history of medicine and science of different centuries, their development problems, general provisions, a brief description and the relationship.

**Key words:** history of medicine, science, doctor.

Актуальность: в наше время история медицины и история науки актуальна для студента медицинского вуза и практикующего врача, как источник знаний и основы медицины. История медицины является частью более общей фундаментальной специальности, именуемой «История и философия науки». Медицина - наука и фундаментальная и прикладная одновременно.

Научные исследования в анатомии, физиологии - фундаментальная наука.

Хирургия, акушерство-гинекология и др. - пример прикладной науки. Вместе с тем эти и другие клинические специальности, помимо прикладной науки, имеют другую практическую составляющую - искусство вылечить больного человека. Все это в совокупности даёт врачу способность к клиническому мышлению и большому числу практических навыков. Мы видим во врачебной профессии комбинацию научных знаний и практических навыков.

История медицины изучает и то, и другое. Однако ИМ науки и история искусства врачевания совсем не одно и то же.

История медицины помогает понять духовные ценности зарождавшиеся ещё из древних времён, истоки зарождения, показывает на сколько образованным и гуманным должен быть врач в современном мире, так как развитие технологий не стоит на месте, изучая историю медицины, с самых корней зарождения, мы видим это на примере

легендарных личностей, ученых, философов, врачей. Современный врач должен быть всесторонне развитой личностью, эта проблема очень актуальна в 21 веке.

Цель работы: исходя из актуальной проблемы цель показать современному врачу насколько важна история медицины в современном мире, на примере выдающийся современников разных столетий, изучить их богатое духовное наследие, их взгляды на важные проблемы врачебной профессии в котором они жили, и сделать выводы и сформировать образ идеального врача современности.

Материалы и методы: книги по истории медицины, науки и философии, электронные статьи с сайта <https://cyberleninka.ru/>

Результаты исследований и их обсуждение: Начнём с того что веками копились практические навыки, накапливались и определенные знания об искусстве врачевания.

Все это предполагает у врача способность к клиническому мышлению и большому числу практических навыков. Мы видим во врачебной профессии комбинацию науки и практики.

История медицины изучает и то и другое.

Искусство врачевания такое же древнее, как и сам человек. Уже в первобытные времена появились первые ростки врачевания (магические ритуалы, и практические навыки). Сколько существует человек, столько же существует оружие, раны от него, попытки эти раны излечить. Другой пример, это родовспоможение, которое известно на протяжении всей истории человечества.

История науки отличается от истории искусства врачевания, тем что в современной истории науки есть четкая периодизация, четкие критерии научного знания, которыми пользуются ученые во всем мире.

1. Преднаука, с 1 тысячелетия до н.э до XVI в.

Возникают 1 философские образы о природе (натурфилософия), они носят характер общих и алогических умозрительных теорий. Копятся сведений, приемы и методы, которые используются для решения научных (математических, астрономических, медицинских) вопросов, в философии появляются соответствующие разделы, которые не спеша переходят в отдельные науки: математику, астрономию, медицину и т.д.

2. Эпоха научной революции. XVI-XVII в. В этот период заложены основы современного естествознания.

Отдельные факты, добытые ремесленниками, врачами, алхимиками, начинают постепенно анализироваться и обобщаться.

1) Появляются новые нормы и примеры построения научного знания, связанные с математическими науками, формулировкой законов природы, проверкой теории в



результате эксперимента и с критикой в отношении религии и натурфилософскому мировоззрению, не имеющих достоверного обоснования.

2) Наука обретает собственную методологию, начинает решать вопросы связанные с нуждами практической деятельности. Начинает существовать как самостоятельная деятельность.

3) Появляются ученые-профессионалы, развивается система университетского образования, возникает научное сообщество.

### 3. Классическая наука (XVIII-XIX вв).

Образуется множество отдельных научных дисциплин, создаются фундаментальные теории в математике, физике, биологии и других науках.

### 4. Постклассическая наука XX вв.

Переворот в науке, связанный с появлением новых теорий в математике (критический анализ теории множеств), физике (создание теории относительности и квантовой механики), в биологии (развитие генетики), появление новых фундаментальных теорий в медицине и в других науках человечества.

Дистанция между научными открытиями и их примирением сократилась до min.

В этот период наука разрастается и превращается в одну из важных отраслей раскрытию тайны человеческих способностей.

Общие положения истории и философии науки.

Наука-особый вид познавательной деятельности, нацеленный на выработку объективных, системно организованных и обоснованных знаний о мире.

Наука представляет процесс познания, направленный на воссоздание объективной картины мира, отражение мира в виде совокупности объективных систем. (Чудин. Э.М.)

В наши дни общепринята стандартная концепция науки и в соответствии с ней научное знание характеризуется

1) объективностью

2) наука устанавливает законы природы

3) научное знание формируется в процессе беспристрастного отбора фактов и их взаимосвязи, и в дальнейшем формирования научных теорий.

Врач в процессе своей деятельности наблюдает и устанавливает объективные данные – физиологические и клинические проявления болезни. Примером может служить исследования Павлова И.П, одно из них это открытие различных фаз ЖС, установлена их взаимосвязь, в отношении факторов внешней среды, и взаимное воздействие различных отделов пищеварительного тракта и блуждающего нерва.

Объективность научного знания, понятна для врача, черпающего знания в физиологическом эксперименте и клинической практике.

Выводы: в результате проведённого исследования можно сделать выводы о том, что врачи на протяжении большого количества времени копят знания и сохраняется опыт прожитых лет, которыми современник пользуется и изучает посредством истории медицины и науки. В современном мире врач должен всесторонне развитой личностью, личностью которая постоянно совершенствуется и растёт, 21 век - это век технологий и возможностей которым нет ни конца ни края, что даёт ещё больше шансов на выдающиеся открытия и совершенствование медицины.

#### **Список литературы**

1. Гусева Е.А., Леонов В.Е. Философия и история науки: учебник.-М.: Инфа-М, 2013.-128 с.
2. История и философия науки: учеб. Пособие в 4 кн. / В.Г. Борзенков. – М.: И-во Моск. Унта, 2009.- Кн. 1. Общие вопросы. - 264 с.
3. Лисицин Ю.П. История медицины:учебник. – М.: Академия. 2008.-560 с.
4. Степин В.С. Цивилизация и культура. -СПб.: СПбГУП, 2011.- 408 с.
5. <https://cyberleninka.ru/> способ оформления статьи, дата обращения (31.10.19)

©Латыпова А.Р., 2019

**Исмагилова А.М.**

## **ФИЛОСОФИЯ КАК ОСНОВА ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЫ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в статье рассматривается взаимосвязь медицины и философии, изучается их предмет исследования, проблемы исследования. Прослеживается связь между ними сквозь историю медицины.

**Ключевые слова:** философия, медицина, медицинская философия.

**Ismagilova A.M.**

## **PHILOSOPHY AS THE BASIS FOR THE STUDY OF MEDICINE**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** the article deals with the relationship of medicine and philosophy, their subject of study, research problems. There is a connection between them through history of medicine.

**Keywords:** philosophy, medicine, medical philosophy.

Актуальность работы. На сегодняшний день преподавание философии в медицинских вузах актуальна студентам и применение медицинской философии в повседневной работе врача, т.к. «медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколь последняя – без доставляемых ей медицинских фактов» (Гиппократ).

Цель работы. Изучить связь между философией и медициной и открыть роль медицинской философии в труде врача.

Материалы и методы. Электронные статьи из ресурса cyberleninka.ru

Результаты и обсуждения. «Врач - философ подобен Богу» (Гиппократ).

Философия и медицина в равной степени архаичны. Их близкая взаимосвязь выражается в общем предмете исследования: человек, личность и влияние общества на личность. Несмотря на различные способы поиска сути (медицина- путь практического действия, а философия – путь теоретического обобщения), они решают одинаковые проблемы – проблема выживания человечества на Земле, проблема самоопределения человека. Поэтому медицина и философия неотрывно соединены между собой, т.к. отдельно они лишаются цельности: медицина забывает о личности и «утопает» в деталях и частностях, а философия уходит от эмпирии, «витаает в облаках».

Из тесной связи философии и медицины появилась отдельная наука – медицинская философия. Эта наука изучает законы онтологии, этики и эпистемологии. Одни из основных вопросов – моральные и этические взаимоотношения врача и пациента, корректность действий врача с точки зрения культуры, религии и истории.

В медицинской философии Востока человек рассматривался как единый организм, где незыблемо связаны душа и плоть. Болезнь земной оболочки рассматривалась вместе с болезнью души. Таким образом, лечение болезней начиналось с установления душевного баланса.

Древнегреческие врачи-философы пытались понять человеческую психику, разобраться в личности человека и определить значимость здоровья человека.

В эпоху Средневековья врачи изучали влияние общества на патологические процессы в организме, адаптацию организма к внешней среде и условиям.

В период Нового Времени Ньютон открыл законы классической механики, поэтому врачи рассматривают человеческий организм как машину.

В 19 веке развивается психосоматическая медицина, где психические и соматические состояния рассматриваются воедино. Идеи психосоматической медицины развивали в учении Фрейда и гештальтпсихологии.

Философия медицины современного времени развивается в нескольких направлениях. На сегодняшний день медицинская философия поднимает проблемы здорового образа жизни, здоровья личности, человеческой духовности, адаптации организма к современному ритму жизни и этические взаимоотношения врача и пациента.

Выводы. Из этого следует, что философия и медицина на протяжении времени обогащают и пересекаются друг с другом.

#### **Список литературы**

1. Кудашов В. И. Философия медицины и медицинский взгляд на философию // Сибирское медицинское обозрение. 2010. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/filosofiya-meditsiny-i-meditsinskiy-vzglyad-na-filosofiyu> (дата обращения: 31.10.2019).
2. Кудашов В. И. Философские проблемы здоровья человека // Сибирское медицинское обозрение. 2012. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/filosofskie-problemy-zdorovya-cheloveka> (дата обращения: 31.10.2019).
3. Ярославцева Анна Владимировна Парадигма Гиппократата и методологические, аксиологические основания современной медицины // ИСОМ. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/paradigma-gippokrata-i-metodologicheskie-aksiologicheskie-osnovaniya-sovremennoy-meditsiny> (дата обращения: 31.10.2019).

© Исмагилова А.М., 2019

Хаева А.Д.

## РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В РОССИИ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** в статье рассматривается история развития медицинского права в России.

**Ключевые слова:** правовая культура, медицинское право, история.

Haeva A.D.

## DEVELOPMENT OF MEDICAL LAW IN RUSSIA

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary:** the article deals with the history of medical law development in Russia.

**Keywords:** legal culture, medical law, history.

Актуальность. На сегодня существование системы российского здравоохранения базового образования специалиста становится наиболее актуальным. Дефицит правовой культуры работников в сфере медицине указывает на необходимость подготовки специалистов здравоохранения по медицинскому праву.

Цель. Изучить историю развития медицинского права в России. Материалы и методы. Дозволение предоставляет участникам общественных отношений право на совершение действий в положительную сторону, указывает на возможное поведение субъектов. Например, в первую субботу проходит встреча выпускников БГМУ, но это не обязательное мероприятие.

Предписание утверждает обязанность физических и юридических лиц совершать какие-либо активные действия. Пример: правила медицинского этикета, помочь пожилому человеку.

Запреты указывают на необходимость воздержаться от определенного поведения, признаваемого противоправным. Например, нельзя выполнять медицинские вмешательства без согласия пациента.

Обсуждения. Медицинское право - молодая отрасль права, которая является частью правовой и медицинской науки. Однако нельзя сказать, что его развитие относится лишь к последним десятилетиям. Действительно, в это время произошли существенные события и в медицине, и в сфере юриспруденции. В то же время обращение к истории при рассмотрении вопросов медицинского права представляется оправданным.

Медицинское право формировалось на протяжении многих столетий. На Руси врачей называли лечцами. О них говорится в «Русской правде»- своде русских законов, который был составлен при Ярославе Мудром (в первой четверти XI века), впоследствии «Русская

правда» многократно переписывали и дополняли новыми законами. «Русская Правда» законодательно устанавливала оплату труда лежцов: по законам того времени человек, нанесящий ущерб здоровью другого человека, должен был уплатить штраф в государственную казну и выдать пострадавшему деньги для оплаты за лечение. Но началом государственной медицины России было положено Царём Иоанном IV Васильевичем Грозным в 1581 году учреждением Аптекарской палаты, преобразованной при Царе Борисе Годунове в Аптекарский приказ (1594-1595). Аптекарский приказ- первое государственное учреждение здравоохранения на Руси. Его основными функциями были: строгий контроль земель, принятие определенных мер профилактики при эпидемиях, организация медицинской помощи, приглашение зарубежных докторов, подготовка лекарей. Мы можем историю зарождения медицинского права разделить на несколько периодов: в X-XVII веках регламентация врачевания в Древней Руси и Московском государстве, регулирование предоставления медицинской помощи во время правления Петра I (конец XVII века- I четверть XVIII века). Во время его правления произошли значимые преобразования в медицинской службе России. Пётр I был лично знаком с Рюйшем, Левенгуком и Бургавом, известными голландскими учеными. При участии Петра началось строительство госпиталей и обучение при них врачей. Так в 1707 году в Москве был открыт госпиталь в Лефортове, который существует теперь как главный госпиталь вооруженных сил имени Н. Бурденко. Осуществлялась подготовка медицинских кадров медико-хирургических училищах, в госпитальных школах. Петр I являлся членом Парижской Академии наук, имел колоссальные знания в области техники, был хорошо знаком с естественными науками и понимал огромное государственное значение медицины. Он сам перевязывал раны, изучал анатомию, хорошо производил некоторые хирургические операции, например, кровопускание, пункцию живота и другие. Значимым событием в развитии медицины в России стало открытие в 1725 году Академии наук, которое было подготовлено Петром I во главе с президентом Лейб-медиком врачом Лаврентием Блюментрост. Российская Академия наук стала одним из основных центров российской и европейской науки. В XVIII веке, в период осуществления больших преобразований в культуре, медицине, науке, экономике, совершенствовались и органы управления здравоохранением: в 1721 г. появилась Медицинская канцелярия, в 1763 г. — Медицинская коллегия.[4]. В период Российской империи (II четверть XVIII века-1917 год) проводилось правовое обеспечение медицинской деятельности, с 1917 по 1991 года основывалась юридическая регламентация, в период формирования и становления Российской Федерации как суверенного государства с 1991 года по настоящее время идет правовое регулирование медицинской деятельности.[2] В 1991-2011 годах появились новые законы в области охраны здоровья. Например, закон РФ

"О медицинском страховании граждан в РФ", Федеральный закон "Об экологической экспертизе", "О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ", "О дополнительных мерах по охране материнства и детства", "О лекарственных средствах", "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", "О физической культуре и спорте", "О качестве и безопасности пищевых продуктов".

В Конституции РФ отдельная статья 41 посвящена тому, что каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь и охрану здоровья. Медицинская помощь в учреждения здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств бюджета, страховых взносов. В РФ финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию экологическому благополучию. Соккрытие должностными лицами обстоятельств и фактов, которые создают угрозу для здоровья и жизни людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом. [1]

Сегодня же закрепляется определение медицинского права как независимой отрасли, которая руководит общими, связанными с деньгами и собственностью, и личными взаимоотношениями, появляющимися на почве мероприятий санитарно-эпидемиологического характера и оказания медицинских услуг людям. Отношения в сфере охраны здоровья граждан тесно взаимодействуют с такими отраслями, как конституционное право. Например, нарушение концепции бесплатной медицинской помощи. Трудовое право, его задача состоит в регулировании связей между работником, врачом и работодателем, организацией, уголовное законодательство, например, в сфере ответственности за халатные действия врача, гражданское право закрепляет вопросы, связанные с имуществом, порядок заключения договоров оказания услуг и прочее. Рассмотрение медицинского права полагает и анализ его принципов. Принципы - объективные свойства права, которые коренятся в его содержании. Они оказывают как прямое, так и опосредованное воздействие на общественные отношения, когда определяют применение конкретных норм.

Основными принципами медицинского права являются соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, ответственность органов государственной власти и управления, предприятий и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.[2] Из вышесказанного мы видим, что медицинское право является самостоятельной отраслью права с собственными предметом правового урегулирования. Также следует сказать о том,

что в условиях повышения роли медицинского права как отрасли, особое значение приобретают и регулируемые данной отраслью отношения, вопросы охраны здоровья населения и качества медицинской помощи становятся все актуальнее с каждым годом.

В связи с этим, действующее законодательство в сфере оказания медицинской помощи должно предусматривать максимально полные гарантии реализации прав для пациентов, медицинских работников для того, чтобы свести к минимуму возможности и риски возникновения конфликта между пациентом и врачом.

#### **Список литературы**

1. <http://med.claw.ru/>
2. Г.Р.Колоков, Н.И.Махонько. Медицинское право: учебное пособие 2009.
3. Конституция Российской Федерации 12 декабря 1993 года

© Хаева А. Д., 2019



Габдрахманова Э.Р., Насретдинова А.Р.

**МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО В НАШЕ ВРЕМЯ И ЕГО ИСТОРИЯ**  
**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В статье в хронологическом порядке приведены основные законы медицинского права, начиная с 1016 года и заканчивая 2001 годом, некоторые из них являются действительными в настоящее время. Рассмотрены плюсы и минусы медицинского права, существовавшего в прошлом, а также современного медицинского права. Выявлены изменения, которые происходили с правовыми нормами в области медицины, поведены итоги.

**Ключевые слова:** история, право, медицинское право, медицинские правовые нормы, закон, охрана здоровья.

**Gabdrakhmanova E.R., Nasretdinova A.R.**

**MEDICAL LAW IN OUR TIME AND ITS HISTORY**  
**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary:** the article presents in chronological order the main laws of medical law, starting from 1016 and ending in 2001, some of them are valid at the present time. The advantages and disadvantages of medical law that existed in the past, as well as modern medical law, are considered. The changes that occurred with the legal norms in the field of medicine were revealed, and the results were summed up.

**Keywords:** history, law, medical law, medical legal norms, law, health protection.

Актуальность: Без прошлого не было бы настоящего. Основы медицинского права, которое регулирует общественные отношения в современной медицине, были заложены в прошлом.

Цель работы: узнать, какие изменения произошли в области медицинского права.

Материалы и методы: интернет-ресурсы, электронные учебники, составление хронологической таблицы, анализ специальной и исторической литературы.

Медицинское право - это правовые нормы, которые регулируют взаимоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи, между медицинскими работниками и пациентами. Изменения медицинского права невозможно проследить без изучения его истории.

Не все законы постоянны, государство может вносить в них изменения. Из-за многочисленных поправок (в некоторых законах их может быть несколько сотен) становится

сложно ориентироваться в правах [4]. Вероятно, не каждый знает о каких-либо поправках или вовсе не интересуется законом. Но знание законов не мешает человеку, тем более в медицинской сфере.

К сожалению, некоторые законопроекты о правах пациентов так и не принимаются, даже спустя много лет [4]. К данной проблеме нельзя не относиться негативно, есть вероятность, что именно тот закон, который не приняли, был бы полезен людям.

Самыми актуальными были, есть и остаются законы об охране здоровья. Но не всегда данные законы разрабатываются качественно, на что и указывают множественные поправки в документах.

История медицинского права включает в себя разные законопроекты, которые были выпущены в разное время, в разные периоды. Формирование медицинского права обусловлено было следующими причинами: изменение рыночных отношений, в том числе и в медицине (медицинское страхование, частная медицина, предпринимательская активность); появление множества законодательных актов федерального и регионального уровня в сфере охраны здоровья граждан; требования населения к качеству медицинской помощи; принципиальные изменения в медицинской науке и биологии, приведшие к возникновению новых этико-правовых требований к регулированию отношений (искусственное оплодотворение, генная инженерия, трансплантация органов и тканей и др.) Становление медицинского права начинается в период Древней Руси. В летописях указывается наличие в этот период трех принципиальных разновидностей оказания медицинской помощи народной медицины, монастырской медицины светской (городской) медицины. В XI веке Ярославом Мудрым был составлен свод законов «Русская правда», в которой находим информацию о лечцах (так в древней Руси называли врачей). Сближение с Византией в результате крещения Руси, способствовало развитию медицинских знаний. Причем сила влияния Византии была значительной, свидетельством чему являются найденные на Руси различные медицинские сочинения Гиппократов, Галена и других, которые действительно были востребованы, а также особое внимание киевских князей к вопросам внедрения передовых достижений Византии. При этом гонению подверглись хранители старинных традиций первобытно-общинной медицины, стали подвергаться гонениям вначале со стороны церкви, а затем, поскольку они нередко выступали в роли руководителей народных восстаний, - и преследованиям со стороны великокняжеской власти [4]. Развитие медицины продолжилось в монастырях. Монастырская медицина явилась проявлением повышения роли церкви в жизни общества. Данный вариант оказания медицинской помощи в Древней Руси был, скорее всего, первым, подвергшимся регламентации. Если народная медицина по объективным причинам регулировалась, по

сути, внеправовыми средствами (морально - этические нормы, обычаи), то врачевание в монастырях было урегулировано в более значительной мере. Это достигалось за счет положений Церковного Устава Владимира Святого.

Ученые отмечают, что лечение в монастырских больницах оказывалось бесплатно «безмездное врачевание», что отличает данный вид медицины от народной и светской (городской). В первом случае оплата осуществлялась самыми разнообразными способами, в то время как при светской медицине чаще всего в качестве оплаты служили деньги. Большую роль в развитии монастырской медицины сыграл Киево-Печерский монастырь (XI век) [4].

К числу представителей светской медицины относят иностранных лекарей, которых на Руси того времени было немало. Исторические источники упоминают, что среди первых русских врачей, имена которых сохранились и дошли до наших дней, выделяются Иоанн Смеря, который был врачом киевского князя Владимира Святого и Петр Сириянин, исцелявший людей в Чернигове. Существование на Руси частных врачей в XII веке подтверждается историческими источниками.

Первые попытки регламентировать деятельность медицинских деятелей можно найти и в «Судебнике», который был создан во время правления Ивана III. При Иване Грозном появились «Документы аптекарского приказа». Примерно в начале XVII века существовала Государева аптека, она обслуживала семью Ивана IV. Вероятно, это стало причиной зарождения аптекарского приказа. Сближение с Европой, Великое посольство Петра I обострило потребность в специалистах в области медицины возросла, поэтому темы организации медицинского дела присутствуют в Воинском и Морском уставах [7]. К тому времени «Русская Правда» уже не справлялась с регулированием всех вопросов в сфере охраны здоровья. Дальнейшая регламентация оказания медицинской помощи в период Московского государства в XV - XVII века была связана со свержением татаро-монгольского ига, объединением русских земель вокруг Москвы, началом функционирования России как единого государства сыграли определенную положительную роль в деле юридической регламентации медицинской деятельности.

В 1857 году впервые был напечатан Врачебный устав, включающий в себя 1866 статей [2]. Он является частью XIII тома Свода законов. По-видимому, такое огромное количество статей во Врачебном уставе можно назвать минусом. Качество не всегда определяется количеством. Необходимость правового мониторинга очевидна. В результате правового мониторинга восприятие правовых норм стало бы легче [6].

1 декабря 1924 года было принято постановление "О профессиональной работе и правах медицинских работников". Прочтение постановления не занимает много времени,

данный документ максимально доступно разъясняет медицинские права, позволяя избежать совершения различных ошибок медицинскими работниками. 1 июня 1970 года в СССР вступил в силу закон «О здравоохранении». Первое предложение гласит: «Охрана здоровья народа - одна из важнейших задач...». Так и должно быть. Конечно, можно прожить без знания законов, но без здоровья никак. А значит, следует знать об основных документах, охраняющих здоровье граждан.

1 августа 1993 года вступили в силу «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», а затем различные заявления и декларации, действующие на сегодняшний день [3]. Основные документы и время их появления приведены в таблице 1.

Важной частью прав человека является право на здоровье. Оно включает в себя безопасное питание, доступность необходимых лекарств для лечения, такие условия труда и состояние окружающей среды, которые не будут негативно влиять на здоровье людей. Право на здоровье было признано в 1948 году Всеобщей декларацией прав человека. Без данного права невозможно представить жизнь людей. Медицинское право необходимо для сохранения здоровья населения, оно постепенно развивается как самостоятельная отрасль права [5, С. 23-26].

К середине XX века назрела необходимость создания Всемирной медицинской ассоциации, объединявшей в 1997 году 64 страны мира. Ассоциацией были приняты: Международный кодекс медицинской этики; Заявления и декларации: о торговле живыми органами; о политике в области охраны здоровья детей; о пособничестве врачей при самоубийствах; о телемедицине и медицинской этике другие нормативные документы.

Стоит отметить, что одним из первых источников медицинского права в европейской истории была клятва Гиппократов. Большинство положений клятвы Гиппократов отражены в законах, которые актуальны в настоящее время. На протяжении многих лет законы меняли свою форму, количество положений, претерпевали изменения различные положения в зависимости от исторического времени, государственных правителей, положения страны в разных сферах общества. Но, в основном, смысл медицинских прав остался тем же. Оказание медицинской помощи, хранение медицинской тайны, совершенствование профессионализма, доброжелательное отношение к коллегам и пациентам, неременное исполнение врачебного долга - данные правовые нормы неотъемлемая часть медицинского права.

Выводы: При сравнении медицинских правовых норм, которые включает в себя история нашей страны, с современным медицинским правом становится очевидна эволюция данных норм. Если раньше в документах описывались не все проблемы, то сейчас в них можно найти ответы на большую часть вопросов. Так, медицинское право развивается, улучшая качество жизни людей.

Таблица 1. История медицинского права (1016-2001 годы)

Год	Принятый документ	
1016 год XI века	Русская правда	
1497 год	Судебник	
1686 год	Боярский приговор	Документы аптекарского приказа
1716 год	Воинский устав Петра I	
1720 год	Морской устав Петра I	
1905 год, прод. 1912 и 1913 года, XIX век	Врачебный устав	
1 декабря 1924 года (принят ВЦИК и СНК РСФСР)	Постановление «О профессиональной работе и правах медицинских работников»	
<u>19.12.1969 года,</u> вступил 1 июня 1970 года	Закон СССР «О здравоохранении»	
1983 год	Международный кодекс медицинской этики	
Заявления и декларации:		
1985 год	Заявление о торговле живыми органами	
1987 год	Заявление о политике в области охраны здоровья детей	
1992 год	Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах; о телемедицине и медицинской этике	
22 июля 1993 года (вступил в действие 1 августа 1993 года)	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	
1994 год	Заявление о праве женщины на использование контрацепции	
Законы в области охраны здоровья:		

1991-2001 года	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».</li> <li>2. Федеральный закон «Об экологической экспертизе».</li> <li>3. Федеральный закон «О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ».</li> <li>4. Федеральный закон «О дополнительных мерах по охране материнства и детства».</li> <li>5. Федеральный закон «О лекарственных средствах».</li> <li>6. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»</li> <li>7. Федеральный закон «О физической культуре и спорте»</li> <li>8. Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов»</li> </ol>
Федеральные законы:	
1998-2001 года	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. «О психиатрической помощи»,</li> <li>2. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,</li> <li>3. «Об охране окружающей среды».</li> </ol> <p>Внесены изменения в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, готовятся масштабные изменения в закон «О медицинском страховании граждан в РФ».</p>

### Список литературы

1. Акопов В.И., Бов А.А. Юридические основы деятельности врача. - РнД.: -1997-с.6 - 16.
2. Большая медицинская энциклопедия. Врачебный устав. [Электронный ресурс]//[сайт]. URL:[https://big\\_medicine.academic.ru/3278/%D0%92%D0%A0%D0%90%D0%A7%D0%95%D0%91%D0%9D%D0%AB%D0%99\\_%D0%A3%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%92](https://big_medicine.academic.ru/3278/%D0%92%D0%A0%D0%90%D0%A7%D0%95%D0%91%D0%9D%D0%AB%D0%99_%D0%A3%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%92) (Дата обращения: 27.09.2019)
3. История медицинского права в России. [Электронный ресурс]//[сайт]. URL:<http://60med.ru/34-meditsinskoe-pravo/705-istoriya-meditsinskogo-prava-v-rossii.html> (Дата обращения: 27.09.2019)
4. Медицинское право: история возникновения, цель и необходимость формирования в современной России. [Электронный ресурс]//[сайт].

URL:[https://studme.org/156384/pravo/meditsinskoe\\_pravo\\_istoriya\\_vozniknoveniya\\_tsel\\_neobhodimost\\_formirovaniya\\_sovremennoy\\_rossii](https://studme.org/156384/pravo/meditsinskoe_pravo_istoriya_vozniknoveniya_tsel_neobhodimost_formirovaniya_sovremennoy_rossii) (Дата обращения: 27.09.2019)

5. Пучкова В.В. Исторические аспекты развития медицинского права как науки. Юридические науки: проблемы и перспективы. – Пермь: Меркурий, 2014. – с. 23-26.

6. Правовое регулирование труда в сфере медицинской врачевным уставом 1905 г. [Электронный ресурс]//[сайт]. URL:<http://moyuniver.net/pravovoe-regulirovanie-truda-v-sfere-medicinskoj-deyatelnosti-vrachebnym-ustavom-1905-g/> (Дата обращения: 27.09.2019)

7. Регулирование оказания медицинской помощи во время правления Петра 1 (конец XVII века - I четверть XVIII века). [Электронный ресурс]//[сайт]. URL:[https://vuzlit.ru/929157/regulirovanie\\_okazaniya\\_meditsinskoj\\_pomoschi\\_vremya\\_pravleniya\\_petra\\_konets\\_xvii\\_veka\\_chetvert\\_xviii\\_veka](https://vuzlit.ru/929157/regulirovanie_okazaniya_meditsinskoj_pomoschi_vremya_pravleniya_petra_konets_xvii_veka_chetvert_xviii_veka) (Дата обращения: 27.09.2019)

©Габдрахманова Э.Р., Насретдинова А. Р., 2019

Даутбаев Д.Г.

## ФИЛОСОФИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** Статья раскрывает философскую сторону проблемы наказания врачей за добросовестное выполнение своих обязанностей. Высокая ответственность работы врачей не должна приводить к последствиям, снижающим ценность личности, как пациента, так и медицинского работника. Само понятие врачебной ошибки в ближайшем будущем станет устаревшим. А механизация медицинской профессии может полностью уничтожить данный термин.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, ответственность, личность, врач, пациент

Dautbaev D.G.

## PHILOSOPHY OF MEDICAL MISTAKE

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** The article reveals the philosophical side of the problem of punishing doctors for the conscientious performance of their duties. The high responsibility of the work of doctors should not lead to consequences that reduce the value of the personality of both the patient and the medical worker. The very concept of medical error will become obsolete in the near future. And the mechanization of the medical profession can completely destroy this term.

**Keywords:** medical mistake, the responsibility, the personality, the doctor, the patient.

Актуальность: на сегодняшний день врачебные ошибки активно обсуждаются в СМИ и отношение к врачам среди населения России часто страдает из-за популяризации неправильного толкования данного термина.

Цель работы: раскрыть феномен врачебной ошибки со стороны ее вреда не только для пациента, но и для врача в личном и профессиональном плане.

Материалы и методы: библиографический, эмпирический,

"Errare humanum est" ("человеку свойственно ошибаться"), это выражение появилось тогда, когда еще лекари были уважаемыми людьми в обществе, а знания по медицине передавались из поколения в поколения, лишь изредка отпечатываясь на листах пергамента. До сих пор идет спор об авторстве этого актуального словосочетания. Одни считают, что его написал в V веке до нашей эры древнегреческий поэт Еврипид в трагедии "Ипполит", другие уверяют, что это был Цицерон - знаменитый трибун Древнего Рима. Как бы то ни было, у всех народов во все времена существовали сходные выражения.



В истории человечества множество выдающихся исследователей, ученых, первооткрывателей, чьи достижения были зафиксированы и переданы будущим поколениям. В то же время «ошибки» обычно не имеют такой популярности. Часто их стараются не разглашать в обществе, их не так остро обсуждают в СМИ. Именно врачебные ошибки выделяются среди всех большим к себе вниманием, благодаря их значимости для общества.

Что такое врачебная ошибка? «Это добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.», такое определение дал И.В. Давыдовский, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Ленинской премии.

Стоит отметить, что действующее законодательство в настоящее время не имеет правового понятия "врачебная ошибка". Поэтому это словосочетание литературное, а не юридическое, и раз ему нет места в юридическом праве, врач, по законам Российской Федерации, не имеет право на врачебную ошибку.

Феномен врачебной ошибки переводит взаимоотношения врача и больного в плоскость, где под вопросом оказывается ценность личности обоих субъектов взаимоотношений. При возникновении ошибки страдает и репутация врача в профессиональном сообществе (как часть социальной составляющей ценности жизни), и его отношение к самому себе как к человеку, допустившему ошибку (то есть личностная составляющая ценности жизни). Под угрозой может оказаться физический аспект ценности жизни врача в случае угроз, физических расправ со стороны пациента или его родственников и близких, страдающих в результате врачебной ошибки. Так же обесценивается личность больного, которому в результате этой ошибки могла наступить стойкая потеря трудоспособности. Которому порой необходимо повторное длительное лечение, также оказывается в положении, в котором ошибочные действия врача обесценивают жизнь больного. Часто больной и его близкие склонны обвинять врача, допустившего ошибку, в отсутствии профессионализма или обычного человеческого внимания к конкретному больному. Сложность заключается в том, что иногда больной и его близкие могут говорить о врачебной ошибке, будучи недовольными результатами лечения.

С целью уменьшения количества врачебных ошибок правительствами стран, для оценки качества действия врача, вводятся стандарты оказания медицинской помощи, клинические протоколы, протоколы манипуляций, что приводит к механизации профессии. Данная тенденция не может способствовать приобретению врачом нового опыта и росту его личного авторитета в глазах больного. Она увеличивает дистанцию между врачом и

пациентом. Нельзя не отметить то, что механизация профессии врача и расширяющиеся информационная доступность, могут привести к уничтожению врачебной ошибки как литературного термина. Закрепление законом новых алгоритмов врачебных манипуляций, и действий не дает будущее термину, обозначающему добросовестное заблуждение. Так в информационно насыщенной социальной среде, где каждое действие врача будет закреплено законодательно, выход за рамки алгоритмов может считаться только умышленным.

Выводы: несмотря на свою актуальность философской стороны врачебной ошибки, можно считать, что сейчас «врачебная ошибка», как добросовестное заблуждение врача переживает свой последний век. И человеческий фактор при производстве медицинских услуг будет так же уничтожен, как и при производстве автомобилей на крупных современных сборочных конвейерах.

#### **Список литературы**

1. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина 1941. № 3. С. 3-10.
2. Мохов А.А., Мохова И.Н. "Врачебная ошибка" как актуальная проблема судебной практики" "Медицинское право", 2004, п 2.
3. Топчиев П.М., Хитров Д.И. Сущность и проблема решения врачебной ошибки Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2015. Том 5. № 5 с. 835
4. Хубулава Г.Г. О философии «Врачебной ошибки». Медицинский альманах. 2016;(1):с. 26-29.

©Даутбаев Д. Г., 2019

Ахмадеева М.З.

## НАТУРФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** В основу данной исследовательской работы положен анализ и обобщение данных литературы и научно – исследовательских статей по натурфилософии и врачеванию в Древней Греции. Следствием переосмысления натурфилософских теорий и медицинской практики с позиций рационализма стало бурное развитие медицины в VI – III в до Р.Х. Развитие натурфилософии и врачевания в Древней Греции и его представители такие как: Эмпедокл, Сократ, Демокрит и, конечно же, главная фигура в развитии врачевания в Древней Греции Гиппократ, привели к дальнейшему бурному развитию натурфилософских мыслей и врачевания в рамках эллисного мира, и позднее, Римской империи.

**Ключевые слова:** натурфилософия, врачевание, религия, принцип, лечебные школы.

Akhmadeeva M.Z.

## NATURPHYLOSOPHY AND MEDICINE IN ANCIENT GREECE

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Summary:** This research work is based on the analysis and synthesis of literature and research articles on naturphylosophy and medicine in ancient Greece. The consequence of the rethinking of Naturphylosophical theories and medical practice from the perspective of rationalism was the rapid development of medicine in VI-III in before R.H. The development of Naturphylosophy and medicine in ancient Greece and its representatives such as: Empedocles, Socrates, Democritus and, of course, the main figure in the development of medical care in ancient Greece Hippocrates, led to the further rapid development of Naturphylosophic thoughts and medical care within the framework of the Ellisian world, and later, the Roman Empire.

**Key words:** naturphylosophy, medicine, religion, principle, medical schools.

Актуальность. Цивилизация Древней Греции представляет собой феномен значимости для истории науки. Именно философская традиция древних греков впервые предложила миру явление теоретического мышления. Основным принцип теоретического мышления – выведение частного знания из неких общих принципов с помощью доказательств. Продуктом греческой натурфилософии стала впервые возникшая теория познания.

Под натурфилософией обычно понимается философская и естественно-научная дисциплина, в рамках которой делается попытка свести все доступные на данный момент знания о природе в единую систему, основанную на некоторых исходных принципах. В круг интересов натурфилософов попадали вопросы космологии, космогонии, строения вещества, сущности движения. Различные натурфилософские системы включали такие важнейшие естественнонаучные понятия, как субстанция, материя, пространство, время, движение, закон природы и др.

Цель работы: Изучение натурфилософских школ врачевания в Древней Греции и их роль в становлении и развитии врачевания и медицины.

Материалы и методы. В основу данной исследовательской работы положен анализ и обобщение данных литературы и научно – исследовательских статей по натурфилософии и врачеванию в Древней Греции.

Результаты исследования и их обсуждение.

Сицилийская врачебная школа расцветает в V в. До Р.Х. в связи с работами ее крупнейшего представителя – Эмпедокла и существует вплоть до III в. Эмпедокл был ученым, характерным для всего периода эллинской культуры – он был врачом, но в то же время обязательно философ. Он считал сутью всего 4 первоэлемента: огонь, воздух, воду и землю, оценивая явления окружающего мира, как результат смешения этих первоэлементов.

Далее Книдская школа, они предполагают развитие заболевания у человека, неблагоприятным смешением 4 телесных соков: крови, слизи, светлой и черной желчи. В деятельности Книдской школы развиваются теория и практика учения о признаках болезни и распознавании болезни на основании анализа этих признаков.

В VI в. до Р.Х. возникает Косская школа, достижения которой признаны наиболее значимыми. О Косской школе и о Гиппократе, как о ее выдающемся деятеле написано очень много. Среди его принципов врачевания обычно упоминаются методы объективного исследования пациента, выработка семиотики болезней, попытка объяснения их причин, прогнозирование. Гиппократ предложил свою систему терапии, основанную на принципе помощи природе организма, которая бы способствовала мобилизации сил организма. Отсюда: 1. Не навреди. 2. Соблюдай осторожность, щади больного. 3. Не применяй более активные средства лечения, пока не убедился в бесполезности менее активных. 4. Широко применяй не только фармацевтический, но и диетический методы. 5. Противоположное лечи противоположным.

По мнению Гиппократа, проверенный путь, по которому должен идти врач, - путь эмпирический, широкого наблюдения и накопления опыта и практики.

Развитие натурфилософии и медицины в Древней Греции в VI – IV вв. до Р.Х. происходило взаимодополняющим и взаимосвязанным образом. Крупнейшие врачи всегда были философами, крупнейшие философы очень часто не чужды были медицине.

Первой значительной фигурой в греческой натурфилософии становится Фалес Милетский. Философия Фалеса звучит следующим образом: вода как первоэлемент, он видит первопричину мира в единстве материи, лежащей в основе всего сущего. Анаксимандр продолжая линию Фалеса, выдвигает мысль о неопределенном абсолютном, вечной первооснове мироздания. Идеи, высказанные Анаксимандром, развивались в 3 основных направлениях. Одно из них, Элейская школа – они представляли наличие божественной сущности. Материальный мир, им казался призрачным, не точным. Другое направление – школа Гераклита – суть истины в пламени жизни, постоянно текущей. Третье - Пифагорейская школа – учила видеть истину в гармоническом сочетании противоположностей.

Врачом по профессии был и Демокрит, развивавший в конце V в. до Р.Х. атомистическую теорию материи.

У Демокрита атомы бескачественны и бесчувственны - их можно только осязать в форме материи. Их движение хаотично. Атомизм Демокрита вообще исключает какое-либо познание законов движения материи. Демокрит объясняет движение атомов, материи случайностью. Атомизм Демокрита не имеет непосредственного отношения к научному атомизму современной науки, родившейся в XVII в. Демокрит, сам, будучи врачом, не предлагает никаких общетеоретических взглядов в медицине – между тем атомический подход предполагает теоретическую основу.

Революция в философии связана с именем Сократа - учителя Платона. По мнению Сократа практическая и теоретическая деятельность человека должна определяться разумными нормами. Для него идеалом было познание совершенства, но по его мнению человек не способен на это, но должен стремиться к этому. Если началом человеческого познания является разум самого человека, то совершенное знание доступно только идеальному разуму. Идеальным разумом может обладать только сверхъестественное существо. Это и есть Мировой Ум – творец Вселенной. Творец у Сократа – всеведущий и всеблагой всеобщий Разум, действующий Демиург, зиждитель мира, управляемого его Промыслом.

Платон, основываясь на идеях своего учителя Сократа и изучив опыт познания мира, накопленный на Востоке, предлагает философскую систему в виде фигуры Демиурга – творца мира. Философская система Платона предполагает устройство мира как результат деятельности первоначала, которое он определяет как Мировой Ум. Платон впервые четко

разграничивает понятия « мнение » и знания. Знание - это правильное мнение, сопровождающееся достаточными объяснениями, включающими анализ отличительных признаков вещи или явления предмета познания.

Аристотель - это философская система, определившая развитие естествознания на срок без малого 2000 лет. Аристотель вслед за Платоном возглавил Афинскую школу философии, развив, а в какой- то части опровергнув взгляды Платона. Он отвергает предложенную предшественником теорию идей. Бог для Аристотеля – форма всех форм и перводвижитель всего сущего. Бог – есть мировой ум, высшая действительность. Он предлагает 4 начала бытия и мироздания: 1. Материя, 2. Форма, 3. Причина, 4. Движение, цель ради которой происходит конечное действие. Он различает две формы деятельности человека – высшую, теоретическую, реализующую функцию познания, и низшую, практическую - достижение человеком различных целей, находящихся вне его самого. Система Аристотеля ясно говорит о необходимости теоретической познавательной деятельности, как бы приглашая врача переходить от накопления наблюдений к построению умозаключений и теорий, объясняющих происхождение и ход заболеваний. Аристотель предлагает отличительные признаки научного знания: 1. Доказательность, 2. Способность к его объяснению, 3. Сочетание единства знания со степенной подчиненностью. Задача процесса познания в естественных науках, по Аристотелю: 1. Фиксировать явление, 2. Выяснить его причину, 3. Исследовать его сущность. В трактате Топика он предлагает структуру доказательства в виде идеи силлогизма. Научное доказательство для него логично и структурировано.

Выводы. Таким образом, исходя из вышеизложенных теоретических данных следствием переосмысления натурфилософских теорий и медицинской практики с позиций рационализма стало бурное развитие медицины в VI – III в до Р.Х. Развитие натурфилософии и врачевания в Древней Греции и его представители такие как: Эмпедокл, Сократ, Демокрит и, конечно же, главная фигура в развитии врачевания в Древней Греции Гиппократ, привели к дальнейшему бурному развитию натурфилософских мыслей и врачевания в рамках эллистического мира, и позднее, Римской империи. До сегодняшнего дня, и я уверена, что еще много десятилетий, будут актуальны принципы врачевания Гиппократа - отца медицины. Среди которых обычно упоминаются методы объективного исследования пациента, выработка семиотики болезней, попытка объяснения их причин, прогнозирование. Гиппократ предложил свою систему терапии, основанную на принципе мобилизации собственных сил организма.

#### **Список литературы**

1. Трубецкой С.Н. Курс истории древней философии. - М.: Директ-Медиа, 2009. - С.116.

2. Бергер Е.Е., Тутурская М.С. Хрестоматия по истории медицины: учебное пособие / Под ред. проф. Д. А. Балалыкина. – М.: Литтерра, 2012. – С. 78-79.
3. Гусева Е.А., Леонов В.Е. Философия и история науки: учебник. – М.: Инфра-М, 2013.
4. История и философия науки: Учебное пособие: в 4-х книгах. Книга 1: Общие вопросы / В.Г. Борзенков. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 2009.

©Ахмадеева М. З., 2019

**Черновицкая Ю.В.**

**ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА: СПЕЦИФИКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

**Институт философии РАН, Россия (Москва)**

**Резюме.** Внедрение в практику здравоохранения информационных технологий изменяет формы и способы взаимодействия врачей и пациентов, процедуру диагностики и лечения, профилактику заболеваний и восстановление здоровья. Намечается тенденция снятия с института здравоохранения ответственности за здоровье пациента, за принятые решения относительно методов лечения и диагностики и передачи ответственности отдельному человеку.

**Ключевые слова:** цифровая медицина, риски и опасности, ответственность, этические основания науки.

**Chernovitskaya Yu.V.**

**DIGITAL MEDICINE: SPECIFICITY OF RESPONSIBILITY**

**Institute of Philosophy Russian Academy of Sciences , Russia (Moscow)**

**Summary.** The introduction of information technology in healthcare practice is changing the forms and methods of interaction between doctors and patients, the procedure for diagnosis and treatment, the prevention of diseases and the restoration of health. There is a tendency towards the removal of responsibility from the Institute of Health for the patient's health, for decisions made regarding treatment methods and diagnostics and transfer of responsibility to an individual.

**Key words:** digital medicine, risks and dangers, responsibility, ethical foundations of science.

По-прежнему остро стоит вопрос об этике и ответственности ученых при научных разработках, в том числе и в области медицины и здравоохранения, затрагиваются такие области как биотехнология, генная инженерия, биология, нанотехнологии, техника. В последнее время особое внимание уделяется цифровой медицине и социальному восприятию новых технологий.

Внедрение в практику здравоохранения информационных технологий изменяет формы и способы взаимодействия врачей и пациентов, процедуру диагностики и лечения, профилактику заболеваний и восстановление здоровья. Очевидно, что будущее российской системы здравоохранения предполагает дальнейшее развитие цифровой медицины. Несмотря на ограничения, связанные с внешнеэкономической ситуацией, государственная политика в России направлена на ускорение развития информационных и цифровых технологий, от которых во многом зависит политическая и экономическая стабильность в



обществе [1]. Однако, данные технологии предлагают обратить внимание на нюансы их использования и обладают своей спецификой ответственности за их использование.

Так, например, следует обратить внимание на «цифровой разрыв» при использовании новых технологий. Причем, разрыв наблюдается как между богатыми и бедными странами из-за возможности доступа к технологиям, так и между молодыми и пожилыми врачами и пациентами. Если первые пользуются и рекомендуют цифровые технологии, то вторые относятся к ним настороженно, недоверчиво или не используют цифровые технологии вообще.

Е.Г.Гребенщикова выделяет несколько сфер электронного здравоохранения. Это телемедицина, технологии мобильного здравоохранения, технологии искусственного интеллекта в медицине. Хочется отметить интересную особенность российского менталитета, испытывающего кризис доверия к медицине вообще, поэтому с одной стороны наблюдается медленное внедрение цифровых технологий в медицину, при этом, с другой стороны – доверие технике больше, чем живому врачу. Возвращаясь к телемедицине следует отметить, что данная сфера, при всей своей полезности и, иногда, необходимости, когда расстояние является непреодолимым фактором, разрывает традиционные связи между пациентом и врачом и расширяет сферу применения информационной безопасности (так, необходимо дополнительно защищать каналы связи, по которым происходит общение, а также усиливать защиту цифровой конфиденциальной информации пациента и врача, такие как логин, e-mail, другие дополнительные сведения). Технологии телемедицины – инновационны, полезны, удобны. Так, например, они позволяют поисковой системе гугл отслеживать количество определенных однонаправленных запросов и отсылать данные в «центр». Эта система поможет предугадать, скажем, возникновение эпидемий гриппа в той или иной области, и заранее провести профилактические мероприятия. Также, например, возможно в любое время суток, даже ночью, сделать какое-либо обследование, сдать анализы, и специалист, находящийся в другом часовом поясе в режиме реального времени оценит состояние вашего организма. Но при использовании технологий телемедицины также возникают некоторые сложности. Это и технологии обработки больших объемов данных, и вопросы хранения информации (безопасность, конфиденциальность). Злоумышленники могут не только вмешиваться и разглашать конфиденциальную личную информацию, но и разработать вирус, препятствующий работе, скажем, систем обеспечения жизнедеятельности организма человека. Последствия тогда уже будут более серьезными. Сложности также возникают при использовании различных устройств, несовместимых друг с другом, что затрудняет и сводит на нет процессы цифровизации. Для доступа к данным нужна общая

единая платформа. Отсутствует законодательная база, остро стоит вопрос распределения ответственности.

Технологии мобильного здравоохранения – это новая отрасль, часто используемая не столько пациентами, сколько людьми, превентивно заботящимися о своем здоровье. Человек при помощи специальных программ может вести мониторинг своего здоровья, контролировать уровень различных показателей организма, он становится информированной, но независимой от врача автономной личностью, делающей свой самостоятельный выбор относительно своего здоровья, профилактики заболеваний, решения обращения за медицинской помощью или самолечения. Человек, самостоятельно заботящийся о своем здоровье, ставит под сомнение необходимость наличия врача. Врач сейчас часто воспринимается как представитель сферы услуг, изменились и пациенты. Пациент хочет контролировать врача, иметь доступ к удобному и приятному лечению, и он полностью имеет на это право. Поэтому намечается тенденция снятия ответственности за здоровье пациента, за принятые решения относительно методов лечения и диагностики с института здравоохранения и передачи ответственности отдельному человеку.

Далее рассмотрим использование технологий искусственного интеллекта, коррелирующее с проблемой доверия общества к роботам вообще. Не оспаривается полезность роботов, используемых как усовершенствование, замена человеческих органов или умений. Синтез nano, био, инфо, когито- технологий представляет собой социальное благо, это и сокращение расходов, и развитие научных исследований, и расширение возможностей для людей, сокращение социального неравенства, в частности, в сфере здравоохранения.

Однако, роботы в медицине затрагивают проблемы социального контакта, социального взаимодействия между пациентами и врачами. Тенденции таковы, что большинство в обществе (более 70%) опасается активного участия роботов в образовании и тех отраслях медицины, где существует социальный контакт, социальное взаимодействие между пациентом и врачом, учеником и учителем, возникает проблема доверия общества к роботам. Например, врач может объяснить пациенту, почему было принято то или иное решение, машина, робот объяснять этого не станет. Здесь видятся негативные моменты в разрыве традиционных связей, ошибки, допущенные искусственным интеллектом, могут привести как к потере доверия, так и к более серьезным последствиям. Однако в нашей стране наблюдается низкое доверие к врачам, к системе здравоохранения вообще, пациент более склонен доверять машине, а не человеку. Поэтому, как отмечает, П.Д.Тищенко, сейчас возникает проблема технопатернализма. Если раньше пациент зависел от врача, то теперь, получается, от машины?

Использование технологий искусственного интеллекта прежде всего порождает проблему ответственности в новом звучании: кто несет ответственность, когда программа принимает решение на основе каких-либо первичных данных? Так, например, кто несет ответственность за ДТП с участием автомобиля-беспилотника? Или в случае возникновения негативных последствий для человека, воспользовавшегося технологиями мобильного здравоохранения? Страховая компания, автовладелец, компания-производитель, сам человек? Илон Маск, например, предлагает относиться к авариям с участием беспилотников, как к остановке лифта, когда потерпевшие обвиняют в случившемся не производителей лифтов, а обслуживающую организацию... Как защититься от людей, которые могут в корыстных интересах вмешиваться в электронные системы?

Также нельзя обойти вниманием новую концепцию здравоохранения – 4П-медицину, характеризующую индивидуальным подходом к пациенту, в нашей стране модель 4П-медицины является одной из приоритетных.

Своим возникновением она обязана многочисленным научным открытиям в сфере биоинформатики, транскриптомики, генетики и ряда других дисциплин. Ее основополагающие принципы: персонализация, предикция, превентивность и партисипативность. Цель такой медицины доклиническое выявление заболеваний, не лечение уже возникших болезней, а выделение факторов риска, предрасположенности пациента к тем или иным болезням и разработка комплекса профилактических мер. Многочисленные базы данных по молекулярной биологии, биохимии, структурам белков, а также хранилища первичных структур ДНК позволяют анализировать транскриптомные данные конкретного пациента. В таком случае не может не возникнуть опасений относительно надежности хранения данной информации, последствий ее разглашения и ответственности за это.

Как отмечает Е.Г.Гребенщикова «персонализация медицины – один из ключевых трендов развития глобального здравоохранения, с которым связываются перспективы перехода от реактивной модели к проактивной, предиктивной и превентивной.

Один из аспектов этой проблематики, который уже стал предметом дискуссий биоэтиков и социологов медицины, связан с расширением ответственности пациента за здоровье и её переносом с социальных институтов здравоохранения на индивида. Ряд авторов выражают опасения в возможности увеличить давление на пациентов, чтобы делать «правильные выборы» и соблюдать рекомендации врачей. Феномен, определенный А. Илличем как «медицинский империализм», может приобрести новые формы, в которых под лозунгом защиты интересов и здоровья пациентов окажутся интересы фарминдустрии и страховых компаний» [2].

Человек в современном мире вынужден защищаться от негативных последствий осуществляемого ради него самого прогресса науки и техники. Всерьез обсуждаются идеи возложения ответственности на информационные системы, которые сегодня все в более растущем объеме принимают решения, возникают тенденция утраты самого чувства ответственности, освобождения от нее. Однако видится, что на фоне намечающихся тенденций снятия ответственности с института здравоохранения, за принятие решения относительно диагностики и методов лечения, своего здоровья ответственен будет только сам человек.

#### **Список литературы**

1. Aletdinova A.A., Bakaev M.A. The economy of smart and AI-based education // The Social Sciences. 2016. Vol. 11, is. 21. P. 5151—5156.
2. Гребенщикова Е.Г. Персонализация медицины и медиализация будущего // Философские проблемы биологии и медицины. Сборник статей. Моск. гос. медико-стоматолог. Университет им. А.И.Евдокимова. М., 2015. С. 75-77.
3. Технонаука и социальная оценка техники (философско-методологический анализ): кол. монография / под ред. И.В. Черниковой. – Томск.: Изд-во Том. ун-та, 2015. – 168 с.

© Черновицкая Ю.В., 2019

**Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р., Юлдашев В.Л.,  
Тимербулатова М.Ф., Ахмадеев Р.Р., Калимуллина Д.Х.  
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
У ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ СТУДЕНТОВ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье представлены результаты экспериментально-психологического и клинико-психопатологического исследования студентов-пользователей компьютером. Работа была проведена с участием студентов ( $n = 527$ ), у которых были определены признаки Интернет-зависимого поведения. У части из них ( $n = 44$ ) выявились пограничные психические расстройства. Результаты исследования подтверждают взаимозависимость различных проявлений Интернет-зависимого поведения с симптоматикой пограничных психических расстройств.

**Ключевые слова.** Интернет-аддиктивное поведение, пограничные психические расстройства, студенты.

**Timerbulatov I.F., Bakirov L.R., Yuldashev V.L,  
Timerbulatova M.F., Akhmadeev R.R., Kalimullina D.Kh.  
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS  
AT INTERNET DEPENDENT STUDENTS**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Annotation.** The article presents the results of an experimental psychological and clinical psychopathological study of computer students. The work was conducted with the participation of students ( $n = 527$ ), for whom signs of Internet-dependent behavior were identified. Some of them ( $n = 44$ ) revealed borderline mental disorders. The results of the study confirm the interdependence of various manifestations of Internet-dependent behavior with the symptoms of borderline mental disorders.

**Keywords.** Internet addictive behavior, borderline mental disorders, students.

**Актуальность.** В актуальной медико-социальной проблеме Интернет-зависимого поведения наиболее полно исследованы эпидемиологические, социальные и психологические аспекты [3;8]. Но клинико-психопатологическая характеристика Интернет-зависимого поведения у студентов в научных публикациях, за некоторым исключением [2; 4; 5; 6; 7] представлена недостаточно. Учитывая масштабы и интенсивность распространения компьютерных технологий в студенческой среде, а также рост пограничных психических

расстройств у учащейся молодежи, представляется актуальным исследовать клинико-психопатологические проявления у студентов с Интернет-зависимым поведением.

Цель исследования – оценить клинико-психопатологические проявления у студентов с Интернет-аддикцией.

Дизайн исследования. Исследование было проведено на базе «ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ», (г. Уфа). Всего было исследовано 527 студентов (табл.1) ВУЗов Республики Башкортостан, в их числе под клиническим наблюдением находилось 44 студента (из них 25 – женщин, 19 мужчин; средний возраст пациентов - 24.2+ 0,2 года), получавшие амбулаторную и стационарную помощь в связи с синдромом зависимости от Интернета. Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (WMA Declaration of Helsinki — Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013), обследуемые были ознакомлены с целями, задачами и методами исследования, с получением у них информированного согласия на участие в исследовании.

**Таблица 1**

<b>Обобщенные данные об обследованных студентах – пользователях Интернетом (n = 527)</b>			
<b>Показатели</b>	<b>M±Sd</b>	<b>Mi</b>	<b>Ma</b>
Возраст (лет)	18,07±0,	17	23
Стаж пользования ПК (лет)	6,43±2,3 2	0	12
Среднее ежедневное пользование ПК (час)	3,59±1,6 4	0,2 5	10
Продолжительность непрерывной работы (час)	1,88±1,0 8	0	6
Продолжительность перерывов (час)	0,32±0,2 8	0	2
Продолжительность ежедневного пользования Интернетом (час)	2,64±1,4 7	0	8

Отбор пациентов проводился по принципу самообращаемости на основе соответствующих жалоб, которые укладывались в данное состояние. Кодировка расстройств осуществлялась на основании совокупности симптомов, определявших то или иное психическое расстройство согласно международной классификации болезней МКБ – 10 [11]. В дополнение к клиническому осмотру было проведено психометрическое исследование с определением продолжительности и характера использования цифровых технологий, а также выраженности интернет-аддикции по методу Л. Н. Юрьевой и Т. Ю. Ботьбот [10].

Статистическая обработка полученного материала проводилась параметрическими или непараметрическими методами в зависимости от характера распределения данных [9].

Результаты и обсуждение. Анализ структуры проявлений различных форм Интернет-зависимости в совокупной группе наблюдения (студенты с пограничными психическими расстройствами) показал преобладание различных компьютерных игр (34,3%), далее следовали навязчивый веб-серфинг – (22,3%), чаты, форумы, соцсети, сайты знакомств – 20,3%. В группу «Остальные формы Интернет-зависимого поведения» вошли увлечение порносайтами и кибер-сексом, кибер-шопинг, Интернет-трудоголизм.

**Таблица. 2**

**Психологическая характеристика пограничных психических расстройств у студентов с синдромом Интернет-зависимого поведения**

Диагнозы	Абс. знач.	%
Смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.22	14	31,8
Социофобия F40.1	10	22,7
Генерализованное тревожное расстройство F41.1	7	15,9
Обсессивно-компульсивное расстройство F42.0	6	13,6
Расстройство типа зависимой личности (развитие личности) F 60.73	4	9,1
Прочее	3	6,8
<b>Всего</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

При смешанной тревожно-депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации (F43.22) у студентов преобладают навязчивый веб-серфинг (53,2%) и Интернет-гемблинг (35,1%), причем преимущественно «экшн» (action) и ролевые игры. В число остальных (11,7%) у этой категории студентов вошли такие формы Интернет-зависимого поведения как соцсети, сайты знакомств, другие виды Интернет-игр, пребывание в порносайтах.

Примечательно, что у студентов с социофобией (F40.1) явно доминировали чаты, форумы, соцсети, сайты знакомств (43,2%), а также - Интернет-видео- и фильмомания - 36,8%, и у остальной части студентов (20%) – самые разнообразные виды Интернет-игр, веб-серфинг, кибер-секс и пребывание в порносайтах. Этот факт можно трактовать как компенсацию дефицита реального общения за счет интернет-общения у этого контингента обследованных.

Пациенты с генерализованным тревожным расстройством (F41.1) в подавляющем большинстве случаев (65,1%) показали превалирование Интернет-гемблинга с преобладанием симуляторов. Почти в трети случаев (29,2%) выявлялся навязчивый веб-

серфинг и в остальном – пребывание в соцсетях, порносайтах и другие разновидности компьютерных игр.

При обсессивно-компульсивных расстройствах (F42.0) с большим отрывом (71,2%) по структуре проявлений наблюдаются игры в стратегии и логические игры, а также - кибер-секс и пребывание в порносайтах - 18,2%. В группу «Остальные формы Интернет-зависимого поведения» у этих студентов вошли увлечение порносайтами и кибер-сексом, кибер-шопинг, пребывание в соцсетях и сайтах знакомств. И, наконец, более чем в половине случаев (58,3%) выявлено (здесь выявляется) злоупотребление социальными сетями (58,3%) и в трети (32,9%) - сайтами с порнографическим содержанием. В остальных случаях выявлялись разнообразные формы Интернет-гемблинга.

Рассмотренные выше данные свидетельствуют о том, что отдельные нозологические формы пограничных психических расстройств у студентов с синдромом Интернет-зависимого поведения сопровождаются определенными предпочтениями в пользовании Интернетом. В этой связи привлекательна точка зрения, базирующаяся на законах психогенеза (по К.Клейсту) и разделении симптомов и синдромов на гомономные (отличающиеся от нормы степенью выраженности); гетерономные (не имеющие аналогов в нормальных психических проявлениях) и интермедиарные (при отсутствии возможности провести четкую грань между двумя первыми). Согласно этому подходу, формы аддикций не основанных на инстинктах обосновано отнести не к патологии влечений, а к «патологии увлечений», к гомономным симптомам, поскольку в норме можно обнаружить сходные проявления (гемблинг, фанатизм, работоголизм, Интернет-зависимость и др.) – по терминологии МКБ-10 - расстройству привычек.

Таким образом, согласно, результатам нашего исследования, наиболее характерными психопатологическими проявлениями у прошедших исследование студентов с Интернет-зависимым поведением являются снижение фона настроения, тревожность, нарушения ночного сна, затруднение сосредоточения внимания, социальная дезадаптация и различная вегетативная симптоматика. Психопатологические проявления у студентов с Интернет-аддикцией нозологически представлены в следующей последовательности: смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22); социофобия (F40.1); генерализованное тревожное расстройство (F41.1); обсессивно-компульсивное расстройство (F42.0); расстройство типа зависимой личности (развитие личности) (F 60.73). Представленные в работе клинко-психопатологические данные у студентов с синдромом Интернет-зависимого поведения свидетельствуют о выраженности психопатологических нарушений преимущественно в эмоционально-волевой сфере, что проявляется в форме невротических и поведенческих расстройств. Существенно, что



отдельные нозологические формы пограничных психических расстройств у обследованных студентов с синдромом Интернет-зависимого поведения сопровождаются определенными предпочтениями в пользовании Интернетом.

Полученные нами данные еще раз подтверждают мнение многих специалистов о том, что количество психопатологических состояний и пограничных нервно-психических нарушений у учащихся и студентов продолжает нарастать, что во многом обусловлено нерациональным, проблемным использованием компьютерных технологий. Мы также подтверждаем, что структура психических и поведенческих расстройств у современной молодежи в мире меняется кардинально и стремительно, что также во многом объясняется неконтролируемым использованием информационных технологий, низким уровнем культуры потребления информационной продукции и услуг. Нозологическая принадлежность интернет-зависимого поведения до сегодняшнего дня остается неясной, что требует дополнительных углубленных исследований.

#### Список дитературы

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2003. - 688 с.
2. Антоненко А.А. Особенности личности подростков, склонных к интернет-зависимому поведению /А.А. Антоненко, В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Е.А.Смирнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 4. – С. 105–108.
3. Бакиров Л.Р. /Психометрические показатели Интернет-аддикции у студентов пользователей компьютером// Л.Р. Бакиров. Неврологический вестник-2015-Т/ХLVII, вып. 2- С.94-96.
4. Егоров А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 4(33) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 1.03.2016)
5. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью. Вопросы психического здоровья детей и подростков 2005; 5: 2: 20-27.
6. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С. Личностно-характерологические и социальные факторы риска формирования склонности к Интернет-зависимости у подростков. Интернет-зависимость: психологическая динамика и тенденции развития. Ред.сост. А.Р., Войсжунский. М 2009; 199-211.
7. Малыгин В.Л.,Феклисов К.А. Интернет-зависимое поведение: критерии диагностики [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. – № 44. – Режим доступа <http://www.vsmc.ac.ru/publ/vest/044/site/index23.html> 16.01.12 г.

8. Пережогин Л. О. Интернет-аддикция в подростковой среде // Вопросы наркологии Казахстана. Т. 2. № 2. 2008 – С. 113-122.
9. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб: ООО «Речь», 2007 г.
10. Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Бальбот (патент на изобретение (11) 72366 А (51) 7 G09B3/00, G09B3/08, G09B3/00, A61B10/00 15.02.2005. Бюп. No2)
11. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. О Классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011.- №9. – С. 88-89.

©Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р., Юлдашев В.Л.,  
Тимербулатова М.Ф., Ахмадеев Р.Р., Калимуллина Д.Х., 2019

Лобанов С.А., Мансурова К.А.<sup>1</sup>, Семенчук Н.Н.<sup>2</sup>

**ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОВРЕМЕННОЙ  
НАРКОСИТУАЦИИ, О ЕЕ ПРОФИЛАКТИКЕ**

**Башкирский государственный педагогический университет  
им. М. Акмуллы, Россия (Уфа),**

**<sup>1</sup>Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»,  
Институт Биомедицины, Россия (Москва)**

**<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова, Россия (Москва)**

**Резюме.** Все государства в мире, в меру своих возможностей, борются с наркобизнесом, используя правоохранительные, таможенные и другие органы. Следует помнить, что профилактика наркоманий должна проводиться на всех уровнях – от государственного до индивидуального, формирующегося усилиями каждого человека.

**Ключевые слова:** наркомания, профилактика наркомании в зарубежных странах, подростковый возраст.

Lobanov S.A., Mansurova K.A.<sup>1</sup>, Semenchuk N.N.<sup>2</sup>

**PRESENTATION ABOUT THE CURRENT  
DRUG SITUATION, ON ITS PREVENTION**

**BSPU them. M.Akmulla, Russia (Ufa)**

**<sup>1</sup>National Research Nuclear University "MIFI," Institute of Biomedical, Russia (Moscow)**

**<sup>2</sup>First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Russia (Moscow)**

**Annotation:** All states in the world, to the best of their abilities, are struggling with the drug business, using law enforcement, customs and other authorities. It should be remembered that the prevention of drug addiction should be carried out at all levels - from the state to the individual, which is formed by the efforts of each person.

**Key words:** drug addiction, drug abuse prevention in foreign countries, adolescence.

На современном этапе развития общества каждый говорит о проблемах молодежи. Если раньше наркомания была актуальна лишь для взрослых, то сейчас можно с уверенностью сказать, что проблема употребления наркотических веществ стоит остро для подрастающего поколения [4].

Слишком много молодых людей задействовано в преступной среде, которая напрямую связана с наркоманией и алкоголизмом. По официальным данным, впервые молодой человек пробует наркотические средства уже в 16 лет. Многие специалисты объясняют это тем, что в

подростковом возрасте происходит формирование психики человека, все это делает его уязвимым. И люди, которые склоняют к этому молодежь, знают это и умело используют в своей преступной деятельности. Под их влияние попадают именно подростки, потому что сделать это проще всего.

Наркомания в наши дни является одной из самых тяжелых болезней, поражающих организм и психику человека. Наркотическая зависимость возникает обычно в результате повторных приемов психоактивных веществ. В результате организм привыкает к психоактивному веществу, перестраивается обмен веществ, и без этого вещества человек, привыкший к нему, не может продолжать свое существование. Организм начинает требовать психоактивного вещества, что проявляется зачастую в мучительных физических ощущениях и психических переживаниях. Для того, чтобы привести себя в относительно стабильное состояние, больной с зависимостью должен вновь и вновь принимать наркотик. Так возникает болезнь наркомания.

По мнению профессора Э. А. Бабаяна, понятие «наркотик» включает в себя три проблемы: медицинскую, социальную и юридическую. Медицинская проблема заключается в том, что зависимость от наркотиков – это болезнь, требующая лечения. Социальная проблема состоит в том, что от вреда, наносимого наркотиками, страдают не отдельные люди, а общество в целом. Юридическая проблема в свою очередь состоит в том, что распространение и незаконное изготовление наркотиков является уголовно наказуемым действием, и борьба с незаконным распространением наркотиков требует вмешательства государства.

Следует понимать, что общество, которое перенасыщено наркотическими веществами, оказывает сильнейшее влияние на становление и развитие психики молодого человека. В современном обществе слишком много противоречий, ребенку трудно в нем ориентироваться. Ему необходимо оказывать помощь, направлять, задавать правильный ориентир. Его необходимо ознакомить со всеми негативными факторами, которые могут сломать его жизнь, убить его [5].

Современная профилактическая деятельность основана, как правило, на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями всех тех, кто окружает подростка (семья, учителя, воспитатели, психологи, сотрудники правоохранительных органов и так далее). Но не смотря на все усилия со стороны этих социальных институтов, сфера профилактики является наиболее уязвимой и менее развитой.

Стоит отметить, что ни одно государство самостоятельно не борется с данной проблемой. Наоборот, общественность играет большую роль, а государство выступает как координатор. Например, в Германии граждане самостоятельно создали целую сеть

специализированных учреждений, в которых занимаются с наркозависимыми, на их долю приходится 80 % всех медико-социальных учреждений в стране. В ряде стран (Дания, Бельгия, Норвегия) имеется достаточно обширная сеть учреждений, которые оказывают помощь наркозависимым [6].

В зарубежной практике выделяют следующие основные направления профилактики наркомании:

1. Медицинские учреждения в большей мере направлены на ликвидацию медико-социальных последствий наркомании;
2. Образовательная модель направлена на тотальное информирование молодежи о проблеме наркомании;
3. Психологическое направление ориентировано на формирование психологических навыков для противостояния групповому натиску, а также формирование умения сделать правильный выбор в случае возникновения спорной ситуации выбора.

Систему профилактических мер необходимо рассмотреть и со стороны их финансового обеспечения. Статистические данные показывают, что лишь 20 % общих расходов государства приходится на медицинскую часть, остальное приходится на различные общественные и благотворительные фонды и организации.

Но для понимания структуры финансирования системы профилактики наркомании необходимо рассмотреть всю инфраструктуру такой деятельности. Это важно, потому что тот пациент, который проходил медицинскую реабилитацию, после ее завершения возвращается в сферу первичной профилактики. Таким образом, происходит объединение всех стадий профилактики наркомании.

Также необходимо рассчитать затраты на профилактические уроки в школах и иных образовательных учреждениях. Во многих странах распространена разработанная в США программа «Успешная жизнь», которая реализуется через восемь принципов. Данная программа в экспериментальном варианте рассчитана на 62 учебных часа.

С одной стороны может показаться, что употребление наркотиков это дело каждого и других не касается. Но в результате употребления наркотиков развиваются различные болезни: СПИД, гепатиты, которыми не редко намеренно наркоманы заражают других людей.

Люди употребляющие наркотики, начинают страдать психическими расстройствами и легко втягиваются в криминальную среду [2]. Они часто создают опасные ситуации на дорогах, при управлении транспортными средствами в состоянии наркотического опьянения [1]. Также они не могут полноценно учиться и осваивать профессию. В результате употребления наркотиков разрушается такой социальный институт

как семья. Поэтому данную эпидемию необходимо остановить. Необходимо обеспечить активную профилактическую работу, чтобы остановить эпидемию и оказать помощь уже заразившимся этим недугом людям.

Необходимо усовершенствовать законодательство в части введения административной ответственности за употребление наркотиков, обеспечить возможность оперативного освидетельствования лиц, которые подозреваются в употреблении наркотических веществ, а также в части расширения полномочий в сфере профилактической работы несовершеннолетних в образовательных учреждениях [3].

Наркомания – бич современного общества. Ежегодно она поглощает в рабство и уносит с собой огромное число человеческих жизней. Задача каждого человека - вести здоровый образ жизни и препятствовать распространению наркомании среди людей, не допуская попадания в наркотическую ловушку ни себя, ни подрастающего поколения, за которым стоит наше будущее.

«Материал вычитан, цифры, факты, цитаты сверены с первоисточником. Сведения, составляющие государственную и служебную тайну, не имеются».

#### **Список литературы**

1. Асянова С.Р. Обучение безопасному поведению на дороге как основа профилактики детского дорожно-транспортного травматизма /Асянова С.Р. // Здоровье как социально-философская проблема 2017. №5. С.142-147.
2. Лобанов С.А. Алкогольная и наркотическая зависимость как предикторы психических расстройств // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2018. № 2. С. 59-64.
3. Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 // Российская газета. - 2010. - № 5207.
4. Родионов А.В. Подростки и наркотики. Ярославль, 2014.
5. Мансурова З.Р. Смыслоразнонаправленные ориентации людей с алкогольной и наркотической зависимостью. // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2018. № 2. С. 152-157.
6. The Changing Face of Recreational Drug Use. 2016. Available at: [http:// www. dana. org/Cerebrum /2016/The\\_Changing\\_Face\\_of\\_Recreational\\_Drug\\_Use](http://www.dana.org/Cerebrum/2016/The_Changing_Face_of_Recreational_Drug_Use)

© Лобанов С.А., Мансурова К. А., Семенчук Н.Н., 2019

Мансурова З.Р., Сафина Э.Д.

**ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА  
БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье рассматривается экологическая безопасность, и на сегодняшний день пристальное внимание к экологическим проблемам в нашей стране крайне необходимо. Негативные изменения природного фонда ведут к потере здоровья населения.

**Ключевые слова:** экологические проблемы, охрана окружающей среды, природоохранные мероприятия.

**Mansurova Z.R., Safina E.D.**

**ECOLOGICAL LIFESTYLE - THE BASIS OF SAFETY OF LIFE**

**Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)**

**Summary.** The article considers environmental safety, and today close attention to environmental problems in our country is extremely necessary. Negative changes in the natural fund lead to a loss of public health.

**Key words:** environmental problems, environmental protection, environmental measures.

Проблема взаимодействия природы и общества сформировалась очень давно, в настоящее время, хочется отметить все более очевидно проявляется задача экологического выживания человечества. Появляется необходимость функционирования нового хозяйственного механизма, который учитывает все разнообразие сложных процессов развития и взаимовлияния общества и природы [3].

Стоит отметить, что экологическая безопасность стала в наши дни для России одним из измерений как национальной, так и международной безопасности, не говоря уже об огромном экономическом ущербе, который наносится хозяйству страны. Снижение качества окружающей среды, расширение масштабов экологических последствий техногенных аварий ведут к потере здоровья населения [1]. Все возрастающим потерям в экономике, являются ныне серьезным тормозом в социально-экономическом развитии страны.

На сегодняшний день пристальное внимание к экологическим проблемам в нашей стране крайне необходимо. Россия постоянно сталкивается с различными проблемами, которые касаются негативных изменений ее природного фонда.

Официальные природоохранные органы зачастую занижают «опасные» цифры или дают очень приблизительные данные из-за сложностей подсчета или во избежание каких-либо конфликтов с производителями. Однако, и в сложившихся условиях можно оценить

экологическое состояние страны.

Байкал в данный момент еще остается самым чистым озером в мире, но в любой момент может начаться его необратимая деградация. Особую угрозу представляет гибель млекопитающих, рыбы и морских организмов.

В последние годы остро встала проблема загрязнения почв. К настоящему времени площадь эродированных и подверженных эрозии сельскохозяйственных угодий составляет по России 124 млн. га [5]. Деградации земель, потери их плодородия и закислению способствуют неправильная распашка с применением тяжелой техники, нарушение естественного растительного покрова, применение пестицидов и других ядохимикатов, проезд автотранспорта, сведение лесов, минерализация грунтовых вод, пожары, освоение месторождений полезных ископаемых.

Таким образом, ввиду значительного количества проблем необходимо принятие своевременных и эффективных мер. В связи с этим государство ведет активную политику борьбы с вышеперечисленными угрозами и, в целом, за последние 10 лет наблюдается тенденция улучшения (резко сократился забор воды с 99,6 до 64 млрд. м<sup>3</sup>; сброс загрязненных сточных вод – с 27,1 до 15,7 млрд. м<sup>3</sup>; увеличилось число заповедников с 79 до 102; число национальных парков с 22 до 44; увеличились инвестиции в основной капитал, направленные на охрану окружающей среды и рациональное использование природных ресурсов [4].

Говоря о региональном уровне, стоит отметить, что в ряде регионов прослеживается тенденция к снижению расходов на обеспечение экологической безопасности из государственного бюджета. К примеру, правительство Башкортостана вдвое сократит расходы на экологию, в рамках региональной программы «Экология и природные ресурсы», в два раза. Планировалось выделение в 2014-2020 годах на программу 37 млрд. рублей, сейчас финансирование планируется на уровне 18 млрд. рублей [4].

На наш взгляд необходимо перенимать опыт зарубежных стран, которые по показателям в области охраны окружающей среды занимают лидирующие позиции в рейтинге самых чистых стран. Политика, возглавившей рейтинг страны, основывается на двух китах: хорошем государственном финансировании и активном участии общественности. Используя зарубежный опыт мы, конечно же, должны учитывать особенности России. Как отмечалось ранее, в России наблюдается тенденция сокращения расходов на охрану окружающей среды, следовательно, мы можем сделать вывод о том, что в решении этой проблемы должны в большей степени участвовать граждане России [2].

Надо отметить значимость категории «экологическая безопасность» и в тоже время сложность ее обеспечения, в связи с чем, экологическая безопасность может быть



обеспечена лишь при комплексном использовании всего многообразия средств защиты, во всех структурных элементах и на всех этапах жизнедеятельности. Хочется отметить, что наибольший эффект достигается тогда, когда все используемые средства, методы и мероприятия объединяются в единую целостную специальную комплексную систему. Несколько блоков инструментов, которые находятся во взаимосвязи и взаимозависимости:

1. Комплексная экологическая оценка территории, которая может быть осуществлена с помощью следующих методов:

- методы измерений; - методы оценки – качественные или частично количественные параметры; методы моделирования и прогноза; комбинированные методы; - экологический мониторинг.

2. Экологическая политика на основе анализа и корректировки индикаторов устойчивого развития и управления экологическими рисками.

3. Экономические инструменты:

- *финансово-кредитные инструменты.*

- *рыночные инструменты.*

Проблему обеспечения экологической безопасности можно решить только с применением комплексного, системного подхода, с привлечением населения и достаточного финансирования природоохранных мероприятий.

XX век прошёл под лозунгом: «Мы не можем ждать милостей от природы. Взять их у неё – наша задача». Люди пользовались природой и её варварски эксплуатировали, что обеспечило им невиданный ранее материальный комфорт.

«Материал вычитан, цифры, факты, цитаты сверены с первоисточником. Сведения, составляющие государственную и служебную тайну, не имеются».

### **Список литературы**

1. Влияние гипоксии на организм. Лобанов С.А., Шишкин И.В., Кузнецова Н.О., Малагина А.А., Хисматуллина З.Р., Насырова Е.В., Роженцев М.А., Роженцев А.А., Мансурова З.Р. Вестник Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы. 2017. № 2 (42). С. 12-27.

2. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ, 04.08.2014, № 31, ст. 4398. URL: <http://www.pravo.gov.ru>

3. О системе государственной службы Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 27.05.2003 г. № 58-ФЗ (в ред. от 02.07.2013 г.) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-Плюс».

4. Основы государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года. Утверждена Президентом РФ 30.04.2012. [Электронный ресурс]. URL: <http://referent.rul/197847>

5. 56% от общей площади сельскохозяйственных угодий.

© Мансурова З.Р., Сафина Э.Д., 2019

Хасанова Г.М.<sup>1</sup>, Маяцкая К.С., Тутельян А.В.<sup>2</sup>

**КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СФЕРЕ  
ИННОВАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ – СОЦИОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ**

**Башкирский государственный университет, Россия (Уфа)**

<sup>1</sup>**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

<sup>2</sup>**Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии  
Роспотребнадзора, Россия (Москва)**

**Резюме.** В статье представлены история развития и анализ основной концепции перспективного и инновационного для России направления – социологии здоровья. Также рассматриваются принципы формирования здорового образа жизни в российском обществе. В заключении авторами предложены меры по организации самосохранительного поведения индивида.

**Ключевые слова:** здоровье, общество, социология, здоровый образ жизни, социология здоровья.

**Khasanova G.M.<sup>1</sup>, Mayatskaya K. S., Tutelyan A.V.<sup>2</sup>**

**CONCEPTUALIZATION OF A HEALTHY LIFESTYLE IN THE FIELD OF  
INNOVATION - SOCIOLOGY OF HEALTH**

**Bashkir State University, Russia (Ufa)**

<sup>1</sup>**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa),**

<sup>2</sup>**Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia.**

**Annotation.** The article presents the history of development and analysis of the basic concept of promising and innovative for Russia direction-sociology of health. The principles of formation of a healthy lifestyle in the Russian society are also considered. In conclusion, the authors propose measures for the organization of self-preservation behavior of the individual.

**Key words:** health, society, sociology, healthy lifestyle, sociology of health.

Развитие заложенного природой человеческого потенциала, как одно из определяющих условий прогресса современного общества, заявленное на самом высоком уровне как абсолютный национальный приоритет России на ближайшее десятилетие, предполагает, прежде всего, предоставление возможностей для развития и удовлетворения всего спектра потребностей и интересов людей. Высокий уровень и качество жизни, гарантированные образование и трудоустройство, юридическая и личная безопасность, социальное обеспечение – определяют формирование человеческого капитала. Однако самый важный фактор, определяющим достижения заявленных стратегических целей – это здоровье нации,

общества в целом. Комплексные, проработанные действия на всех уровнях государственной власти, направленные на сохранение и укрепление индивидуального, а значит и общественного здоровья на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи, способны внести наибольший вклад в обеспечение устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации.

Ориентированность государства на сохранение и приумножение здоровья граждан нашей страны обусловлена тем, что в истории России общеизвестны случаи, когда в стране наблюдались депопуляционные явления: начиная от Великой Отечественной Войны, завершая кризисным явлением «русского креста» в 1990-х, когда в демографии произошло превышение количества умерших над количеством родившихся, наблюдаемое в результате падения рождаемости и роста смертности. Последнее обусловлено тем, что российское общество оказалось в кризисной ситуации по всем сферам жизни общества: экономической, политической, социальной и других.

Кроме депопуляции, в рассматриваемый период в 1990-е, под влиянием девальвации ценностей и развития кризисных явлений, возросло количество наркоманов, алкоголиков, абортов и суицидов[8, с.170].

Так, анализируя тот факт, что естественный прирост населения в России замедлился, со стороны государственной власти начали активно приниматься меры не только по повышению рождаемости, но и по оздоровлению нынешнего населения, особенно тех, кто рожден в период кризиса – 1990-е годы, потому как именно эта возрастная категория молодежи вступила в фертильный возраст и, по идее, должна производить здоровое потомство.

Стоит отметить, что здоровье определяется взаимодействием биологических и социальных факторов, т. е. внешние воздействия опосредованы особенностями функции организма и его регуляторной системы. Необходимость учета воздействия на человека биологических факторов, особенно его генетическая обусловленность, подтверждена данными современных науки. Кроме того, многое из того, что происходит в обществе, зависит от умственных способностей, природных талантов, физической силы, выносливости и, конечно же, здоровья человека.

Необходимо учитывать, что сама природа здоровья двойственна – с одной стороны, здоровье представляется естественным явлением, отражающим особое состояние природы организма или психики, но, с другой стороны, здоровье-это искусственное явление, формируемое социальными требованиями, предъявляемыми к государству и функционирование организма (психики) со стороны общества, т.е. социальный артефакт [1,с.24].

Таким образом, обобщающим теоретическим понятием при рассмотрении природы человека является понятие его биосоциальности сущность, позволяющая подойти к понятию здоровья человека с двух сторон – с позиции его анализа как состояния биологической системы организма и с позиции его рассмотрения как составной частью социальной системы – социума.

Медицина, как и другие отрасли научного знания, развивается по пути междисциплинарности и гуманитаризации. Когда создается синтез, формирующий новую дисциплину, а результаты интегрируются для взаимодействующих научных сфер и приносят новизну в каждую из них, принцип инновационности реализуется в полной мере. Примером может служить социология здоровья.

Анализ феномена здоровья, особенностей взаимодействия врача и пациента, социальных представлений о болезни отражен в работах И. Гофмана, Э. Фрейдсона, И. Ильича, М. Фуко и других исследователей. В современном российском обществе сформировался своеобразный социальный заказ на изучение социальных факторов, влияющих на здоровье личности.

Ранее сформировавшаяся социология медицины не способна решать проблемы, поскольку ее предметом является медицина как социальный институт, " функционирование человека в медико-социальных системах." их структура и эволюция развития, взаимодействие медико-социальных групп, закономерности развития, становления и распада медико-социальных организаций" [5, с. 75]. Как справедливо отмечает Е. В. Дмитриева: "личность, ее здоровье, идеи, национально-культурные традиции, отношение к здоровью, образ жизни, социальная среда упоминаются, но не являются предметом исследования" [4, С.56]. Мы, поддерживая позицию Е. В. Дмитриевой, считаем, что социальная медицина и социология здоровья имеют разные предметы друг от друга и невозможно отождествить одну отрасль с другой.

Однако мы не утверждаем, что социология медицины исчерпала себя как сфера научного знания, наоборот, реформы здравоохранения "подпитывают" ее новыми медико-социальными проблемами, требующими изучения, нового взгляда на феномен медицины.

Раскрывая непосредственно концепцию социологии здоровья, нам импонирует точка зрения И. В. Журавлевой, которая полагает, что социология призвана осмыслить "механизмы социальной обусловленности здоровья, его место в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью" [2, с. 86]. Социологи изучают потребности, мотивы, установки в области здоровья, влияние на них всего комплекса экономических, культурных и социальных факторов.

Мы выделяем основные направления исследований в области социологии здоровья. Прежде всего, это изучение факторов, влияющих на образ жизни и качество здоровья. Одной из актуальных проблем исследования в этом контексте является анализ неравенства в здравоохранении, особенно неравенства в доступности и качестве медицинской помощи. Мы выделяем аспект социального статуса неравенства. В эпоху развитого социализма здравоохранение имело узкий ведомственный подход. Медицинские услуги высокого качества получали политические элиты, на них "работали" лучшие врачи-специалисты, медицинские учреждения для "верхов" оснащались самым современным диагностическим оборудованием. Для значительной части населения такие услуги были недоступны. Расслоение современного российского общества и растущая поляризация уровней доходов усугубляют социальную напряженность в сфере здравоохранения. Основываясь на собственных исследованиях, Т. М. Максимова приходит к выводу, что для большинства пациентов абсолютно недоступны такие медицинские услуги, как: профессиональные консультации, платные операции, обследования; около 40% населения, оплачивая услуги, ограничивают себя и членов семьи в питании, покупке необходимых вещей [3, с. 109].

Поэтому, мы делаем вывод о том, что уровень доходов оказывает существенное влияние на качество жизни: полноценное, разнообразное питание, комфортные условия жилья и т.д. Итак, существует прямая корреляция между этим показателем и состоянием здоровья человека.

Следующий аспект неравенства в отношении здоровья можно охарактеризовать как географическое положение. Географическая доступность предполагает распределение медицинских услуг по стране, отдельным регионам и типам населенных пунктов (город-деревня). Оборудованные медицинские учреждения, кадровые ресурсы различных территориальных образований также являются показателем неравенства в сфере здравоохранения. Сегодня вопрос функционирования института врачей общей практики стоит очень остро, особенно в сельской местности [6, с. 49].

Территория проживания, а точнее экологическое благополучие, также является показателем неравенства в состоянии здоровья. Концентрация вредных веществ в городах, высокий уровень химического и бактериального загрязнения питьевой воды оказывают непосредственное влияние на заболеваемость населения во многих регионах страны [7, с. 141]. Кроме того, высокая плотность городского населения, информационные и интеллектуальные перегрузки приводят к психоэмоциональному стрессу, что, в свою очередь, способствует развитию сердечно-сосудистых, эндокринных, невротических заболеваний. Сельские жители являются своеобразной зоной риска в связи с увеличением количества отклонений, особенно включением злоупотребления алкоголем в образ жизни.

Следующим направлением в социологии здоровья является изучение самосохранительного поведения. Самосохранительное поведение как система действий и отношений личности к своему здоровью позволяет охарактеризовать ценностно-мотивационную структуру личности и ценность здоровья в ней. Ценность здоровья складывается из экономических, социокультурных, этнонациональных и других факторов. Различные социальные общности имеют свои представления и традиции о самосохранительном поведении. Индивидуальные и социальные нормы поддержания здоровья, распределение баланса ответственности за состояние здоровья между государством и индивидом значительно отстают от большинства западных стран. Бесплатная медицинская помощь, к которой население России "привыкло", сегодня становится все менее доступной, что приводит к кризисной ситуации в сфере здравоохранения. Растущее общественное мнение о том, что здравоохранение является обязанностью Министерства здравоохранения, нейтрализует позицию самообеспеченности в области здравоохранения.

На основании всего вышеизложенного, мы предлагаем следующие меры, которые, на наш взгляд, помогут человеку проявить интерес к самосохранительному поведению и приумножить свое здоровье:

1. Внедрить в экологическую политику государства формирование непрерывного экологического образования. Для этого необходимо вводить в детских садах, школах, университетах такие дисциплины как «Социальная экология», «Социология здоровья»– где будут подробно рассмотрены основы ведения ЗОЖ, проанализированы последствия пагубных привычек и объяснены причины и способы борьбы с наиболее распространенными болезнями для того или иного региона.

2. Распространять тенденцию экологизации и оздоровления всех направлений развития современного общества.

3. Повысить уровень нравственности общества, привлечь к ответственности за свои действия и поступки.

4. Остановить процесс асоциальной социализации молодежи.

5. Сформировать у социума мировоззрение, нацеленное на самосохранительное поведение себя и своей человеческой расы.

6. Пересмотреть отношение к себе, своему здоровью и окружающему миру; обрести социально-экономические ориентиры, чтобы оценить перспективы дальнейшего существования.

7. Искоренить прагматизм в обществе.

8. Со стороны местной власти проконтролировать возможность предоставления бесплатного занятия ЛФК, одноразового посещения бассейна в неделю – бесплатно со стороны фитнес-центров.

Все вышеперечисленные меры, на наш взгляд, помогут решить ситуацию, которая, к сожалению, сформировалась в российском обществе.

Таким образом, социология здоровья, активно развиваясь и дополняя науку в области здравоохранения инновационными концепциями, становится междисциплинарной отраслью научного знания, поскольку область изучения феномена здоровья включает идеи, взгляды, представления не только врачей, но и социологов, демографов, педагогов, психологов и философов.

### Список литературы

1. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. СПб.; Петрополис, 1992.– 149 с.
2. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество / Под ред. В.А. Ядова – М.: «Канон-пресс-Ц», 2001. – 401 с.
3. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. - М.:ПЭР СЭ, 2017. – 159 с.
4. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. – № 11. – С. 77-82.
5. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 205 с.
6. Страусс А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники. - М., Эдиториал УРСС, 2001. – 311 с.
7. Габитов Р.Х., Хасанова Г.М., Янгуразова З.А. Правовое регулирование обеспечения безопасности окружающей среды // Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: в 3-х томах. – Уфа: АНО ИЦИПТ. - 2015. – Т.1. - С. 141-145.
8. Хасанова Г.М., Хасанова А.Н. Проблема здорового образа жизни студенческой молодежи // Духовное и физическое оздоровление человека в XXI веке: традиции и новации: материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти духовных наставников башкирского народа. – Уфа. – Изд-во БашГУ. - 2015. - С. 170-174.

© Хасанова Г.М., Маяцкая К.С., Тутельян А.В., 2019



Лобанов С.А., Мансурова К.А.<sup>1</sup>, Смирнов А.И.<sup>2</sup>

**ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ПЕРВОСТЕПЕННАЯ ЗАДАЧА ОБЩЕСТВА**

Башкирский государственный педагогический  
университет им. М. Акмуллы, Россия (Уфа),

<sup>1</sup>Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»,  
Институт Биомедицины, Россия (Москва),

<sup>2</sup> Уфимский Государственный Нефтяной Технический Университет, Россия (Уфа),

*«Своё здоровье надо беречь собственными усилиями.*

*Если ты не готов изменить свою жизнь,  
тебе невозможно помочь». Гиппократ*

**Резюме.** Здоровый образ жизни – это один из способов жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья человека. Молодёжь как перспективная возрастная группа населения представляет собой важный потенциал общественного развития и значимый объект социальной политики в сфере здоровья.

**Ключевые слова:** здоровье молодежи; социальная политика; здоровый образ жизни; отношение к здоровью.

Lobanov S.A., Mansurova K.A.<sup>1</sup>, Smirnov A.I.<sup>2</sup>

**PROMOTION OF HEALTHY LIFESTYLES AMONG  
YOUNG PEOPLE IS THE PRIMARY TASK OF SOCIETY**

BSPU them. M.Akmulla, Russia (Ufa),

<sup>1</sup>National Research Nuclear University "MIFI," Institute of Biomedical, Russia (Moscow),

<sup>2</sup>Ufa State Oil Technical University, Russia (Ufa)

**Summary.** A healthy lifestyle is one of the ways of life, aimed at preserving and improving human health. Youth as a promising age group of the population is an important potential for social development and a significant object of social policy in the field of health.

**Keywords:** health of youth; social policy; healthy way of life; attitude towards health.

Здоровый человек – это светлое, надёжное будущее России. Здоровье граждан – это здоровье всей страны. А ее будущее заключается, прежде всего, в здоровой и благополучной нации. Поэтому стратегическое направление экономического и социального развития России во всех сферах жизнедеятельности требует новых людей, которые отличаются, прежде всего, тем, что ведут здоровый образ жизни и утверждают цивилизованные формы производственных и межличностных отношений. *Здоровый образ*

*жизни* – это один из способов жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья человека.

Здоровье человека по данным экспертов ВОЗ на 49-53% зависит от образа жизни, на 18-22% - от генетических факторов, на 17-20% - от внешних факторов воздействия, на 8-10% - от уровня медицинского обслуживания. Следовательно, в структуре причин, влияющих на здоровье человека, определяющим является образ жизни. Именно от образа жизни более чем на 50% зависит состояние здоровья человека. При ведении здорового образа жизни ровно на половину можно сократить риск возникновения нарушений в состоянии здоровья. Здоровый образ жизни – это единство всех форм и способов жизнедеятельности личности, ее условий и факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья [4].

К сожалению, далеко не все люди предпочитают вести здоровый образ жизни. Всё большее и большее число молодых людей попадают в зависимость от вредных привычек. Одна из них - негативное социально-правовое явление современной России – «молодёжный наркотизм». На формирование здорового образа жизни у людей, как правило, влияет окружение, оно же прививает и вредные привычки: курение, употребление алкоголя, психоактивные вещества, наркотиков. Влияние может сформироваться в любом возрасте, а источником могут быть окружающие в школе, институте, друзья и даже семья, ведь ребенок растет, наблюдая за тем, как живут родители [2]. В группе риска оказываются подростки и молодые люди, которые подверглись таким факторам, как рождение и воспитание в семье больных наркоманией, постоянное общение со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества и наркотические вещества, высокий уровень преступности в регионе. В эту же группу можно отнести подростков с некоторыми особенностями, свойственными пубертатному периоду: неуверенностью в себе, колебаниями настроения, заниженной самооценкой. К негативно влияющим факторам можно отнести подростковую беременность, постоянные семейные неурядицы, низкий доход семьи, сложности в освоении школьной программы, влекущие беспричинные пропуски занятий, проблемы в общении с семьей, со сверстниками [1].

Огромное внимание стоит уделить тому, что любой подросток большую часть времени проводит в учебных заведениях, где протекает воспитательный процесс, процесс осознания детьми, что значит «хорошо» и что значит «плохо». Как правило, это происходит в дошкольном и младшем школьном возрасте. Все изученные правила и нормы, основные черты характера - всё это формируется и остается в человеке с раннего детства, это он пронесёт через всю свою жизнь. Именно в эти, вышеназванные периоды очень важно оказывать правильное воздействие на ребёнка, проводить профилактику ЗОЖ.

Что следует понимать под словом профилактика? Согласно ст. 1 Федерального закона от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 03.07.2016) [5]. "О наркотических средствах и психотропных веществах", профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Поэтому в образовательных учреждениях важно проводить профилактические воздействия на учащихся посредством проведения различных бесед, классных часов, тематических лекций, в которых содержится пропаганда ЗОЖ. Следует приобщать подрастающее поколение к спорту, правильному питанию, активному учебному процессу. Помимо этого, следует проводить профилактические беседы с родителями на темы, направленные на выявление и решение данной проблемы.

Государство должно направлять и агитировать народонаселение к соблюдению ЗОЖ, ведь сейчас, как мы уже сказали, очень много факторов, пагубно влияющих на здоровье людей. Задача государства – устранить препятствия на пути к оздоровлению нации, создать такую обстановку, когда идея здорового образа жизни стала бы модной.

Родители должны приучать детей с ранних лет к тому, чтобы они чем-то интересовались, вели активный образ жизни, занимались в различных досуговых центрах и спортивных секциях. Пассивное времяпрепровождение «толкает» подрастающее поколение в социальные сети, в дурные компании, попадая под влияние которых, дети теряют индивидуальность и приобретают асоциальные привычки [3].

Важно помнить, что здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Именно поэтому профилактика здорового образа жизни так важна.

Глобальной задачей общества и государства является внедрение в образовательные стандарты как можно большего количества аспектов, связанных со здоровым образом жизни. Прежде всего, необходима адекватная работа с семьями в целях борьбы с курением, алкоголизмом и наркотизацией. Ребенок с детства должен ценить свое здоровье и следовать нормам ЗОЖ. Благодаря здоровому образу жизни каждый человек имеет больше возможностей для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности.

Формирование здорового образа жизни – один из приоритетов государственной стратегии нашей страны. Ведь именно состояние здоровья населения является одним из важнейших факторов обеспечения безопасности и стабильности развития государства.

«Материал вычитан, цифры, факты, цитаты сверены с первоисточником. Сведения, составляющие государственную и служебную тайну, не имеются».

#### Список литературы

1. Асянова С.Р. // Обеспечение индивидуальной безопасности ребенка как основа здоровьесбережения несовершеннолетних. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2019. № 2. С. 53-57.
2. Лобанов С.А. // Алкогольная и наркотическая зависимость как предикторы психических расстройств. Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2018. № 2. С. 59-64.
3. Мансурова З.Р., Салихов Д.А. // Явления девиации и девиантного поведения в современном российском обществе: причины и проявления. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2017. № 5. С. 235-240.
4. Распоряжение Правительства РФ от 29.11.2014 N 2403-р «Об утверждении Основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года» // КонсультантПлюс, 8 с. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://rosstudtsentr.ru/assets/docs/2403-r.pdf> (дата обращения: 19.09.2019 г.).
5. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "О наркотических средствах и психотропных веществах".

© Лобанов С.А., Мансурова К. А., Смирнов А.И., 2019

**Калимуллина Д.Х., Юлдашев В., Алехин В.Е.**

## **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ НА АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В статье представлены результаты работы по исследованию взаимосвязи между эмпатией и адаптацией у студентов. Выборка составила 50 студентов различных университетов Уфы. Методами исследования стали шкала социально-психологической адаптации, разработанная К. Роджерсом и Р. Даймондом и Опросник эмоциональной эмпатии А. Мехрабиана и Н. Эпстайна. В ходе проведенного исследования связи между эмпатией и адаптацией у студентов не выявлено.

**Ключевые слова:** эмпатия, адаптация, студенты, взаимосвязь уровня эмпатии и адаптации, социологический метод.

**Kalimullina D.Kh., Yuldashev V.L., Alekhin V.E.**

## **THE EFFECT OF EMPATHY LEVEL ON THE STUDENTS ' ADAPTATION**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** The article presents the results of the study of the relationship between empathy and adaptation in students. The sample consisted of 50 students from various universities of Ufa. The methods of the study were the scale of social and psychological adaptation developed by K. Rogers and R. Diamond and the questionnaire of emotional empathy by A. Mehrabian and N. Epstein. The study revealed no connection between empathy and adaptation in students.

**Key words:** empathy, adaptation, students, correlation of the level of empathy and adaptation, sociological method.

**Актуальность:** Важность изучения взаимосвязи эмпатии и адаптации у студентов в том, что повышение уровня эмпатии как понимание мира другого человека, готовность сопереживать и сочувствовать, играет весомую роль в адаптации к новым условиям социальной среды. Эмпатия - одно из коммуникативных свойств личности, которое способствует разрешению глубоких человеческих вопросов и открывает новые возможности для более эффективного воздействия на личность в общении [1]. Адаптация - это способность человека погрузиться в новую среду без ощущения дискомфорта и стресса, напряженности и чувства тревоги. Способность к успешной адаптации имеет значение при изменяющихся внешних условиях. [4]. В исследовании Григорьевой М. В. и Семиной А. В. была получена значимая связь между уровнем эмпатии и адаптации у студентов. Однако, Гольева Г. Ю., Гатина Я. Д., Долгова В. И. не выявили взаимосвязи между эмпатией и конфликтностью, которая в свою очередь включал в себя дезадаптацию [2]. Если

рассматривать эмпатию в целом, по мнению О. А. Полюшкевич проявляется тенденция казаться более эмпатичным, чем быть сопереживающим на самом деле [3].

Цель исследования: выявить взаимосвязь уровня эмпатии и адаптации у студентов.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 50 респондентов - студентов различных университетов Уфы, из них 28 женского пола (56%), 22 мужского (44%). Для исследования нами были выбраны следующие социально-психологические методики: шкала социально-психологической адаптации, разработанная К. Роджерсом и Р. Даймондом и адаптирована Т.В. Снегиревой (1987); Опросник эмоциональной эмпатии А. Мехрабиана и Н. Эпстайна и адаптирована Ю. М. Орловым и Ю. Н. Емельяновым (1986). Опросник социально-психологической адаптации - методика, направленная на выявление особенностей личности тестируемого, а также степени социально-психологической адаптации. В исследовании мы изучали адаптацию по 4 шкалам: адаптивность, эмоциональный комфорт, принятие других, внутренний контроль. Для определения уровня эмпатии использовали опросник эмоциональной эмпатии - методика предназначена для диагностики эмпатии как личностной черты. Исследование проводилось на базе Башкирского государственного медицинского университета с использованием дистанционных технологий. Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Excel 2016, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами непараметрического анализа ( $p < 0,05$ ).

Результаты и обсуждение: По результатам методики «Опросник эмоциональной эмпатии» А. Мехрабиана и Н. Эпстайна нами выявлено, что для 23 студентов (46 %) характерен средний уровень эмпатии; высокий уровень эмпатии диагностируется у 19 (38 %) исследованных; низкий - наблюдается у 8 (16 %) от общего числа испытуемых. Оценивали адаптацию по методике социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда. Так, по шкале «Адаптивность» у 28 (56%) студентов зафиксирована нормальная адаптивность; у 21 (42%) тестируемых обнаружена высокая адаптивность; низкая адаптивность выявлена у 1 (2%) человека. По шкале «Эмоциональный комфорт» нормальный уровень наблюдается у большинства студентов - 43 (86%); высокий уровень - у 4 (8%) испытуемых. Низкий уровень эмоционального комфорта, иначе говоря эмоциональный дискомфорт зафиксирован у 3 (6%) исследуемых. По шкале «Принятие других» испытуемых можно разделить на 2 группы: однозначное принятие других - 19 (38%) и принятие других с некоторыми ограничениями - 31 (62%). По шкале «Внутренний контроль» высокий уровень контроля имеется у 20 (40%) студентов, нормальный уровень - у 30 (60%) тестируемых. При применении непараметрического метода ранговой корреляции по Спирмену было выявлено, что имеется положительная корреляционная связь между адаптивностью и эмоциональным

комфортом ( $r=0,58$ ), между адаптивностью и принятием других ( $r=0,36$ ) и эмоциональным комфортом и внутренним контролем ( $r=0,29$ ). При этом не наблюдалось статистически значимых показателей корреляции между уровнем эмпатии и показателем адаптивности. Заключение и выводы: По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что для большинства опрошенных студентов свойственен средний уровень эмпатии и средний уровень адаптивности. Причем статистически значимой связи между эмпатией и адаптацией не обнаружено.

#### Список литературы

1. Гольева Г.Ю., Гатина Я.Д., Долгова В.И. Изучение эмпатии и эмоциональной устойчивости у студентов-психологов // Институциональная перезагрузка образовательной системы - 2018.- №1.- С. 25-30.
2. Григорьева М.В., Семина А.В. Роль эмпатии в процессе социально-психологической адаптации студентов к условиям обучения в ВУЗе // Акмеология образования. Психология развития - 2013. - №4.- С. 358-363.
3. Полюшкевич О.А. Социальная эмпатия: вопросы консолидации Российского общества // Мониторинг общественного мнения- 2015.- №3.- С. 3-18.
4. Сбитякова В.А. Анализ адаптации студентов-первокурсников

©Калимуллина Д.Х., Юлдашев В., Алехин В.Е., 2019

Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., Алехин В.Е., Урицкий Б.Л.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОНСТИТУЦИЯ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** Статья посвящена взаимосвязи личностных особенностей, агрессивности и конституциональных особенностей. В качестве методов применялись: опросник уровня агрессивности Басса – Перри, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности, Шкала Ферримана-Галвея. Опрошено 69 респондентов (39 % мужчины, 61% женщины). Средний возраст респондентов –  $19,4 \pm 1$  лет. После сравнения групп, отличных по типу конституции, по критерию Краскела-Уоллиса, выявлено: у гиперстеников показатели по шкале «Депрессия» ниже, чем у астеников и нормостеников. После анализа по Спирмену выявлено: у лиц женского пола с признаками гирсутизма выше показатели по шкалам «Психопатия», «Паранойяльность», «Шизодность».

**Ключевые слова:** телосложение, агрессивность, личностные особенности, конституциональная психология.

Yuldashev V.L., Kalimullina D.Kh., Alekhin V.E., Uritsky B.L.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE CONSTITUTION

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** The article is devoted to the connection between psychological characteristics, level of aggression and constitutional features. As methods were used: Buss–Perry Aggression.

Questionnaire, short version of Minnesota Multiphasic Personality Inventory, The Ferriman Gallwey scale. 69 respondents were interviewed (39% male, 61% female). Average age of the respondents is  $19,4 \pm 1$ . After comparing groups, which were differed in type of constitution, by Kruskal-Wallis test, we found out that hypersthenics are less anxious. Asthenics and normosthenics have higher scores on —Depression scale. After Spearman's correlation analysis we found out that women with hirsutism signs have higher scores on —Psychopathy, —Paranoia, —Schizophrenia scales.

**Key words:** constitution, aggression, psychological characteristics, constitutional psychology.

**Актуальность:** Попытки соотнести психологические особенности человека с его внешними характеристиками предпринимались в медицинской и психологической науке уже давно. Например, Кречмер И.О. выделял три типа телосложения: астенический, атлетический и пикнический. [5]. Ученый указал на наличие взаимосвязи между склонностью к маниакально-депрессивным заболеваниям и пикническим типом строения тела, между



склонностью к шизофрении и астеническим или атлетическим телосложением. Кроме того, для астеника характерны замкнутость (интроверсия), уход во внутренний мир, несоответствие реакций внешним стимулам, контрасты между чрезмерной ранимостью и бесчувственной холодностью[6]. Большинство представителей пикнического типа являются носителями циклотимического характера и отличаются чуткой эмоциональной сферой. Они хорошо понимают юмор, отзывчивы, обладают потребностью высказаться, высмеяться, выплакаться [7]. Люди атлетического типа спокойные, обнаруживают не очень гибкое мышление. [7]. Для нашего исследования выбрана классификация конституции человека М.В.Черноруцкого, согласно которой различают три типа: астенический, гиперстенический и инормостенический [1]. Также мы рассматриваем как возможный показатель личностных особенностей или агрессивности – наличие гирсутизма, как конституциональной особенности или же, как признака избытка андрогенов, что может приводить к избыточной агрессивности [9]. Мы решили, что будет интересно определить наличие или отсутствие взаимосвязи некоторых конституциональных особенностей и личностных характеристик, а также выраженности агрессивности индивида.

Цель исследования: Выявить наличие и особенности взаимосвязи психологических характеристик и некоторых конституциональных особенностей. Задачами исследования стали: 1. Определить у лиц женского пола в исследуемой выборке степень выраженности гирсутизма, как показателя возможного избытка андрогенов. 2. Определить личностные особенности лиц в исследуемой выборке. 3. Определить степень агрессивности лиц в исследуемой выборке. 4. Изучить особенности взаимосвязи между степенью агрессивности и наличием признаков гирсутизма у лиц женского пола. 5. Изучить особенности взаимосвязи личностных черт и конституции лиц в исследуемой выборке. Материалы и методы: В исследовании приняли участие 69 респондентов, среди которых 39 % (27/69) мужского пола и 61% (42/69) женского пола. Средний возраст респондентов составил  $19,4 \pm 1$  лет. Для достижения поставленных целей были использованы следующие экспериментально-психологические методики: Опросник уровня агрессивности Басса –Перри[3], Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности[4], Шкала Ферримана-Галвея для оценки степени гирсутизма[2]. Для выявления типа телосложения использовался Индекс Пинье (рассчитывается на основании определения соотношения роста, веса и обхвата груди) [8]. Исследование проводилось на базе Башкирского государственного медицинского университета в марте 2019 года. Проведение опроса проходило в стандартизированных условиях с предоставлением респондентам бумажных бланков, измерения проводились с использованием сантиметровой ленты. Для статистической обработки были использованы пакеты документов: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Результаты и обсуждения: При

исследовании взаимосвязи конституциональных особенностей с личностными, полученными из Сокращенного многофакторного опросника для исследования личности, были использованы методы непараметрического анализа, выбор которых обусловлен относительно небольшим числом наблюдений. Для исследования взаимосвязи избытка андрогенов с личностными особенностями и агрессивностью мы сформировали 2 группы, в которые вошли только лица женского пола. Порогом включения в исследуемую группу стало наличие 8 и более баллов по шкале Ферримана-Галвея, что интерпретируется как пограничное или избыточное состояние. Мы определили, что в исследуемой группе 22 лица женского пола набрали баллы, позволяющие судить о возможном избытке андрогенов. Контрольную группу составили 20 девушек без признаков избытка андрогенов. Группы не отличались по возрастному признаку. При сравнении групп с применением U критерия Манна-Уитни была выявлена статистически значимая разница по шкале «Психопатия», что может говорить об агрессивности, конфликтности, пренебрежении социальными нормами и ценностями лиц с признаками наличия гирсутизма (Рис. 1). Также для изучения взаимосвязи был применен корреляционный анализ по Спирмену. Были выявлены положительные корреляционные связи между шкалами «Психопатия» ( $r=0,36$ ), «Паранойяльность» ( $r=0,3$ ), «Шизоидность» ( $r=0,32$ ) многофакторного опросника и наличием признаков гирсутизма. По прочим шкалам Сокращенного многофакторного опросника для исследования личности, а также шкалы Опросника уровня агрессивности Басса – Перри, разницы выявлено не было. Для изучения взаимосвязи личностных черт и физической конституции было сформировано 3 группы конституции в зависимости от типа конституции. В 1 группу вошли гиперстеники, во 2 – нормостеники, в 3 – астеники. Группы были равны по возрастному признаку. По половому признаку в 1 группе преобладали мужчины (80%), во 2 количество лиц женского пола было почти равно количеству лиц мужского пола (53% мужчины), в 3 – значительно преобладали лица женского пола (87%). При сравнении групп с применением критерия Краскела-Уоллиса была получена статистически значимая разница по шкале «Депрессия». У лиц с гиперстеническим типом телосложения низкие значения по данной шкале, что говорит об их низком уровне тревоги, об их активности и общительности. Астеники и нормостеники же более склонны к тревогам.

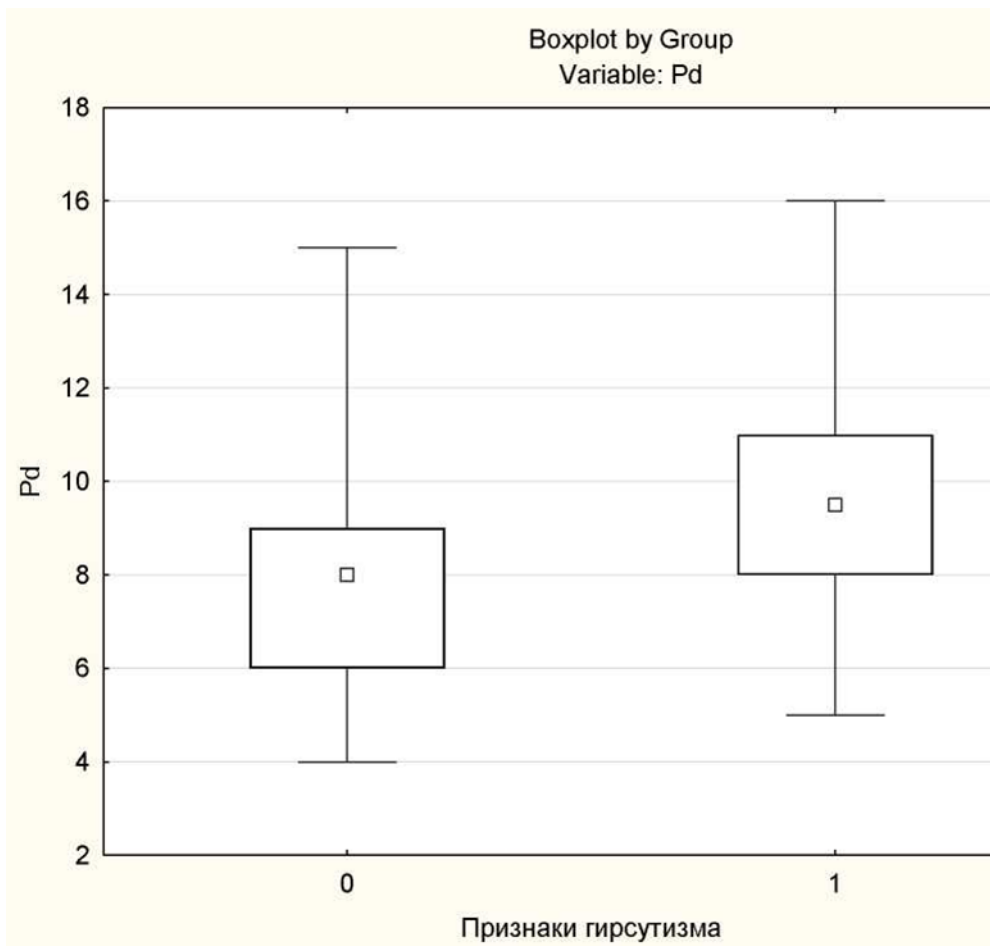
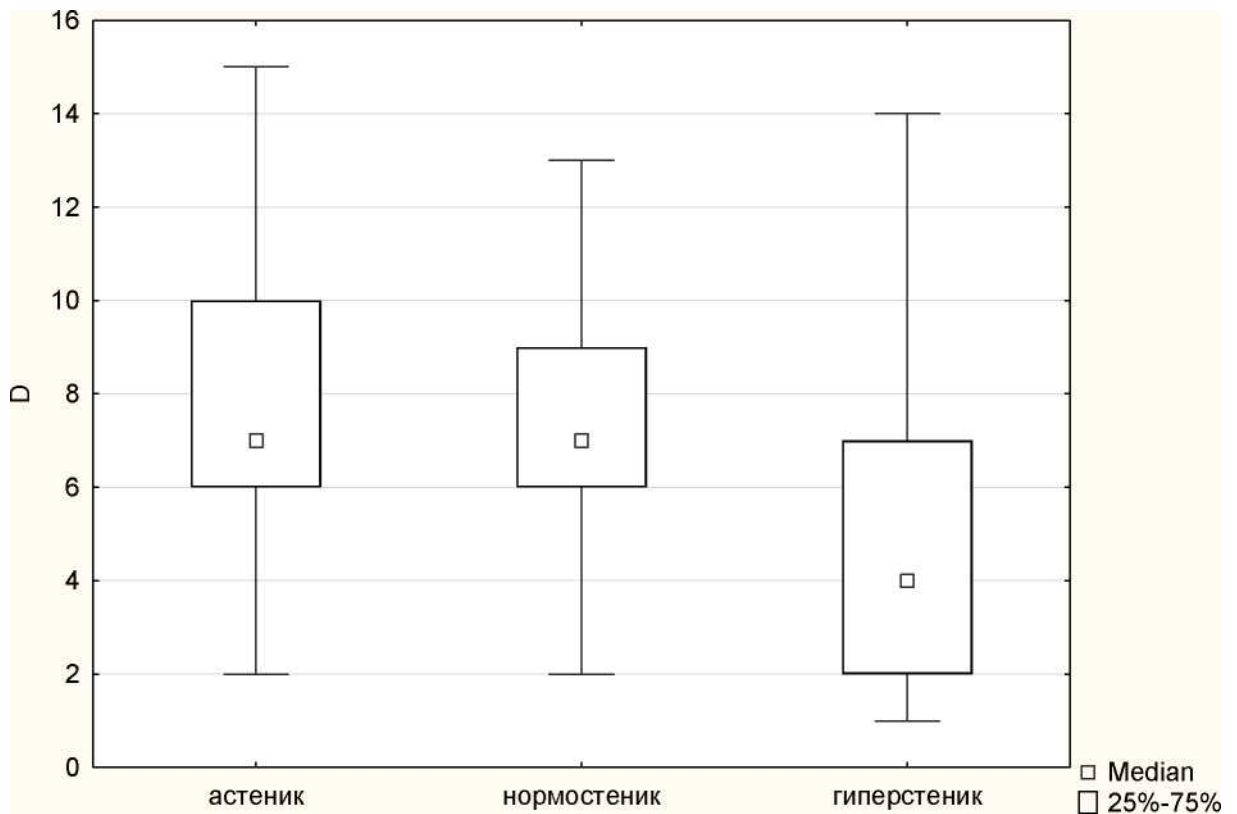


Рис. 1. Шкала «Психопатия»



## Рис. 2. Шкала «Депрессия»

Заключение и выводы: Таким образом, в результате сравнения групп, сформированных в зависимости от типа конституции, с применением критерия Краскела Уоллиса, выявлено, что лица с гиперстеническим типом телосложения реже подвержены тревогам, они активны и энергичны. Астеники и нормостеники чаще имеют высокие показатели по шкале «Депрессия», а значит, чаще тревожатся, не всегда уверены в себе.

### Список литературы

1. Гребенев А. Л., Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. –5-е изд., перераб. и доп.– М.: Медицина, 2001.– 592 С.32
2. Дедов И. И., Эндокринология. 2013 С. 38
3. Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А.Басса и М.Перри//Психологический журнал. 2007. № 1. С.115—124.
4. Зайцев В.П., Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. – 1981. - № 3. - С. 118-123
5. Зайченко А. А., конституциональная психология// Известия Саратовского Университета. Новая серия: Философия. Психология. Педагогика, Саратов, 2010.  
URL:<https://elibrary.ru/item.asp?id=15056837> (дата обращения 10.03.2019)
6. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П., Большой психологический словарь. — М.: ПраймЕВРОЗНАК, 2003.
7. Русанова Л. А., Психотипы человека: краткий экскурс – Тюмень: ТюмГНГУ, 2011. - 176., С. 20
8. Саттаров А.Э., Индексы телосложения и физическое развитие подростков и юношей, проживающих в высокогорной сельской и городской местности // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.;
9. Menelaos L. Batrinos, Testosterone and Aggressive Behavior in Man. Int. J. Endocrinol Metab.2012; 10 (3): 563–568

© Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., Алехин В.Е., Урицкий Б.Л., 2019

<sup>1</sup>Недюрмагомедов Г.Г., <sup>2</sup>Джамалутдинова Т.М.

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ  
ШКОЛЬНИКОВ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

<sup>1</sup>Дагестанский институт развития образования, Россия (Махачкала),

<sup>2</sup>Дагестанский государственный педагогический Университет, Россия (Махачкала)

**Резюме.** В статье рассматриваются проблема формирования здоровьесберегающих компетенций школьников в процессе учебной деятельности. Раскрывается сущность понятий «здоровье», «культура здоровья», «здоровьесберегающие компетенции», описываются модель формирования здоровьесберегающие компетенции и педагогические условия эффективного формирования здоровьесберегающих компетенций у школьников.

**Ключевые слова:** здоровье, компетенция, культура здоровья, здоровьесберегающие компетенции, педагогические условия формирования здоровьесберегающих компетенций.

<sup>1</sup>Nedyurmagedov G.G., <sup>2</sup>Jamalutdinova T.M.

**FORMATION OF HEALTH-SAVING COMPETENCES  
SCHOOLCHILDREN IN THE PROCESS OF EDUCATIONAL ACTIVITY**

<sup>1</sup>Dagestan Institute of Education Development, Russia(Makhachkala),

<sup>2</sup>Dagestan State Pedagogical University, Russia (Makhachkala)

**Summary.** The article discusses the problem of the formation of health-saving competencies of students in the process of educational activity. The essence of the concepts of «health», «health culture», «health-saving competencies» is revealed, a model for the formation of health-saving competencies and pedagogical conditions for the effective formation of health-saving competencies in students are described.

**Key words:** health, competence, health culture, health-saving competences, pedagogical conditions for the formation of health-saving competencies.

Актуальность исследования проблемы формирования здоровьесберегающих компетенций, обусловлена новыми требованиями к выпускнику школы, среди которых и здоровьесберегающая компетентность. Одной из проблем обучения, возникшей еще во вторую половину XX века, является ухудшение состояния здоровья школьников. Внедрение в школу ФГОС актуализировало значимость формирования компетенций, в том числе и здоровьесберегающей [12].

Актуальность исследования определяется и противоречиями между: социальным заказом общества на сохранение и укрепление здоровья школьников и недостаточной проработанностью теоретических оснований и практических механизмов данного процесса.

Стремление разрешить указанные противоречия определило проблему исследования, состоящую в необходимости теоретического и практического обоснования эффективных педагогических условий формирования здоровьесберегающей компетенции у учащихся общеобразовательной школы в процессе учебной деятельности. Поэтому целью исследования является выявление организационных и педагогических условий, обеспечивающих эффективность формирования здоровьесберегающей компетенции в процессе учебной деятельности. Базой нашего исследования являлись школы Уйташа, Кизилюрта и Махачкалы (РД), в которых мы в процессе исследования применяли комплекс методов исследования (сравнительно-сопоставительный, опросно-диагностические методы беседы, аналитический метод, опытно-экспериментальная работа и др.). В исследовании были задействованы учителя биологии и химии, физической культуры и начальных классов, а также студенты 5-х курсов педагогического университета в период второй педагогической практики в этих школах.

«Педагогика» с момента своего становления обращала свое внимание на ценность «здоровья» как важнейшего фактора образования, формирования и развития личности учащегося. Сегодня «функция здоровьесбережения» усиливает свои позиции на уровне не только теории, но и практики работы различных типов общеобразовательных учреждений. Однако все это требует целенаправленной работы по подготовке и переподготовке педагогических кадров общеобразовательной школы, способных не на уровне «декларации», а фактически организовывать свою педагогическую деятельность и деятельность школьников в процессе учебной деятельности на уроке за счет «здоровьесбережения» и внедрения «здоровьесберегающих педагогических технологий» в образовательный процесс [11]. Согласно данным исследователей, в РФ только 34 % детей являются здоровыми, из них детей школьного возраста, здоровыми признаны около 10 % учащихся начальных классов и от 3 % до 5 % старшеклассников (Аверьянов В.Н. и др.), то есть, за период обучения в общеобразовательной школе у более чем 50% здоровых при поступлении в школу детей развиваются отклонения в здоровье (прогрессируют заболевания сердечно-сосудистой, костно-мышечной и других систем, которые часто обусловлены недостаточной двигательной активностью, неблагоприятными экологическими условиями и питанием). Рассматривая причины ухудшения здоровья школьников выделяют две группы факторов: общепатогенные факторы (относят общие факторы, формирующие здоровье человека) и внутришкольные (непосредственно связанные с образовательным процессом).

В дагестанских школах полностью отсутствует медицинское сопровождение процесса обучения, поэтому не удивительно, что состояние здоровья школьников имеет тенденцию к ухудшению. В этих условиях, «теоретики», ухудшение качества здоровья учащихся стали

ошибочно рассматривать как проблему педагогики и психологии. В свете зрения раскрытия педагогической сущности «проблемы здоровья школьников» уточним понятие «здоровье», так как известно более 300 дефиниций понятия. В научной литературе наблюдаются различные подходы к трактовке понятия «здоровье», это:

-состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав Всемирной организации здравоохранения, 1948);

-возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психической и социальной сущности человека (Попов М, Михайлова П., 1975);

-естественное состояние организма, характеризующееся его полной уравновешенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных состояний (Большая медицинская энциклопедия, 1973);

-благо (ресурс), от степени обладания которым зависит уровень удовлетворения потребностей человека (Журавлева И.В., Шилова Л.С.).

В определение «Всемирной организации здравоохранения» включается три компонента:

-физическое здоровье – это уровень роста, развития органов и систем организма (это способность сохранять и использовать тело);

-психическое здоровье – состояние психической сферы, основу которого составляет психический комфорт, обеспечивающий адекватное поведение, оно обусловлено биологическими и социальными потребностями, и возможностью их удовлетворения;

-социальная составляющая – способность использовать и развивать отношения с другими людьми (отражает социальные связи, ресурсы, способность к общению и его качество).

Анализ понятия «здоровье» в научной литературе позволяет выявить четыре подхода к его толкованию, это:

-функциональный - исходит из понимания «здоровья» как условия для выполнения человеком своих обязанностей;

-биосоциальный - определяет «здоровье» как динамическое равновесие организма и окружающей среды;

-здоровье как норма - полагает, что «здоровье» и «норма» - это тождественные понятия;

-здоровье - это отсутствие болезни, т.е. человек здоров, если у него нет признаков заболевания [7].

Таким образом, наиболее распространено в отечественной литературе понимание «здоровья» как единство биологических и социальных качеств, детерминированных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями, однако на наш взгляд, «здоровье» - это объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального благополучия, отмечаемое хорошим самочувствием, эффективной работоспособностью и способностью к воспроизводству потомства [3].

Качественные характеристики здоровья определяют образ и стиль человеческой жизни. Поэтому внимание к собственному здоровью, ориентация на укрепление здоровья – служит показателем не только санитарно-гигиенической, но и общей культуры человека. Таким образом, «культура здоровья», потребность в «здоровом образе жизни» становится важной задачей школы в области воспитательной деятельности.

Культура здоровья – рассматривается как значимая характеристика и одна из составляющих культуры общества и личности, определяющая социализацию и социальную успешность личности в процессе жизнедеятельности (Колычева З.И.); формирующая «совокупность знаний, ценностей, норм, идеалов, установок, связанных с представлениями о здоровье как ценности, выполняющих регулятивно-ориентирующие функции в отношении тех видов деятельности, которые обеспечивают формирование, поддержание и укрепление здоровья» (Быховская И.М.), а также «информированность в области здоровьесбережения» и практико-ориентированную потребность личности к ведению здорового образа жизни, проявлению заботы о своем здоровье и здоровье окружающих (Волошина Л.Н.).

Здоровый образ жизни (healthy life stile) - понимается как «деятельность наиболее характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условий, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей» (Лисицын Ю.П.) [8]; «совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают достаточно долговечно, а также совокупность рациональных методов сохранения здоровья, гармонического развития личности» (Добнорадова Л.В.) [5]; способ организации жизнедеятельности, базирующееся на научно обоснованных, личностно-значимых и санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья (Панова Е.В.) [13]; процесс соблюдения человеком определенных правил, закономерностей, норм, принципов и ограничений в жизни, способствующих оптимальной адаптации организма к условиям среды, сохранению здоровья, высокому уровню работоспособности в повседневной учебной, профессиональной и трудовой деятельности» (Лубышева Л.И.) [10].



Сегодня для всех очевидно, что оздоровление любого человека (в том числе и учащегося общеобразовательной школы) возможно только благодаря изменению образа жизни. Нельзя, однако отрицать влияние на состояние здоровья школьников таких внешних факторов, как окружающая и культурная среда, состояние службы здравоохранения и т.д., но ведущая роль среди множества факторов принадлежит - образу жизни. Модели «здорового образа жизни» личности школьника, формируются (или складываются) в соответствии с теми нормами, ценностями и традициями, которые существуют в обществе. Они могут быть разнообразными и зависят от объективных и субъективных факторов. Реализация «здорового образа жизни» предполагает наличие активной деятельности школьника, определим ее как деятельность учащегося, направленную на сохранение и укрепления его здоровья, это и составляет субъективную сторону здорового образа жизни, а объективной стороной здорового образа жизни выступают условия объективной среды (в частности - школы), включенные в процесс деятельности по формированию «здорового образа жизни».

Понятие «здоровый образ жизни» носит системный характер, поэтому необходимо рассматривать его содержание во взаимосвязи составляющих его компонентов (режим труда и отдыха, система питания, закаливающие и развивающие процедуры, система отношений к себе и к другим, осмысленность бытия, жизненные цели и ценности).

Культура здорового образа жизни - один из результатов социализации личности школьника в обществе, состоящий из здорового отношения личности к себе; из жизнедеятельности, направленной на такие виды здоровья, как психическое, физическое, нравственное; из поддержки внутренних факторов здоровья (соблюдение режима дня и режима питания, полезные привычки и двигательная активность и пр.).

В работах, посвященных внедрению компетентного подхода в школьное образование, особая роль отводится формированию здоровьесберегающих компетенций (Болотов В.А., Дамадаева А.С., Зимняя И.А., Недюрмагомедов Г.Г., Несговорова Н.П., Семчук Н.М., Тодорина Д.Л., Тюмасева З.И., Янакиева Е.К. и др.) [1; 4].

Процесс формирования «культуры здоровья» и «здорового образа жизни» осуществляется по трем основным взаимосвязанным направлениям: формирование знаний о здоровье, культуре здоровья, здоровом образе жизни и их значимости; внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий; организация оздоровительной работы [1]. Результатом этой работы, согласно новым школьным стандартам (ФГОС), должны быть сформированные у школьника здоровьесберегающие компетенции.

В педагогической литературе, «компетенция» (с лат. яз. «competentia» означает – круг вопросов, в которых личность обладает познаниями) рассматривается как общая способность и готовность использовать знания, умения и обобщенные способы действий, усвоенные в

процессе обучения, в реальной деятельности (Асмолов А.Г., Бурменская Г.В., Володарская И.А. и др.) [2]; готовность субъекта эффективно организовать внутренние и внешние ресурсы для постановки и достижения цели» (Селевко Г.К.) [14]; отчужденное, заранее заданное социальное требование (норма) к образовательной подготовке ученика, необходимой для его эффективной продуктивной деятельности в определенной сфере (Хуторской А.В.) [16]. Введение компетенций в нормативную и практическую составляющую школьного образования способствует решению типичной для отечественной школы проблемы, когда выпускники школы хорошо владеют теоретическими знаниями, но испытывают трудности в деятельности, требующей использования этих знаний для решения конкретных практических задач или проблемных ситуаций.

Здоровьесберегающая компетентность – это комплексное знание (знание об опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; соблюдение правил личной гигиены; занятия физической культурой; свобода и ответственность выбора образа жизни) и соблюдение норм здорового образа жизни (Зимняя И.А.) [6]; способность владеть средствами самостоятельного методически правильного использования методов физического воспитания и укрепления здоровья, готовность к достижению должного уровня физической подготовленности для обеспечения полноценной жизнедеятельности (Лопаева Н.С.) [9].

Задачей формирования «здоровьесберегающих компетенций» является – формирование у учащихся понимания и осознания того, что сохранение и укрепление здоровья способствует их совершенствованию и саморазвитию, а для этого необходимо:

-во-первых, создание здоровьесберегающей среды (рациональная организация учебного процесса, учитывающего постепенное развертывание умственной активности с учетом времени устойчивой работоспособности и утомления) (Гараева Е.А.);

-во-вторых, создание для каждого типа общеобразовательной школы образовательной программы, направленной на сохранение и укрепление здоровья школьников;

-в-третьих, при формировании знаний о «здоровом образе жизни» особую роль необходимо отвести семье, которая становится примером для ведения «здорового образа жизни», а также большое значение имеет участие в различных спортивных состязательных играх и спартакиадах, благодаря которым учащиеся могут не только проявлять свою активность, но и смогут понять свои физические возможности (Слесарева Г.Д.) [15].

Для эффективного становления и развития «здоровьесберегающей компетентности» разработана и внедрена «модель формирования здоровьесберегающей компетентности в процессе учебной деятельности школьников».

Структурные компоненты модели раскрывают внутреннюю организацию здоровьесберегающего образования и обеспечивают взаимодействие между элементами по

формированию «здоровьесберегающей компетентности». Ядром модели является личность учащегося в сконструированных специальным образом целостных педагогических условиях здоровьесберегающей образовательной среды. Модель включает в себя целевую, предметно-дидактическую, содержательную, процессуально-деятельностную и оценочно-результативную стороны учебной деятельности школьников, реализует цели обучения и формирования «здоровьесберегающей компетентности» в одном потоке здоровьесберегающего образовательного процесса.

Целевой компонент базируется на целях образовательного процесса и здоровьесберегающего образования (формировании «культуры здоровья» и ее компонента - «здоровьесберегающей компетентности»), и объединяет все школьные дисциплины и внеурочную деятельность, что определяет содержание работы (содержательный компонент) которое определяется по результатам диагностики уровня формирования культуры здоровья учащегося и здоровьесберегающей компетентности, и осуществляется на основе базовых содержательных линий (развитие «здоровья» как условия; как равновесие организма ученика и окружающей среды; рассмотрение здоровья как нормы и как отсутствие болезни) посредством применения здоровьесберегающих педагогических технологий во взаимодействии школьных педагогов и учащихся (процессуально-деятельностный компонент); диагностику результатов и эффективность применения здоровьесберегающих технологий направленных на формирование культуры здоровья и здоровьесберегающей компетентности на разных этапах школьного обучения, их коррекцию, мониторинг и прогнозирование дальнейшей работы.

Ядром модели является развивающаяся личность школьника: ученик (процесс освоения), ученик (развитие личности), ученик (культура здоровья), что отражает динамику формирования его здоровьесберегающей компетентности на разных этапах школьного обучения. Ключевым компонентом «модели формирования здоровьесберегающей компетентности в процессе учебной деятельности школьников» является формирование и развитие в процессе учебной деятельности школьников - «здоровьесберегающей компетентности» на разных этапах обучения (начальная, основная и старшая школа). В ходе анализа работ различных ученых, можно выделить следующие структурные компоненты «здоровьесберегающей компетентности»:

- когнитивный компонент – это овладение школьниками системой знаний педагогического опыта о здоровье в целом, здоровом образе жизни в различных условиях жизни учащихся, здоровьесбережении и, расширение и дополнение этих знаний;

- эмоционально-волевой компонент – получение положительных эмоций в процессе здоровьесбережения, формирование здоровьесберегающей деятельности учащихся и

формирование позитивного к ней отношения (Айзман Р.И. и др.), умение управлять эмоциями, получать информацию о здоровье, об опыте ведения здорового образа жизни, развитие воли по регулярной организации здорового образа жизни;

- мотивационно-ценностный компонент – включает осознание здоровья как жизненно важной ценности, побуждение к получению знаний, выработке полезных привычек, изучение условий повышения собственного здоровья, стремление к достижению высоких результатов в здоровьесбережении, ценностное отношение к собственному и здоровью окружающих, формирование потребности у учащихся в развитии здоровья (Чуктурова Н.И.);

- деятельностный компонент – характеризуется активной деятельностью по сохранению и развитию своего здоровья, процессом здоровьесбережения, развитием индивидуальных способов и стилей здоровьесбережения, развитием умений организовывать собственную деятельность и применения здоровьесберегающих технологий в учебном процессе.

Эффективность внедрения «модели формирования здоровьесберегающей компетентности в процессе учебной деятельности школьников» обеспечивается комплексом педагогических условий:

- теоретико-методическая подготовка педагогов школы по проблеме здоровьесбережения и формирования здоровьесберегающей компетенции в процессе прохождения курсов повышения квалификации учителей-предметников;

- единство теоретической и практической подготовки учителей-предметников к внедрению в учебный процесс здоровьесберегающих педагогических технологий в процессе участия в работе школьных методобъединений;

- разработка и внедрение системы знаний, умений, навыков в программы школьных дисциплин, направленных на формирование у школьников здоровьесберегающих компетенций, в единстве всех ее компонентов;

- системное применение здоровьесберегающих образовательных технологий, направленных на формирование здоровьесберегающей компетенции, как ключевого компонента «культуры здорового образа жизни» и соответственно - здоровьесохранительного поведения;

- методическое сопровождение студентов в период прохождения педагогической практики в общеобразовательных учреждениях, в области формирования ими здоровьесберегающей компетенции школьников;

- лично-осознанное овладение школьниками основными компонентами культуры здоровья в процессе учебной деятельности;

- развитие устойчивой потребности в формировании здоровьесберегающей компетентности в процессе учебной деятельности, при изучении различных дисциплин;

- целенаправленное формирование на уроках здоровьесберегающих знаний, практических умений и навыков;

- учет психологических и возрастных особенностей учащихся (начальной, основной и старшей школы) при формировании уровней культуры здоровья и ее компонентов (в том числе и базового компонента - здоровьесберегающей компетентности);

- усиление эмоционально-волевого и мотивационно-ценностного компонентов в процессе формирования культуры здоровья.

Таким образом, выявленные базовые компоненты модели и условия формирования и развития здоровьесберегающей компетентности школьника, обеспечивают возможность целенаправленных педагогических воздействий в процессе учебной деятельности - формирования данного интегративного качества при изучении различных школьных дисциплин.

### **Список литературы**

1. Алиева Т.Г., Дамадаева А.С. Занятия физической рекреацией как средство оптимизации социально-психологической адаптации подростков с бронхиальной астмой // Ученые записки Университета им. П.Ф.Лесгафта. - 2012. - №6. - С.7-12.
2. Асмолов А.Г., Бурменская Г.В., Володарская И.А. и др. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе: От действия к мысли. -М.: Просвещение, 2008. -151 с.
3. Большая медицинская энциклопедия. – М.,1973. - 356 с.
4. Джахбарова З.М., Недюрмагомедов Г.Г., Джаруллаев Д.Г. Здоровьесберегающие технологии в процессе обучения школьников // Высшее образование сегодня. - 2014. - № 9 . - С. 104-107.
5. Доброрадова Л.В. Здоровый образ жизни как объект исследования в различных отраслях науки // Вестник ЧГПУ. - 2009. - №5. - С.29-35.
6. Зимняя И.А. Компетентностный подход. Каково его место в системе современных подходов к проблемам образования? (теоретико-методологический аспект) // Высшее образование сегодня. - 2006. - № 8. - С.20-26.
7. Киселев В.А. Стратегии отношения к здоровью [Эл. ресурс]. - Режим доступа <http://do.telecliraca.ru/375092/>. - Дата доступа 20.06.2012
8. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 510 с.
9. Лопаева Н.С. Воспитательная среда вуза в формировании здоровьесберегающих компетенций // Вестник ЧГПУ. - 2010. -№10. - С.87-93.
10. Лубышева Л.И. Спортивная культура в школе. – М.: Теория и практика физической культуры и спорта, 2006. - 174 с.

- 11.Магомедова Ф.Т., Недюрмагомедов Г.Г. Формирование здорового образа жизни учащихся общеобразовательной школы Республики Дагестан / Актуальные вопросы экологии человека: социальные аспекты: сборник научных статей участников Международной научно-практической конференции (г. Уфа, 15-17 мая 2017 г.). В 3-х томах / отв. ред. Г.М. Хасанова. – Уфа: РИО ИЦИПТ, 2017. - Том 3. - С.197-201.
- 12.Недюрмагомедов Г.Г., Зайналова Л.А. Формирование здорового образа жизни у учащихся современной общеобразовательной школы/ Дагестан против наркотиков. Материалы Всероссийской конференции (форума), 22 мая 2018 года. – Махачкала: АЛЕФ, МАГ, 2018. - С.74-80.
- 13.Панова Е.В. К вопросу о здоровьесберегающей методике развития гибкости: Проблемы совершенствования олимпийского движения, физической культуры и спорта в Сибири // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. - Омск, 2003. - С.226-228.
- 14.Селевко Г.К. Педагогические компетенции и компетентность: Их классификация // Сельская школа. - 2004. - № 3. - С.29-32.
- 15.Слесарева Г.Д. Здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения // Психолого-педагогическое обеспечение как здоровьесберегающий ресурс субъектов образовательного процесса. - Киров: Изд-во ВятГГУ, 2011. - С.9-11.
- 16.Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования // Народное образование. - 2003. - № 2. - С.58-64.

©Недюрмагомедов Г.Г., Джамалутдинова Т.М., 2019

Перхуткина А.Д.

**ВЛИЯНИЕ ТКАНИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА  
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Уфимский государственный нефтяной технический университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы влияния тканей на здоровье человека. Основной акцент делается на применении натуральных материалов в отличие от синтетических. Вводится новое понятие «здоровая одежда», приводятся характеристики тканей, используемых при проектировании и изготовлении одежды, даются рекомендации по правильному выбору «здоровой одежды».

**Ключевые слова:** ткань, синтетика, лен, шелк, хлопок, шерсть, хемп, конопля, крапива, «здоровая одежда».

Perkhutkina A.D.

**INFLUENCE OF TISSUE ON HUMAN ORGANISM IN HEALTH SYSTEM**

**Ufa State Petroleum Technical University, Russia (Ufa)**

**Summary.** The article discusses the effects of tissues on human health. The main emphasis is on the use of natural materials as opposed to synthetic ones. A new concept of “healthy clothes” is introduced, the characteristics of the fabrics used in the design and manufacture of clothes are given, recommendations are made on the correct choice of “healthy clothes”.

**Keywords:** fabric, synthetics, linen, silk, cotton, wool, hem, hemp, nettle, “healthy clothes”.

Актуальность. В современном мире, где процветают и развиваются технологии, людей уже невозможно удивить новыми материалами и дешевизной продукции (в том числе тканей), но в погоне за ценой люди забывают о качестве материалов и их свойствах, которые могут оказывать вредное воздействие на организм человека. Множество различных синтетических тканей заполнили мировые рынки. Они дешёвы, удобны в носке, легко чистятся, не мнутся. Казалось бы, чем такой продукт плох, если он удовлетворяет потребности человека. Однако всё познается в сравнении. Если мы рассмотрим влияние различных материалов, их неотъемлемых физических и энергетических свойств на организм человека, то заметим, что синтетические материалы, изготовленные химическим путем, сопровождаются не только негативным влиянием на здоровье человека, но и значительными трудовыми, капитальными, материальными и энергетическими затратами. При этом проблема выбора одежды из желаемой ткани затруднена отсутствием возможности оперативной проверки состава материала.

Цель и задачи. Основной целью исследования является обоснование необходимости для человека использовать материалы природного происхождения. Для достижения поставленных целей определены следующие задачи:

уточнить понятия о материалах, используемых для изготовления одежды;

показать влияние тканей на организм человека, его здоровье;

дать рекомендации по использованию тканей.

Материалы и методы. В основу исследования положены материалы отечественных и зарубежных исследователей, электронный ресурс, базы данных по составу материалов, энциклопедический словарь и другие справочные материалы. Использовались следующие общенаучные методы исследования: анализ и синтез, индукции и дедукции, абстрагирование от незначимого, историко-логический, фактографический.

Результаты и обсуждение. В отечественной и зарубежной литературе чаще используют понятие «живая одежда» как признак связи ткани с природой [6]. Такое понятие не отражает главного – ее связи со здоровьем человека. Поэтому, с нашей точки зрения, целесообразно ввести понятие «здоровая одежда», под которым понимается использование натуральных природных материалов для изготовления одежды, оказывающей оздоровительный эффект для человека при ее ношении. Для раскрытия содержания этого понятия приведем свойства тканей.

Синтетическая ткань не обладает гигроскопичностью, гигиеничностью, воздухопроницаемостью и терморегуляцией (за исключением специализированных высокотехнологичных инновационных термоматериалов). Кроме того, такая ткань проводит статическое электричество. Таким образом, она держит тело человека в изоляции от окружающей среды (зимой в такой одежде холодно, летом – жарко), стимулирует организм неестественными электрическими импульсами, воздействующими негативно на сердечную систему. В итоге человек испытывает дискомфорт в ношении одежды: тело прееет, одежда электризуется, а химический запах сохраняется в течение длительного времени [8, 9,10].

Учеными было выявлено, что люди, у которых в гардеробе больше синтетических вещей, чаще страдают от ночных кошмаров, усталости, агрессии. Также есть люди, которым строго противопоказана синтетика: страдающим кожными заболеваниями, астмой, аллергией, псориазом или экземой. Дешевая и низкосортная ткань способна вызывать дерматологические болезни даже у абсолютно здорового организма [6].

Владельцы синтетического белья подвергаются также риску получить грибковые заболевания. Как правило, в искусственном текстиле концентрация плесени, грибов и постельных клещей выше, чем в натуральных. Особенно опасно пользоваться синтетическим постельным бельем и принадлежностями, эксплуатируемым длительное время.



Последствием такого использования может стать раздражение, покраснение, зуд, удушье и даже приступ [2].

В отличие от синтетических, натуральные ткани обладают другими свойствами. Производство натуральных тканей ведут из льна, шелка, шерсти, хлопка, конопли, асбеста и другого природного сырья. В процессе их изготовления не используют химические добавки, поэтому готовый материал обладает положительными свойствами и является более экологичным [4].

Все натуральные ткани обладают незначительной усадкой, прочностью и упругостью, высокой гигроскопичностью и теплопроводимостью. Поэтому такие ткани подходят для аллергиков, детей, а также людей, страдающих кожными или дыхательными заболеваниями.

Натуральные ткани положительно влияют на физическое и психоэмоциональное состояние человека. Так, шерсть обладает терморегулирующими свойствами, она полезна для печени и почек, помогает при болях в пояснице, коленях и общей усталости. Она сохраняет накопленную энергетику домашних животных, что влияет и на жизнеспособность человека, усиливая ее. Чем плотнее шерстяная ткань, тем большей энергией она обладает. Поскольку шерсть содержит витамин «Д», ткань подходит людям неуверенным в себе, а также ослабленным и больным. Она поддерживает организм и днем, и ночью [5]. Хлопок так же согревает, его мягкая природа позволяет использовать хлопковые ткани для изготовления белья. Хлопок подходит всем. Он несет спокойствие. Ткань обладает впитывающими свойствами, также поглощая и излишнюю отрицательную энергетику тела. Являясь легким и гигиеничным материалом, хлопок подходит как для физической активности, так и для нижнего белья [4].

Считается, что лен насыщен силой солнца, земли и воды, поэтому издревле использовался при изготовлении белья. Учеными доказано, что льняные ткани содержат в себе кремнезем, который предупреждает различные заболевания и развитие болезнетворных бактерий. Таким образом, лен является природным антисептиком. Он подавляет различные микробы и инфекции, а раны под льняными повязками восстанавливаются быстрее. Регулярный сон на белье из льна восстанавливает иммунную систему и содержание иммуноглобулина «А» в крови.

Лен придает человеку чувство спокойствия и сосредоточенности. Психотерапевты утверждают, что лен помогает при психических расстройствах (депрессии, неврозы, нарушение сна). Поэтому лен актуален в наше время, когда человек постоянно подвержен стрессам, он своеобразно изолирует организм от избытка негативной энергии (рекомендуется носить в людных местах) [4, 7].

Натуральный шелк — дитя Востока. Согласно поверьям, шелк укрепляет тело, обостряет зрение, изгоняет заботы из сердца и просветляет ум. Шелк содержит фиброин, состоящий из аминокислот аланина, глицина и серицина, поэтому благотворно влияет на ЦНС и работоспособность человека. Он помогает сконцентрировать мысли при занятиях медитативной и творческой деятельностью. Когда люди верили в сглаз, они использовали шелк для защиты от дурного влияния. Поэтому в Китае на нем изображают символику оберегов. Рекомендуется носить шелковые вещи часто болеющим ангиной, тем, кто страдает дерматитом, артритом (повязки снимают боли в суставах) и аллергиями. Шелковое постельное белье гипоаллергенно, в коконах тутового шелкопряда не заводятся постельные клещи [3].

**Ткань из волокон конопли – пенька, хемп.** Коноплю высоко ценили в древности из-за высокого содержания витаминов и аминокислот, поэтому её используют повсеместно. Она способствует естественному теплообмену тела. В России из конопли плели самые прочные в мире канаты и паруса (которые обладали большей устойчивостью к влаге и внешнему воздействию, чем иностранные аналоги), кроме использования в качестве тканей для одежды и обуви. Хемп отражает 95% ультрафиолетового излучения. Благодаря лигнину пенька не подвержена гниению и возникновению болезнетворных микроорганизмов. Конопляная ткань не накапливает статическое электричество и оказывает успокаивающее воздействие, утоляющее боль воздействие [1, 7].

**Ткань из крапивы** оберегает и исцеляет человека от различных болезней. Материалами из крапивы пользуются при ревматических болях, радикулите, а также мигрени. Крапивное постельное белье обладает особой мягкостью и крепостью. Крапиву не только ткут, но и прядут из нее пряжу. Одежда из крапивы восстанавливает правильное течение энергии, её используют при слабости организма. Такая ткань как раньше, так и сейчас является привилегией состоятельного слоя. После долгого упадка крапивной промышленности начал производство одежды итальянский Дом моды *Corro Nove*. Ткань из крапивы начинает приобретать все больший масштаб [2].

В начале XXI в. стали возрождаться старые традиции ношения белья из бамбука, хвои и других природных материалов. При выборе тканей производственные особенности могут также отражаться на качестве материалов.

Выводы. В результате исследования темы можно сделать следующие рекомендации. При выборе того или иного текстильного товара, необходимо учитывать:

во-первых, область применения ткани, ее свойства, функции, влияние ткани на организм человека;

во-вторых, уметь читать состав ткани, знать условия и правила обращения вещью;

в-третьих, возможности использования интернет ресурсов для повышения уровня культуры и навыков грамотного выбора текстильной продукции.

Так же вы можете сдавать ткань на проверку в лабораторию ТКО при институте экономики и сервиса.

Если подходить к выбору более осознанно, то благодаря правильному использованию тканей можно значительно повысить уровень своего здоровья, что является ключевой задачей социально-экономического развития.

#### Список литературы

1. Види О. Конопляная энциклопедия. Издание 3 –е, перераб. И доп. Бельгия. Ипр.: Издательство: Weedy Publishing, 2013-2014, 820 с. - ISBN 978-2-9600283-1-7.
2. Середин. Р. М., Соколов С.Д. Лекарственные растения и их применение. Ставрополь: Кн. Изд., 1969. 236 с.
3. Мальсагова Т.С. Книга о шелке. - URL: <http://silk100.ru/interesno-o-shelke/883/> (дата обращения: 28.09.2019).
4. Якутина Н.В. Адаптивное воздействие на организм льняных тканей. Издательство Риор, 2017, 122 с. - ISBN 9785369016671.
5. Абдуллаев Г. Г. Шерстная продуктивность, химический состав и физические свойства шерсти и шерстного воска овец при различных уровнях рН пота. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата сельскохозяйственных наук. Дубровицы, Московской обл.: 1984.
6. Живая одежда. - URL: <https://lubodar.info/zhivaya-odezhda/> (дата обращения: 29.08.2019).
7. Малоизвестная правда о конопле. - URL: [https://pikabu.ru/story/maloizvestnaya\\_pravda\\_o\\_konople\\_1347437](https://pikabu.ru/story/maloizvestnaya_pravda_o_konople_1347437) (дата обращения: 29.08.2019).
8. Бузов Б. А., Румянцева Г. П. Материалы для одежды. 2-е издание, стереотипное. - М.: Издательство Academia, 2010, 160 с. - ISBN 978-5-7695-5940-2.
9. Бузов Б. А., Алыменкова Н. Д., Петропавловский Д. Г. Практикум по материаловедению швейного производства. - М.: Издательство Academia, 2004, 416 с. - ISBN 5-7695-1176-1.
10. Энциклопедия тканей. - URL: <https://www.ask4style.ru/course/enc-fabrics.html> (дата обращения: 28.09.2019).

© Перхуткина А.Д., 2019

Сафонова О.В.

**СОЦИАЛЬНЫЕ И ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ  
И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Туймазинский индустриальный колледж, Россия (Туймазы)**

**Резюме.** В статье рассматривается понятие «здоровье» и «социального здоровья» и их значимости для современных студентов. Анализируются духовно - нравственные и социальные аспекты здоровья, как основания для активной творческой самореализации современного человека.

**Ключевые слова:** здоровье, социальное здоровье, духовное здоровье, здоровье молодежи.

Safonova O.V.

**SOCIAL AND MORAL ASPECTS OF HEALTH AND  
THEIR IMPORTANCE FOR THE MODERN YOUTH PEOPLES**

**Tuimazi Industrial College, Russia (Tuimazy)**

**Summary.** The article deals with the concept of "health" and "social health" and their importance for modern students. The article analyzes the moral and social aspects of health as the base for active creative self-realization of the modern man.

**Keywords:** health, spiritual health, social health, youth health.

Актуальность статьи определяется, тем, что студенчество представляя собой часть молодежи, которая в скором времени будет представлять профессиональные кадры предприятий и организаций нашего государства, будет являться её военными кадрами (служба в Вооруженных Силах РФ), создавать молодые семьи, должны быть ориентированы на здоровый образ жизни, беречь и ценить свое здоровье и здоровье окружающих в своем молодом возрасте.

Определяя понятие «здоровье», как отсутствие болезней, отметим, что это главная ценность в жизни каждого человека. В настоящее время все более актуальным становится понятие «здоровье» и «социальное здоровье» именно для молодого поколения.

Соглашаясь с подходом в понимании социального здоровья, как «оптимальные, адекватные условия социальной среды, препятствующие возникновению социальной дезадаптации и определяющие гармоничное развитие личности в структуре личности» [4, 48], мы соглашаемся и с подходом И.С. Ларионовой, которая также принимает во внимание характеристику жизнедеятельности общества в целом и его состояние в различных сферах [1, с.56]. При этом нездоровая жизнедеятельность общества проявляется в алкоголизме,

наркомании, табакокурении, преступности и аутоагрессивном поведении, в частности и молодежи. Применяя представленные данные к студентам, получающим средне профессиональное образование, нужно отметить, что определенная часть студентов, просто не знает, как провести свое свободное время или «отдохнуть» и «расслабиться» иначе, не прибегая к «вредным привычкам». Это еще раз определяет актуальность обозначенной нами темы.

В рамках воспитательных программ профессиональных учебных заведений забота о здоровье обучающихся является приоритетной задачей, которая реализуется на занятиях физической культуры, спортивных секциях, на различных спортивно-массовых мероприятиях и акциях, в рамках классных часов и лекториев. Следовательно, здоровье и здоровый образ жизни молодого поколения рассматривается в большинстве своем лишь как физическая активность, но не как целостное понятие, включающее социальные и духовно-нравственные аспекты. Не удивительно, что в настоящее время в России наблюдается падение духовно – нравственных ценностей и проблемы связанные с формированием института семьи.

Анализ философской, психолого-педагогической и медицинской литературы позволил выявить различные подходы к интерпретации понятия «социальное здоровье», это: социологический, социально – демографический, медико – социальный, системный, социоцентрический, саногенный и т.д.

В рамках социоцентрического подхода Э Фромм, определяет проблему здоровья как синоним нормальности, указывая, что «нормальный человек тот, кто способен играть отведенную ему социальную роль, выполнять необходимую данному обществу работу, принимать участие в его воспроизводстве[5, с. 137].

Следовательно, социальное здоровье выражается именно в поведении людей (в частности молодежи), их социальной активности, направленной на взаиморазвитие человека и общества.

С целью определения, как же понимают «здоровья» современная молодежь нами было проведено анкетирование среди студентов Туймазинского индустриального колледжа в 2018-2019 учебном году. В анкетировании приняли участие девушки и юноши, в возрасте от 16-19 лет, в количестве 200 человек. По итогам проведенной работы нами были получены следующие результаты:

Содержание понятия «здоровый образ жизни» большинством студентов понимается отказ от вредных привычек здоровое питание и соблюдение режима. При этом многие считают необходимым придерживаться принципов здорового образа жизни (75%) и лишь малая часть считает это не главным в жизни (25%). Препятствуют здоровому образу жизни

следующие причины: отсутствие необходимого упорства, воли, настойчивости (70%), недостаток времени (15%) и материальные трудности (15%). Свое здоровье студенты оценивают, как: хорошее (40%), удовлетворительное (30%), слабое (15%) и отличное (15%).

Большинство указывают, что спортом регулярно занимаются 45%. Наиболее популярные виды спорта среди студентов: волейбол, легкая атлетика, футбол, баскетбол, Workout (учитывая, что 80 % опрошенных юноши).

Отрицательно относятся к алкоголю 42%, не курят 64%. Основные причины, вызывающие стресс у студенчества – это: учеба (24%) одиночество (15%), проблемы в семье (10%), финансовые проблемы (7%).

Анализ представленных результатов, показывают, что студенты преимущественно определяют и рассматривают здоровье односторонне, как физическое явление, при этом причины нездоровья характеризуют преимущественно социальными факторами. Хотя здоровье человека, определяемое как ценность - это, прежде всего душевное и социальное здоровье, которое влияет и на физическое, следовательно в первую очередь нужно заботиться о своем душевном здоровье и благополучном социальном окружении.

Бесспорно, что формирование ценностного отношения к здоровью у молодого поколения, как целостной категории - это задача в первую очередь семейного воспитания, а также воспитательная и образовательная деятельность педагогов школ и профессиональных учебных заведений.

Обратимся к исследованиям Соловьева В.С. (в рамках христианской антропологии), который определяет, что своим составом и существованием человек причастен двум мирам – материальному (телом он принадлежит земле) и духовному (сознанием он преодолевает границы видимого дóльного мира и устремляется к гóрнему миру) [3, с.151].

В целом, анализ работ отечественных философов (Н.А. Бердяева, Е.И. Рериха, В.С. Соловьева, Н.Ф. Федорова, П.Ф. Флоренского, С. Л. Франкла, К.Э. Циолковского) показывает на взаимосвязь творческой самореализации, жизненного и профессионального самоутверждения, самодисциплины и ценностной ориентации на здоровый образ жизни, которые представляют смысл российского социокультурного эталона духовно-нравственного здоровья для современной молодежи.

Именно рассмотрение понятия «здоровья» более многоаспектно, включая физический, социальный, и духовно-нравственный аспекты здоровья молодого поколения, позволяют современному человеку быть более реализованным и адаптированным в современном обществе.

### **Список литературы**

1. Ларионова И.С. Здоровье как социальная ценность: Дис.док.филос.наук. М., 2004. – 265 с.
2. Пушкарева М.А., Сафонова О.В. Роль философии в духовной жизни человека в контексте учения И. Г. Фихте// Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. (ВАК)№ 12(26)2012. Часть I С.157-161
3. Соловьев В.С. Сочинения в двух томах. М.: Мысль. Т.1. 859с.
4. Троцкая С.И. Здоровье человека как социокультурный феномен (Философско-антропологический аспект): Дис.док.филос.наук. СПб., 2004. – 196 с.
5. Фром Э. Бегство от свободы. Человек для себя .М.: АСТ- Москва, 2006 – 571 с.

© Сафонова О.В., 2019

**Абдрашитов Ю.Ф.**

**КОРПОРАТИВНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА  
КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В работе исследуются социально-экономические аспекты сохранения и укрепления здоровья сотрудников организации.

**Ключевые слова:** корпоративная социальная политика, социальная программа, персонал предприятия, социальная защита.

**Abdrashitov Y.F.**

**CORPORATE SOCIAL POLICY AS A FACTOR  
OF PRESERVING THE HEALTH OF EMPLOYEES OF THE ORGANIZATION**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary.** The paper considers the socio-economic aspects of maintaining and strengthening the health of employees of the organization.

**Keywords:** corporate social policy, social program, company staff, social protection.

Актуальность. Большая часть трудоспособного населения работает в каких либо организациях. На здоровье сотрудников организации влияет множество факторов. Одни из них влияют положительно, другие – отрицательно. Корпоративная социальная политика призвана, прежде всего, улучшить социально-экономическое положение сотрудников организации и тем самым способствовать сохранению и укреплению их здоровья.

Цель работы заключается в том, чтобы определить механизм влияния корпоративной социальной политики на здоровье сотрудников организации.

Материалы и методы. Современная социально-трудовая сфера РФ предоставляет многочисленные материалы для исследования данного феномена. В ходе исследования применялись логические методы и приемы, системный метод и др.

Результаты и обсуждения. Данное исследование привело к получению следующих результатов.

Отец немецкого экономического чуда Л. Эрхард справедливо писал: «... даже самая лучшая экономическая политика в современных индустриальных государствах должна быть дополнена мерами социальной политики» [1, 4].

Социальная политика заключается в формировании «... социальной стратегии государства в целях развития общества, создания общественно приемлемых социальных условий для реализации возможностей и потребностей членов общества..., повышение



уровня и качества их жизни, а также мероприятий по практическому осуществлению этих решений» [2, 33]. Социальная политика направлена на социально-трудовую сферу (СТС). Трудовые отношения - отношения между трудом и капиталом, наемным работником и работодателем редко существуют в чистом виде без социальной составляющей. Социальные отношения часто возникают в результате трудовых процессов. Основные блоки составных элементов СТС отражают и обеспечивают фазы воспроизводства рабочей силы: социальная сфера, т.е. отрасли социально-культурного комплекса; рынок труда, службы занятости, переподготовка кадров (в том числе безработных); сфера мотивации производительности труда (организация оплаты труда, стабилизация уровня жизни населения и т.п.). В следующий блок СТС входят группы отношений и компоненты, возникающие в процессе воспроизводства рабочей силы и обеспечения условий для взаимодействия работника со средствами и предметами труда: система социальной защиты населения; система социального партнерства; пенсионная система; охрана труда и т.д.

Большое значение для сохранения здоровья работников имеет охрана здоровья работников, представляющая собой, сохранение и укрепление физического и психического здоровья, поддержание долголетней и активной жизни работающих граждан; совокупность мер политического, экономического, правового, социального и медицинского характера.

В ходе проводимых реформ, по сравнению с другими областями экономики, СТС пострадала и подверглась отрицательным деформациям в большей мере.

Основным объектом социальной и кадровой политики на предприятии является персонал предприятия. Кроме того, объектом социальной политики предприятия, кроме его работников, являются местные сообщества. Предприятие может проводить социальную политику в отношении людей, проживающих в местных сообществах, являющихся внешней для него средой, быть социально ответственным по отношению к местному сообществу, обществу в целом. Социальная политика тесно связана с социальной ответственностью предприятий, в более широком контексте с социальной ответственностью бизнеса.

В переходный период от плановой экономики к рыночной экономике существенно изменились взгляды на социальную политику предприятий.

В советское время заботу о социальной сфере государство частично переложило на плечи предприятий (профилактории, дома отдыха, санатории, детские сады, больницы). В 1960-е годы предприятия стали превращаться в ведущую силу городского развития, поскольку имели собственные экономические и финансовые ресурсы. Город обслуживал интересы предприятия. В советское время получение социальных благ от предприятия стало

традицией. Объем социальной инфраструктуры говорил о влиятельности и престижности предприятия, служил стимулом для притока рабочей силы.

В 1993г. вышел указ Президента РФ, согласно которому приватизирующиеся предприятия должны были передать имевшиеся в их распоряжении объекты социальной сферы городским и региональным властям. К 2003 г. более половины промышленных предприятий уже передали социальную сферу муниципалитетам. Одни предприятия полностью отказались от объектов социальной инфраструктуры. Другие - приватизированные объекты социальной инфраструктуры перевели на коммерческую основу. Третьи - стремились сохранить только ту часть объектов социальной инфраструктуры, которая непосредственно связана с воспроизводством кадрового потенциала [См. 3, 59-61].

В дальнейшем ситуация изменилась. Интерес к социальной инфраструктуре возрос. Наиболее интересные с точки зрения социальной ответственности причины этого были следующие. Предприятия стали понимать, что совсем отказаться от поддержки социальной инфраструктуры не получится потому, что участвовать в сохранении социального мира в городе или области должны все. Часто сохранение собственной инфраструктуры (особенно в сфере рекреации, отдыха, здравоохранения) обходится дешевле, чем покупка социальных услуг на рынке. Собственная социальная сфера дает преимущества предприятию, поскольку она позволяет создавать дополнительную мотивацию для сотрудников, минимизировать стоимость социальных льгот, привлекать и удерживать квалифицированные кадры, выстраивать корпоративную культуру и формировать позитивный имидж предприятия не только среди сотрудников, но и на территории. И, кроме того, даже частичное сохранение социальной инфраструктуры за предприятием улучшает отношения с местной властью.

Социальные обязанности организаций могут быть реализованы как совместно с государством, так и самостоятельно. Организации могут оказать государству помощь в реализации социальной политики. Социальная ответственность предприятия означает его добровольный вклад в развитие социально-трудовой сферы предприятия и социальной сферы общества, прежде всего, местных сообществ, в рамках которых предприятие осуществляет свою основную деятельность.

Большую роль в жизни организации играют моральные принципы, которых придерживаются руководство и сотрудники организации. Эти принципы во многом определяют корпоративную социальную политику и моральный климат в трудовом коллективе. Среди теоретиков бизнеса нет разногласий по поводу того, каким принципом должен открываться перечень этических принципов и норм, как для отдельных сотрудников, так и для организаций. Общепринятым является центральное положение золотого стандарта: В рамках служебного положения никогда не допускать по отношению к своим подчиненным, к руководству, к коллегам своего служебного уровня, к клиентам и т.п. таких поступков,

каких бы не желал видеть по отношению к себе [4. 31]. Организация обязана думать о долгосрочных перспективах, заботиться об эффективности использования своих ресурсов. При этом с этической точки зрения предприниматель не вправе руководствоваться только целью максимизации своей прибыли. Бизнес может осуществлять деятельность, направленную на увеличение прибыли, при условии, что он ведет дела честно и ответственно как перед своим персоналом, так и перед обществом в целом.

Рассмотрим внутреннюю социальную политику корпорации. Она представляет собой деятельность работодателей, менеджмента и наемных работников, направленная на сохранение и изменение их социального положения (деятельность по удовлетворению социальных потребностей, согласованию социальных интересов, реализации социальных прав и социальных гарантий, предоставлению социальных услуг, социальной защите персонала). Цель социальной политики корпорации состоит в том, чтобы уменьшить социальные противоречия, негативные последствия рыночной экономики. Важнейшими целями социальной политики на предприятии является обеспечение работникам достойного уровня и качества жизни, социальных прав, справедливого вознаграждения за трудовую деятельность, социальной защиты.

Социальная политика на предприятии зависит от имеющихся финансовых ресурсов, готовности и желания работодателя и менеджмента выделять финансовые средства на ее реализацию. Социальная политика в зависимости от роли работодателей делится на пассивную и активную.

При пассивной социальной политике работодатели вынужденно следуют положениям государственного и региональных социальных законодательств, не превышая их. Пассивную социальную политику проводят государственные учреждения, работающие в условиях дефицита бюджетного финансирования, находящиеся в условиях кризиса, которые не смогли приспособиться к новым рыночным условиям: муниципальные школы и ПТУ, больницы, санаторно-курортные учреждения в депрессионных регионах и др.

При активной социальной политике работодатели формируют, для вступающих в трудовые отношения с ними, наемных работников улучшенные по сравнению с действующим государственным законодательством так называемые «социальные пакеты» (условия труда, виды и размеры социальных гарантий). Подлинная социальная ответственность предпринимателей состоит не только в обильных пожертвованиях, но и в такой организации дела, которая обеспечила бы работающим устойчивое имущественное положение, социальную защиту, возможность получения достойного образования и духовного роста.

Переход к социальной политике осуществляется с ростом организации, который обусловлен увеличением ресурсов и опыта управления. При проведении реальной социальной политики с учетом исследования рынка услуг и интересов потребителей организация учитывает человеческие и социальные аспекты воздействия деловой активности на работников, потребителей, поставщиков, средства информации, союзы и объединения. Эта многослойная среда может сильно влиять на достижение организацией своих целей, поэтому предпринимателям приходится уравнивать чисто экономические цели с социальными интересами общества.

В социальной политике предприятия особую роль играют социальные программы. Социальная программа предприятия – это деятельность, добровольно осуществляемая предприятием в социальной сфере, носящая системный характер, связанная со стратегией его развития и направленная на удовлетворение запросов сторон, заинтересованных в деятельности предприятия. Социальные программы разнообразны. Например, социальные программы по развитию, профессиональной подготовке, охране здоровья персонала, охране и безопасным условиям труда работников, пенсионному обеспечению и социальному страхованию за счет средств предприятия, корпоративные жилищные программы, благотворительная и спонсорская деятельность предприятия в области поддержки здравоохранения, культуры, образования, физической культуры и спорта, особенно детей, молодежи и социально незащищенных категорий населения, социальные инвестиции.

Средствами осуществления социальной политики на предприятии являются инструменты, с помощью которых формируется и реализуется социальная политика. К средствам реализации социальной политики на предприятии относятся: финансовые средства, социальные выплаты, льготы, компенсации работникам, объекты социальной инфраструктуры, социальные программы, социальное партнерство и коллективный договор, трудовой договор.

Социальные выплаты предприятия могут быть различными: выплаты за неотработанное на предприятии время - выплаты в связи с собственной свадьбой и свадьбой детей, рождением или болезнью детей, смертью близких родственников; пенсии предприятия, надбавки к пенсиям, единовременное пособие уходящим на пенсию работникам; взносы на страхование жизни работника, добровольное медицинское и пенсионное страхование, страховые платежи по другим договорам страхования; оплата медицинских услуг; оплата путевок на санаторно-курортное лечение, отдых, экскурсии, путешествия; оплата подготовки, профессиональной переподготовки и повышения квалификации и выплата стипендии обучающимся работникам; оплата обеда; выплаты на приобретение рабочей одежды; оплата жилья - предоставление бесплатно или со скидкой

служебного жилья, оплата приобретения квартиры, расходов по содержанию и ремонту жилья; выплаты женщинам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до трех лет; оплата абонементов в группах здоровья, за занятия в спортивных секциях; оплата проезда на транспорте от дома до работы и в обратном направлении; оплата пребывания детей работников в дошкольных заведениях; материальная помощь на погребение умершего работника или члена его семьи; выплата выходного пособия при прекращении трудового договора; выплата уволенным работникам на период их трудоустройства до двух месяцев в связи с ликвидацией предприятия, сокращением численности или штата работников; денежные подарки и т.п.

Предприятие должно предоставлять работникам обязательные социальные выплаты, которые вытекают из законодательных актов и особенностей производства. Производственная специфика и географические особенности размещения производства определяют предоставление работникам транспорта для их доставки к месту работы, оплачиваемой сотовой и пейджинговой связи, использования вахтового режима труда, организации вахтовикам условий для отдыха. Социальные гарантии, льготы, выплаты и компенсации могут быть предусмотрены в тарифном соглашении.

Объекты социальной инфраструктуры являющиеся средствами осуществления социальной политики на предприятии: подсобное хозяйство, объекты жилищно-коммунального хозяйства, социально-культурной сферы, учебно-курсовые комбинаты и иные аналогичные хозяйства, производства и службы, осуществляющие реализацию услуг как своим работникам, так и сторонним лицам. К объектам жилищно-коммунального хозяйства относятся: жилой фонд, гостиницы (за исключением туристических), дома и общежития для приезжих, объекты внешнего благоустройства, искусственные сооружения, бассейны, сооружения и оборудование пляжей, а также объекты газо-, тепло- и электроснабжения населения, участки, цехи, базы, мастерские, гаражи, специальные машины и механизмы, складские помещения, предназначенные для технического обслуживания и ремонта объектов жилищно-коммунального хозяйства социально-культурной сферы, физкультуры и спорта. К объектам социально-культурной сферы относятся: объекты здравоохранения, культуры, детские дошкольные объекты, детские лагеря отдыха, санатории (профилактории), базы отдыха, пансионаты, объекты физкультуры и спорта (в том числе треки, ипподромы, конюшни, теннисные корты, площадки для игры в гольф, бадминтон, оздоровительные центры), объекты непромышленных видов бытового обслуживания населения (бани, сауны).

Необходима также социальная защита, представляющая собой защиту от социальных и профессиональных рисков, от отрицательного воздействия неблагоприятных факторов социальной среды. Для персонала предприятия социальная защита предполагает предоставление

гарантий и компенсаций, создание условий для занятия трудовой деятельностью. Гарантии и компенсации должны позволять работнику реализовать право на труд, выбор места работы, профессии, специальности. Социальная защита предусматривает обеспечение безопасных условий труда, сохранение здоровья и трудоспособности работника, равное вознаграждение за равный труд. Она включает компенсацию утраты трудоспособности, обеспечение минимального дохода в случае безработицы, потери дохода из-за временной нетрудоспособности, болезни, несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, инвалидности, старости, обеспечение социальной, медицинской, профессиональной реабилитации.

Частью социальной защиты работников является социальное обеспечение. Социальное обеспечение – это материальное обеспечение работников и предоставление им социальных услуг. Оно включает пенсии, пособия, компенсационные выплаты, социальные льготы, выплачиваемые предприятием, предоставление бесплатной или частично оплачиваемой за счет средств предприятия медицинской помощи. Социальные услуги предоставляются с целью привлечь и закрепить квалифицированных работников, стимулировать персонал и увеличить доходы работников, создать имидж предприятия и благоприятное мнение о нем. Предприятие может получить определенные выгоды от социальных услуг: могут повыситься производительность труда, сократиться текучесть кадров, снизиться потеря рабочего времени из-за болезни, уменьшится численность забастовок. Предприятия также могут предоставлять работникам услуги связи, социально-бытовые, транспортные, жилищно-коммунальные, медицинские и образовательные услуги, обеспечивать своих работников бесплатными или частично оплачиваемыми обедами, путевками в санатории и дома отдыха, абонементом в спортивные сооружения и т.п.

Таким образом, следует отметить, что объем и уровень социальной политики на предприятии определяют привлекательность предприятия для работников, его имидж на рынке труда.

Теперь рассмотрим внешнюю социальную политику корпорации. Как правило, социальная активность компаний проявляется в том регионе, где они находятся. Это вполне соответствует представлениям общественности о том, где бизнес должен проявлять «заботу о людях». Единого термина, описывающего социальную активность бизнеса на окружающей его территории, у нас пока нет. В России для описания социальной активности компаний в местных сообществах в последние годы были предложены термины «бизнес в местном сообществе», «отношения компании с местным сообществом», «региональная социальная политика».

Современная региональная социальная политика означает преимущественно экономические инвестиции в развитие территорий, сочетает интересы компании с интересами

территорий, направлена большей частью на экономически депривированное население. В этом смысле региональная социальная политика смыкается с социальными инвестициями.

Местное сообщество конкретной компании подразумевает территорию, на которой располагается основное ее производство или офис. В зависимости от размера компании оно может ограничиваться одним районом города, самим городом, областью, районом или целым регионом. Если заинтересованные стороны (например, клиенты) группируются на территории, выходящей за территорию производства компании, а программы компании направлены на них, никто не мешает компании расширить свое сообщество до нужных пределов.

В известном смысле термин «сообщество» может распространяться на рынки сбыта компании (если компания международная), особенно если компания зависит от международных организаций и международного общественного мнения (стандарты качества, этические нормы, рейтинги лучших компаний).

В зависимости от участников социальной активности бизнеса на территории его присутствия (для краткости будем называть это «региональная социальная политика») можно выделить три основных вида: собственные программы компаний; партнерства с местной властью; партнерства с некоммерческими организациями.

Типология социальной активности компании в местном сообществе (Corporate community involvement) может быть:

По объекту воздействия направлена на: органы местного самоуправления; некоммерческие организации; клиентов; сотрудников; местные сообщества.

По целям: маркетинговая; репутационная (PR); минимизирующая риски; социально направленная (без учета бизнес-целей).

По уровню воздействия: направленная на внешний видимый эффект (акция); направленная на решение проблемы (проект); направленная на структурные изменения (создание механизма решения проблемы).

По степени вовлеченности: вовлеченность уполномоченных подразделений; вовлеченность большинства подразделений компании; вовлеченность сотрудников; вовлеченность населения.

Рассмотрим некоторые формы социальной активности компаний в местном сообществе

1. Активность, напрямую связанная с основной деятельностью (core business): внедрение стандартов ответственного бизнеса (кодексов корпоративного поведения), включение в них раздела о прозрачных отношениях с местной властью, продвижение и поощрение цивилизованной практики отношений с властью; привлечение местных поставщиков (при достаточной экономической целесообразности); программы развития малого бизнеса; социальные предприятия (закупки у организаций инвалидов и прочее), поощрение этических

стандартов среди партнеров и поставщиков; социально ответственный маркетинг. Отказ компаний или ограничения продажи социально чувствительных товаров (алкоголь, сигареты); социально значимый маркетинг. Часть прибыли от продажи конкретного товара идет на социально значимые цели; привлечение клиентов к социальным проектам. Компания привлекает своих клиентов к вторичному использованию сырья, экологическим проектам, внедрению экономного расходования ресурсов, связанного с бизнес-целями; продвижение новых технологий. Использование социальных проектов для внедрения новых технологий или нового продукта; подготовка/переподготовка кадров. Компания инициирует проекты, стимулирующие переобучение персонала (например, при увольнении), создание новых рабочих мест (например, социальные деловые центры); «социальный лоббизм» и защита (advocacy). Продвижение социально значимых законодательных инициатив на местном уровне, связанных с бизнес-интересами компаний.

2. Социальное партнерство, совмещение интересов компании с интересами территории: спонсорство. Компания спонсирует социально значимые проекты независимо от юридического статуса спонсируемой организации или некоммерческую организацию; целевое финансирование определенных направлений социального развития городов, социальных программ и организаций; адресная помощь социально незащищенным категориям населения; вовлечение сотрудников в социальные проекты в местных сообществах; корпоративные фонды; территориальные фонды, создаваемые по инициативе компаний (общественные фонды и прочие); создание инновационных механизмов партнерства (например, конкурсное финансирование социальных проектов и проектов развития социальной инфраструктуры городов).

Региональные стратегии российских компаний зависят от отраслевой принадлежности, степени «укорененности» в регионе присутствия, уровня развития самой компании и ее отношений с политическими элитами региона. Большинство руководителей предприятий понимают стратегическую необходимость инвестиций в регионы присутствия и выстраивания сбалансированных отношений с региональной властью. Однако реальная ситуация и краткосрочные факторы влияния вынуждают компании склоняться к реактивной стратегии. Передовые практики региональной социальной политики российских компаний, как правило, остаются уделом крупных финансово-промышленных групп и их региональных подразделений, имеющих достаточные ресурсы влияния на региональном и федеральном уровне.

В Ассоциации менеджеров отмечают, что социальные инвестиции российских предпринимателей составляют от 8 до 30% их прибыли после уплаты налогов (0,5%, по мнению Ассоциации, для западных компаний).



Мотивация пожертвований заключается во внешнем давлении и попытке опередить это давление. По данным Ассоциации менеджеров за 2006 г., основные стимулы участия бизнеса в социальных программах следующие: административное давление властей (73%); добрая воля топ-менеджмента (55%); опережающая стратегия расширения бизнеса (42%); страх владельцев потерять свой бизнес (30%). По данным той же организации 63% руководителей компаний считают, что благотворительная деятельность способствует росту положительного имиджа и рекламе; 29% отмечают укрепление отношений с властью; такой же процент респондентов считает основной мотивацией благотворительности личную симпатию; 18% называют улучшение отношений с целевыми рынками; 16% – улучшение общественного мнения. Только 3% отметили налоговые льготы как основную мотивацию корпоративной благотворительности.

Результаты данного исследования неоднократно обсуждались на различных научных конференциях и получили положительную оценку.

Выводы из вышесказанного можно сделать следующие:

1. При оценке корпоративной социальной ответственности необходимо проводить сопоставление того, что может организация сделать для своих сотрудников и местного сообщества и то, что она реально делает. Если не учитывать этого, то можно прийти к ошибочным выводам. Так, некоторые крупные компании выделяют средства и ярко представляют свои акции общественности. Однако, по сравнению с возможностями компании средства выделенные на эти благотворительные программы являются ничтожными. Поэтому такие действия можно рассматривать лишь как акции направленные на формирование положительного имиджа компании в глазах общественности.

2. Большинство предпринимателей признают, что внешняя социальная активность их компаний приносит пользу бизнесу. Формирование позитивного имиджа и репутации считается важнейшим результатом филантропической политики. Все чаще компании стали задумываться о маркетинговых преимуществах социальной активности.

#### **Список литературы**

1. Парамонов В. В. Социальная политика. – М., 2006.
2. Смирнов С.Н., Сидорина Т.Ю. Социальная политика. – М., 2004.
3. Туркин С. Как выгодно быть добрым: Сделайте свой бизнес социально ответственным. – М., 2007.
4. Основы социального аудита: учебное пособие/Под ред. Г.Т. Галиева. – Уфа: РИО БИСТ, 2007.

© Абдрашитов Ю.Ф., 2019

Ахунова Г.М.

## ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме.** В данной публикации рассматривается проблема инвалидности в современных условиях, приводится сравнение статистических показателей за различные периоды времени.

**Ключевые слова:** инвалидность, риск ухудшения здоровья, статистика, детская инвалидность, заболевания, адаптация инвалидов, толерантность

Akhunova G.M.

## DISABILITY AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary.** This publication examines the problem of disability in modern conditions, provides a comparison of statistical indicators for different periods of time.

**Key words:** disability, risk of health deterioration, statistics, children's disability, diseases, adaptation of disabled people, tolerance

Инвалидность – это термин, обозначающий различные нарушения, ограничения активности и участия в общественной жизни. Актуальность данной темы обусловлена тем, что именно инвалиды более, чем другие социально незащищенные категории населения, подвержены риску ухудшения здоровья, а также преждевременной смерти.

Цель работы – исследование инвалидности как медико-социальной проблемы и ее причин.

Материалы и методы. В данном исследовании мы использовали метод сравнительного анализа, опираясь на официальную статистику.

По сведениям Всемирной организации здравоохранения, для некоторых групп инвалидности процесс старения начинается в более раннем возрасте (после 40-50 лет). Также среди данной категории наблюдаются более высокие показатели нездорового образа жизни: курение, неправильное питание и низкая двигательная активность [3]. Согласно «Всемирному докладу об инвалидности», подготовленным ВОЗ и Группой Всемирного банка, в мире более 1 миллиарда человек имеют какую-либо форму инвалидности, что составляет около 15% населения земного шара. В 1970-х годах процент инвалидности был значительно ниже сегодняшнего – лишь около 10% [1]. Эти показатели нам говорят об увеличении количества людей, живущих с какой-либо формой инвалидности.

Если обратиться к официальной статистике по Российской Федерации, то здесь можно увидеть следующую картину. При сравнении с 1970 годом в 2018 году количество инвалидов выросло почти вдвое: с 346 тысяч до 641 тысячи человек, при расчете на 10 000 человек эти цифры равны 26,6 и 55,0 соответственно. Если сравнить данные показатели по группам инвалидности за 1995 и 2018 годы, то количество инвалидов I группы увеличилось почти вдвое, II группы – уменьшилось почти вдвое, а III группы – увеличилось в три раза. Гораздо хуже обстоит дело с детской инвалидностью. По данным Росстата, в 1981 году социальные пенсии по инвалидности получало 53 тысячи детей, в 2016 году их количество увеличилось до 617 тысяч, то есть в 11,6 раз! Теперь обратимся к причинам детской инвалидности, используя таблицу распределения впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по формам болезней (данные Минтруда России). Рассмотренная таблица показывает данные за 2005 – 2018 годы. Согласно этим данным, среди болезней, приводящих к детской инвалидности можно наблюдать значительный рост новообразований (в 1,8 раз), болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в 2 раза), психических расстройств и расстройств поведения (в 2,2 раз), болезней нервной системы (1,6 раз), болезней костно-мышечной и соединительной ткани (1,3 раз) [2].

Как отмечает ВОЗ, в целом одной из причин инвалидности становится старение населения в мире [3]. Однако это не объясняет увеличение количества детской инвалидности. Характер заболеваний, ведущих к инвалидности, в частности, связан с ухудшением экологической обстановки, нездоровым образом жизни, питанием, причем не только самих детей, но и их родителей, особенно матерей в период беременности. Значительный рост показателей инвалидности из-за психических расстройств и расстройств поведения указывает также на социально-психологические причины.

Неуклонный рост количества инвалидов в обществе требует повышенного внимания к созданию особых условий для них. Так, ВОЗ приводит основные препятствия, с которыми сталкиваются инвалиды в обществе. Это высокая стоимость медицинских услуг и препаратов, необходимых для лечения и поддержания жизни; различные физические препятствия, такие как проблемы с транспортом, «ненадлежащие указатели, узкие дверные проемы, ступеньки внутри помещений, ненадлежащее оборудование в туалетах» [3].

Также немаловажным фактором для адаптации инвалидов в обществе является отношение к ним окружающих людей и социума в целом. Речь идет о принятии их как полноценных членов общества, о толерантности. Профессор Стивен У. Хокинг, также являвшийся инвалидом, писал, что многие инвалиды во всем мире испытывают большие трудности в своей повседневной жизни, не считая продуктивной занятости и личной самореализации. Моральным долгом нашего общества является устранение барьеров,

стоящих на пути к участию инвалидов в общественной жизни, а также вложение достаточного объема средств, знаний и опыта для раскрытия огромного потенциала людей с инвалидностью, примером чему послужил сам Хокинг. Государства в мире «больше не могут игнорировать сотни миллионов инвалидов, которые лишены доступа к здравоохранению, реабилитации, поддержке, образованию и занятости и не имеют шанса проявить себя» [1].

Выводы. Таким образом, мы должны принять тот факт, что количество инвалидов в обществе увеличивается. Следовательно, нам необходимо изменить свое отношение к ним, мысленно поставив себя на их место, поскольку никто не застрахован от риска оказаться в инвалидном кресле. Лица с инвалидностью не могут самостоятельно создавать себе условия для адаптации в социуме, однако в случае успешной адаптации они могут участвовать в жизнедеятельности общества, вносить свой вклад в сферах науки, культуры, экономики.

#### **Список литературы**

1. Всемирный доклад об инвалидности // Глобальный веб-сайт Всемирной организации здравоохранения // URL: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/ru/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/).
2. Инвалидность // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения 28.09.2019).
3. Инвалидность и здоровье // Глобальный веб-сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (дата обращения 27.09.2019).

© Ахунова Г.М., 2019

Булыгина А.П., Колесников В.А.

**ФОРМИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ДЕТЕЙ  
С ПОМОЩЬЮ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме:** Описание структуры и свойств характера. Типы семейных взаимоотношений и их роль в формировании характера детей. Специфика стадий становления детского характера, его возможное воспитание.

**Ключевые слова:** ребенок, родители, педагогика, воспитание, авторитет.

**Bulygina A.P., Kolesnikov V.A.**

**FORMATION OF CHARACTER OF  
CHILDREN BY MEANS OF PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY**

**Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)**

**Abstract:** Description of character structure and properties. Types of family relationships and their role in shaping the character of children. The specificity of the stages of formation of children's character, its **possible education**.

**Key words:** child, parents, pedagogy, education, authority.

За свою жизнь человек может часто слышать такие два выражения, как «У тебя скверный характер!» и «Ну в кого ты такой?». Но в большинстве случаев он даже и не задумывается, почему у него такой скверный характер и тем более в кого. Может быть у этого самого человека давно появились свои дети и он совершая все те же ошибки, что и когда-то его родители, должным образом не влияет на формирование и становление личности у своих детей.

Детская психология довольно сложная наука, которая даёт определенные методы и приемы для правильного воспитания, формирования характера и темперамента.

Самый начальный этап в становлении личности является формирование характера у детей в раннем возрасте, где чаще всего родители делают много ошибок. Ребенок очень многое перенимает у своих родителей или от тех, кто их заменяет, тот, кто всегда находится рядом с ним, подавая ему во всем пример. Поэтому первым делом ради своего ребенка, родителям необходимо менять свое поведение, чтобы показать ему достойный пример для подражания. Для этого нужно знать, что будет для ребенка полезным, а что вредным, чему лучше учить в раннем возрасте, а что может подождать и до его взросления.

Что вообще собой представляет характер? Характер – это совокупность индивидуально устойчивых психических свойств отдельного человека. Характер определяет фактически всю

его жизнь, как он поведет себя в той или иной ситуации. Активное становление личности может начаться в разном возрасте. Но выделяют сензитивный период, который является благоприятным и более подходящим для становления характера у ребенка это от 2-3 и 9-10 лет. В этот период ребенок подвергнут как влиянию взрослых на него, так и бурному общению с его сверстниками. В возраст от 2-3 лет у ребенка вырабатываются такие основные качества как доброта-эгоистичность, отзывчивость-безразличие, общительность-замкнутость. В период от 9-10 лет начинают формироваться другие черты характера: трудолюбие-лень, ответственность, настойчивость, добросовестность-злонамеренность. Формирование всех этих качеств происходит в таких формах как игра, доступные виды домашнего труда и иной бытовой деятельности, которая доступна ребенку в этом возрасте. Самое большое влияние оказывает внимание родителей: либо они слишком требовательны к своему чаду, либо они во всем стараются угодить ребенку, тем самым показывая свою низкую требовательность в различных аспектах бытовой деятельности.

Роль педагогики в формировании характера очень велика. Если мы говорим, что человек обучается на протяжении всей своей жизни, то в малолетнем возрасте самое главное привить желание к обучению ребенка. Детям не нужно говорить, как делать, что им следует делать – им нужно показывать это на собственном примере [8]. Родители для ребенка являются авторитетом в раннем возрасте, они стараются копировать их во всем: в поведении, в выражениях, в мелких бытовых делах. Но этот авторитет очень легко потерять при несправедливом и не последовательном плане своих действий и поведении (будут обманывать своего ребенка, не сдерживая свои обещания и не отвечая за слова). Очень важно быть достойным примером для своего чада, чтобы они стремились потыкать и быть похожим во всем на своих родителей.

В процессе воспитания неизбежно нужно применять практику «кнута и пряника». Наказание для ребенка должно быть справедливым, а хвала заслуженной. Ребенок должен знать и понимать, что за результат всех действий должно быть поощрение, а за проступок или недостойное поведение – наказание.

Человек не рождается с готовыми способностями – он приобретает их в процессе обучения и становится тем, кем будет на протяжении всей жизни только благодаря обучению и правильному воспитанию. Да, у каждого человека при рождении есть определенный талант или предрасположенность к чему-то, но этот талант нужно воспитать и направить в нужное русло. Мы все можем быть или стать тем, кем захотим. Не нужно с самого детства настаивать и принуждать ребенка к той или иной профессии, деятельности, он должен сам сделать выбор кем он хочет быть. Не каждый взрослый знает о том, кем им выгодно быть в этом мире. Поэтому важно увидеть и услышать то, что на самом деле интересно ребенку и

поддерживать этот интерес. Да может его взгляды, и интересы будут со временем меняться, но главное в нужное время показать ребенку свою заинтересованность и помощь в достижении его тех целей, которые он ставит перед собой в этот момент. При таком методе обучения и воспитания, ребенок понимает, что с его выбором считаются, что он в любой момент может обратиться за помощью к родителям и ему не откажут. А в дальнейшем он будет также помогать другому, своему ближнему другу, знакомому и т. д.[6]

Как влияет общение с ребенком в формирование определённых черт характера? Чем более насыщенным и интересным будет общение с вашим ребенком, тем он будет более социально адаптированным человеком. Общительность ребенка позволит ему заводить новые и интересные знакомства, без страха и неуверенности в себе. Общение с чадом должно быть всегда в доброжелательном тоне, без употребления негативной речи. В раннем возрасте дети очень любознательные, стараются узнать много нового от своих родителей, постоянно задавая им разные вопросы. И в данном случае, родители совершают грубые ошибки, отвечая на потребность малыша такими фразами как, «мне некогда», «сейчас у меня много работы, давай потом», «спроси у мамы», «спроси у папы» и т. д. Родители ни в коем случае не должны отказывать своему ребенку в потребности узнать как можно больше нового. Они постоянно должны разговаривать с ним на разные интеллектуальные темы, ставить диалог так, чтобы ребенок сам начинал задумываться о тех или иных вещах, размышлять, выискивать в чем-то смысл и истину. Нельзя заменять ребенку общение со взрослыми или сверстниками телевизором, компьютером, другими инновационными гаджетами и глобальной сетью даже несмотря на уже реализованную в наше время концепцию безопасного функционирования и развития сети Интернет [7]. Ведь чем чаще мы общаемся со своим ребенком, тем он морально ближе к нам, он доверяет, он знает, что ему готовы помочь, он больше слушает и делает то, что его просят сделать. Очень сложно чему-то научить своего ребенка, если он не хочет слушаться. В дальнейшем это может негативно отразиться во взрослой его жизни [9]. Он будет упертым, не будет прислушиваться к своим руководителям.

В формировании характера у ребенка очень много значимых факторов, про которые родители не должны забывать. Такие науки как педагогика и психология даны для того, чтобы в нашем социуме были достойные, воспитанные, образованные люди.

#### **Список литературы**

1. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М., 1967.
2. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М., 1993.
3. Муссен П. и др. Развитие личности ребенка. – М., 1987.

4. Гамезо, М. В. Возрастная и педагогическая психология / М.В. Гамезо, Е.А. Петрова, Л.М. Орлова. - М.: Педагогическое общество России, 2016.
5. Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов возрастного развития./ Вопр. психол. – 1994 – № 1.
6. Карачурина Г.Г., Харисова А.З. Обеспечение прав и свобод человека как инвестиции в человеческий капитал. Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2019. № 1. С. 190-193.
7. Харисова З.И. Актуальные проблемы деятельности правоохранительных органов по противодействию преступности в глобальной сети Интернет / Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 3 (85), – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 92-98.
8. Асянова С.Р., Храмова К.В. Психолого-педагогические методы профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 1 (83). С. 81-86.
9. Гарифуллин И.Р. Криминалистическая характеристика убийств, совершенных с особой жестокостью несовершеннолетними // В сборнике: Криминалистические проблемы эффективности борьбы с преступностью и иными правонарушениями среди молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Л.Л. Каневского. 2019. С. 122-125.

©Булыгина А. П., Колесников В.А.



Закиров И.И. Гаскарова Л.И.<sup>1</sup> Колесников В.А.<sup>2</sup>

**АНОРЕКСИЯ ДЕВИЧЬЯ БЛАЖЬ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО?**

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

<sup>1</sup>Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

<sup>2</sup>Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** Что такое анорексия? Так ли она страшна и ужасна, как описывают медики? Или в любой момент можно прекратить эту наркотически затягивающую диету и вернуться к нормальному образу жизни, но уже без следов жира на теле, без выпирающего живота, второго подбородка, толстых бедер? Где пролегает грань между девичьей блажью и психическим расстройством, приводящим к губительному истощению, а в некоторых случаях даже к смерти?

**Ключевые слова:** анорексия, заболевание, диета, женщины.

Zakirov I.I. Gaskarova L.<sup>1</sup> Kolesnikov V.A.<sup>2</sup>

**ANOREXIA MAIDEN WHIM OR MENTAL DISORDER?**

Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)

<sup>1</sup>Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

<sup>2</sup>Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)

**Abstract:** What is anorexia? Is it so terrible and terrible, as described by doctors? Or at any time you can stop this narcotic addictive diet and return to a normal lifestyle, but without traces of fat on the body, without bulging belly, double chin, thick thighs? Where does the line lie between a girl's whim and a mental disorder that leads to disastrous exhaustion, and in some cases even death?

**Keywords:** anorexia, disease, diet, women.

В последнее время все чаще мы слышим о такой «модной» болезни, как анорексия. По статистике, около 90 % населения не удовлетворены своим внешним видом, своей фигурой [2]. При этом, как показывает статистика, у большинства из них не наблюдается каких – либо недостатков. Желание похудеть превращается в увлеченность, которая не прекращается, даже в тот момент, когда человек больной анорексией сталкивается со смертью прямо в глаза. Актуальность рассматриваемой темы обусловлена тем, что наряду с важнейшими целями устойчивого развития именно обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию человечества является краеугольным камнем сбалансированности всех других [1, 9].

Анорексия – это психическое заболевание, в процессе которого человеком овладевает неоправданное, патологическое желание потери веса.

Первые упоминания о случаях добровольного отказа от пищи мы находим в трудах Авиценны. Много веков спустя, в 1689 году, доктор Р. Мертон обозначил добровольный отказ от еды как болезнь, назвав его «нервной чахоткой». В начале XX века подобное поведение стали считать проявлением шизофрении, а позже причислили к категории эндокринных заболеваний. Потом снова стали считать психическим заболеванием. Далее окрестили синдромом Твигги, позже – синдромом Барби. И, уже в 1988 году, назвали нервной анорексией. В России одна из первых публикаций на тему анорексии принадлежит А. А. Киселю. В 1894 г. он описал нервную анорексию истерической природы у 11-летней девочки [3, 19].

Проанализировав статистику заболеваний анорексией можем выделить, что 1,2 % приходится на женщин и 0,29 % на мужчин. Около 80 % больных – женщины в возрасте от 12 – 25 лет. Остальные 20 % - женщины и мужчины старше 25 лет.

Современный мир навязывает людям идеал красоты женщины с худощавой фигурой. Похудеть – становится главной целью, для того, чтобы стать идеалом современной моды. В основе данного заболеваний – лежит страх. Они боятся поддаться желанию есть и теряют контроль над своим весом [7].

Отказ от еды и избыточная потеря веса является психологической проблемой. Больные утверждают, что еда вызывает у них отвращение, дезориентирует окружающих, утверждая, что они поели. Вес тела может «падать» до 30 кг.

Ученые проанализировали причины заболевания, среди них выделили:

1. психологическая травма и депрессия;
2. мода;
3. удовольствие;
4. неверие в то, что отказ от здорового питания, может привести к плохому функционированию организма;
5. недостаточность информированность девушек о последствиях;
6. семейные проблемы, непонимания в семье;
7. уверенность в своей уникальности, стремление к идеалу;
8. низкая самооценка.

Анорексика не признают того, что они больны, постоянно находятся в состоянии тревоги и депрессии. Такие люди могут устанавливать для себя «жесткие» рамки приготовления пищи, их будет одолевать страх ожирения, также сопутствовать этому будет и искаженное представление о своем теле. Многих больных анорексией болезнь преследует не только наяву, но и во сне.

Одержимые, целью похудеть, никого не слушают, не верят самим себе. Большинство людей, соблюдающие изнурительные диеты, мечтают заболеть анорексией. В этом и заключается проблема: люди не осознают реальности, им тяжело овладеть собой и остановиться.

Можем выделить, некоторые осложнения, которые могут возникнуть у больных анорексией:

1. постоянный упадок сил;
2. выпадение волос, зубов;
3. обмороки;
4. боль во всех частях тела;
5. головные боли.

Данный список не является исчерпывающим. Не стоит забывать о том, что вред нанесенный организму при анорексии – является необратимым.

Выделяют психическую и нервную анорексию.

Термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*) был предложен У. Галл и именно с этого времени прочно закрепился в медицинской литературе. За всю свою практику автор термина «нервная анорексия» Уильям Галл столкнулся с этой патологией лишь 4 раза. В трёх случаях удалось добиться выздоровления, одна больная погибла [5, 14].

Существует несколько этапов нервной анорексии:

1. первичный (инициальный);
2. аноректический (этап редукции нервной системы).

Инициальный этап – данный этап характеризуется мыслями об излишней полноте в целом или отдельных частей тела (живот, щеки, бедра). В среднем этот этап длится от 2-4 лет так, как больные упорно утаивают свое состояние. Этот этап сопровождается следующими симптомами: замкнутость и стремление к изоляции, к некоторым блюдам может появиться отвращение, страх к потере контроля над своим весом.

Второй этап – активное стремление к изменению своей внешности и заканчивается снижением своего веса от 20-50 %. Искусственно вызываемая рвота носит сознательный характер, но бывают случаи, когда больные достигают к «искусственной рвоте» случайно.

Также одержимые похуданием нередко прибегают к таким препаратам, как: анориксегенные, мочегонные, слабительные. Больные объясняют это «непереносимым чувством переполнение желудка».

Часто с целью похудения больные в умеренном количестве начинают курить, пить черный кофе, изнурять себя бегом, прыжками и иными различными физическими упражнениями.

Р. Мортон в главе «о нервной чахотке» писал, когда к нему пришел 16-летний сын его друга, он был похож на «живой скелет», он отказывался есть, но был способен днями и ночами заниматься, готовясь к обучению в университете. Р. Мортон предписал ему сделать перерыв в учебе и объездить страну, пробуя в каждом месте парное молоко и сыр. Маленькие, но регулярные перекусы помогли больному – 16-летний мальчишка набрал вес, обмороки прекратились [4, 18].

Психическая анорексия (anorexia psychica) — отказ от еды ввиду резкого угнетения аппетита при депрессивных состояниях или под влиянием бредовых идей отравления.

Выделяют следующие симптомы психической анорексии:

1. отказ от еды, снижение веса;
2. недоверчивость к окружающим и собственному отражению в зеркале;
3. ощущение своей неполноценности;
4. подозрительны, агрессивны, обидчивы;
5. излишняя озабоченность своей внешностью.

Лечение психической анорексии – связано, с возвращением больному близкого к норме весу, восстановление основного инстинкта – голода. Большую роль в выздоровлении больного анорексией играет поддержка родственниками и близкими людьми [8, 73].

Если психическая анорексия привела к дистрофии, то больного необходимо госпитализировать. Диета больному должна быть назначена высококалорийная, частая и небольшими порциями.

В настоящее время, в США регистрируется 15 новых случаев заболевания на 100 тысяч населения, в Швеции 1 на 150 тысяч населения, в Германии зарегистрировано 700 тысяч больных анорексией и булимией. В России недостаточно уделяется внимания данному заболеванию по сравнению с западными странами, где уже много лет функционируют центры для лечения больных анорексией [6, 316].

Например, в 2015 году во Франции приняли закон, который запрещает моделям со слишком низкой массой тела появляться на подиуме. Нарушив этот закон, работодатель может заплатить 75 тысяч евро и получить тюремное заключение на срок до шести месяцев.

Несомненно, Западная культура является диктатором моды на все, в том числе, на представление о женской красоте. На сегодняшний день образ истощенной девушки постепенно отходит в прошлое. Так, известный дизайнер Джорджио Армани старается выбирать для работы только здоровых девушек и не хотел бы видеть на своих подиумах «истощенных» девушек.

«Здоровье и есть красота!» – сказал известный дизайнер Д. Армани.

#### **Список литературы**

1. Харисова З.И. Международно-правовые основы информационной безопасности в Целях устойчивого развития / Правовое обеспечение развития социального государства в свете целей устойчивого развития: сборник материалов Международной научно-практической конференции (Уфа, 12–13 ноября 2018 г.): в 2 ч. Ч. 2. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2018. . – С. 103-106.
2. Хасанова Г.М., Хасанова А.Н. Проблема здорового образа жизни студенческой молодежи // Духовное и физическое оздоровление человека в XXI веке: традиции и новации: материалы научно-практической конференции с международным участием. – Уфа: РИЦ БашГУ. - 2015. - С. 170-174.
3. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагноз, патогенез, терапия): Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2004.
4. Безисюк Е.В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. - 2010.
5. Гоготадзе И.Н., Самохвалов В.Е. Нервная анорексия. Учебно-методическое пособие. - Спб.: ГПТМА, 2009.
6. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. - М. Медицина; 2011.
7. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект // Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно- практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.
8. Мансурова З.Р., Немченко Д.В. Патологическое желание потери веса, это болезнь... // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2018. № 5. С. 72-76.
9. Храмова К.В. Социальные риски в сфере обеспечения охраны здоровья населения // В сборнике: Качество жизнеобеспечения населения. Сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Башкирский государственный медицинский университет. 2016. С. 147-150.

©Закиров И.И., Гаскарова Л.И., Колесников В.А., 2019

Равилов В.Р., Рябов С.А.

## ВЛИЯНИЕ ЛЮБВИ НА ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** В данной статье рассматривается любовь, как чувство, оказывающее значительное влияние на человека и его здоровье.

**Ключевые слова:** любовь, страсть, увлеченность, желание, чувство.

Ravilov V.R., Ryabov S.A.

## THE INFLUENCE OF LOVE ON HUMAN LIFE

Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)

**Annotation:** This article discusses love as a feeling that has a significant impact on a person and his health.

**Key words:** love, passion, dedication, desire, feeling.

Любовь – это чувство, являющееся самым прекрасным, которое только может испытать человек. Она способна сотворить многое. Одна из викторианских писательниц Англии Мэри Элизабет Брэддон говорила: «Любовь – это светильник, озаряющий Вселенную; без света любви земля превратилась бы в бесплодную пустыню, а человек – в пригоршню пыли» [5].

В первую очередь, стоит разграничивать понятие «любовь», «страсть», «увлеченность» и прочее. Пилецкий С.Г в «Мыслях о любви» разделяет любовь на этапы. По его мнению, низшая ступень – физическое проявление любви, желание владеть человеком с красивой внешностью и продолжить свой род. Другими словами, эта ступень любви движет человеком как жажда бессмертия «пусть в смертном зачатии – рождение – это и есть вечность и бессмертие»

Второй ступенью, по его мнению – очарование душевными качествами, – крылатое чувство влюбленности, от которого, как говорится, «бабочки в животе». В этот период человек ощущает все светлые проявления любви, видит меньше негативных проявлений в окружающем мире.

И на вершине этой иерархии находится платоническая любовь.

Нельзя не отметить тот факт, что любовь влияет на человека и в физическом плане. Когда человек влюблен, он гораздо легче переносит какие-либо жизненные испытания [1].

На физическом уровне любовь вызывает специфические электрохимические изменения в теле, которые стимулируют выброс эндорфина и нейропептидов, которые словно диктуют телу: все стало хорошо. Эти химические вещества характеризуются активностью, имеющие

разную направленность: они стимулируют деятельность иммунной системы, повышают работу отдельных органов и желез, словно велят мышцам немного расслабиться и передают надпочечникам сигнал спокойствия. Если же вести речь об исцелении, то любовь выполняет примерно то же, что и огромная доза ибупрофена. Она сдерживает болевые рецепторы, благодаря чему мозг перестает активно концентрироваться на боли. Это облегчение неким образом позволяет уму переключиться на что-то иное – например, надежду. На психологическом уровне надежда служит главным противоядием страху и имеет настолько мощное влияние на ум и тело, что люди, прибегавшие к этому средству, справлялись с практически неизлечимыми болезнями [5].

Надежда – эмоция активная, а не пассивная, как страх. В то время как страх сковывает «в тиски» мозг и создает химический хаос в теле, надежда освобождает его и создает чувство внутреннего покоя, в какой-то степени умиротворения. Она дарит уму возможность искать другие средства и развязывает руки, так скажем, внутреннему воину, что очень важно для успешного исцеления или, по крайней мере, для первого шага на пути к нему. Надежда – это план действий, целенаправленная установка, требующая изменений, дисциплины и, прежде всего, отдачи. Это не мечты о «журавле в синем небе», не сладостные грезы; невозможно пожинать ее плоды, действуя спустя рукава, полагаясь лишь на чудо. От нас требуется жить ее духом и обуздать ум так, чтобы он выдавал только те мысли, что возвращают здоровье. Все больше и больше врачей начинают осознавать роль надежды в процессе исцеления, особенно для пациентов онкологического отделения.

Нельзя не отметить значение любви в ее проявлениях во время Великой Отечественной Войны. Можно попробовать определить степень значимости любви в менталитете социума СССР 1941 – 1945 гг. Вопрос не составляет трудной и неразрешимой загадки. Нужно всего лишь обратиться к такому общедоступному материалу, как стихи и песни тяжелых военных лет. Популярность таких песен, как «В лесу прифронтовом», «В землянке», «Темная ночь», «Огонек» («На позицию девушка провожала бойца»), «Катюша», «Горит свечи огарочек» и т.п. была огромной со стороны солдат и офицеров Красной Армии. То же самое можно сказать, например, о стихах Константина Симонова «Жди меня» (позднее также положенных на музыку). Люди разных народов с удовольствием слушали, переписывали и заучивали наизусть, иногда дополняли текст своими мыслями и чувствами. Отчасти можно утверждать о том, что истинное проявление любви – залог становления не только личности, но и развития профессиональных качеств, что особенно важно в сферах деятельности, которые связаны с установлением мира и правопорядка в стране, противодействия угрозам государства и общества [6].

Примечательно, что во всех упомянутых выше произведениях и многих, им подобных, так или иначе ведущую роль играет образ любимой девушки или женщины. Война же представляется не более чем внешним фоном действия, максимум – жестокой помехой, которую необходимо устранить, чтобы обрести счастье с любимым человеком. Даже вероятность смерти в таком контексте представала в ином ракурсе – как исполнение до конца своего долга перед любимым. Любовь заставляла жить, скорее даже выживать, ведь солдат знал, что за сотни километров живет та, что считает дни, часы и минуты до встречи.

Затронув тему об изображении любви в литературе, нельзя не упомянуть о Викторе Гюго, который изобразил несколько типов любовных отношений в своем произведении «Собор парижской Богоматери». Каждый его персонаж испытывал это чувство по-своему. И любовь, в свою очередь, по-разному влияла на поведение, да и на жизнь героя, в целом. Не всегда любовь действует на человека положительно, как, например, на персонажа этого произведения Клода. Клод Фролло совершенно не любит, а ненавидит Эсмеральду за все то, что осталось невыполнимым для него, за то, что он избрал грешный путь отречения от земных благ, не будучи абсолютно готовым к этому морально. У него любовь раскрыла все самое худшее и отразила страшную истину: он должен был служить добру и любви, но не способен любить. Его чувство любви – воплощение химеры, которая страшнее тех, что присутствуют в виде статуй на его соборе [3].

Таким образом, несмотря на то, безответна она или взаимна, человек коренным образом меняется под ее воздействием, способен сделать то, чего он раньше даже не мог представить и в мыслях. Так, например, заядлый пессимист становится лучезарным оптимистом, поражая своими переменами окружающих, или неуверенный в себе человек чувствует в себе многократное увеличение сил и веру в победу [2,7].

В заключении можно сказать, что каждый из нас сам выбирает для себя, что есть любовь, расставляет в ней приоритеты и определяет для нее роль в своей жизни. Она может повлиять на каждого человека по-разному, но при этом отрицать ее силу и значимость в жизни составит трудности, ведь о ней писали великие мыслители и мудрецы, такие, как русский писатель и создатель мировой эпопеи Л.Н Толстой. Он говорил: «Любовь есть сила жизни» [4]. И с ним сложно не согласиться.

#### **Список литературы**

1. Брэддон М. Проигравший из-за любви // [https://royallib.com/book/breddon\\_meri/proigravshiy\\_izza\\_lyubvi.html](https://royallib.com/book/breddon_meri/proigravshiy_izza_lyubvi.html).
2. Пилецкий С.Г. Мысли о любви // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2009. Том 4. Выпуск 4. С. 30-35.



3. Тайкова Л.В. Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. 2013. № 4. С. 193-195.
4. Толстой Л.Н. 30. ПСС. Т.41. С. 558.
5. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект // Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно- практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.
6. Харисова З.И. О некоторых проблемах обеспечения информационной безопасности государства и общества от современных киберугроз / Актуальные проблемы права и государства в XXI веке [Электронное издание]: сборник материалов XI Международной научно-практической конференции, г. Уфа, 18 апреля 2019 года. – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 388-392.
7. Афанасьева О.Г. Здоровье и экология человека в западноевропейской философии Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2017. № 2. С. 22-27.

©Рапилов В.Р., Рябов С.А., 2019

Шайбакова Э.И., Асянова С.Р.

## ФОРМЫ КОММУНИКАТИВНОЙ ДЕВИАЦИИ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** В настоящей статье рассматриваются ключевые формы коммуникативной девиации. На примере коммуникативных форм девиации и коммуникативных неудач формулируются условия успешности общения человека в обществе.

**Ключевые слова:** коммуникативная девиация, поведение, социализация.

Shibakawa E.I., Aslanova S.R.

## FORMS OF COMMUNICATIVE DEVIATION

Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)

**Annotation.** This article discusses the key forms of communicative deviation. On the example of communicative forms of deviation communicative failures the conditions of successful communication of a person in society are formulated.

**Key words:** communicative deviation, behavior, socialization.

Термин коммуникативная девиация, прежде всего отражает такое поведение человека, при котором оно отклоняется от обычного, но исключительно в плане общения.

Человек, подверженный коммуникативной девиации, как правило, противоречит своим поведением реальности, пытается отгородиться от общества, от окружающей среды, не хочет воспринимать ее всерьез. Он, понимая и осознавая данную реальность, пытается уклониться от жизненных переживаний, избегает тревоги, не хочет вливаться в процесс социализации. Всё это приводит к «бегству от свободы».

Коммуникативная девиация проявляется в различных формах.

В первую очередь, это аутистическое поведение, которое характеризуется тем, что субъект уходит в мир фантазий, иллюзий, ищет жизнь в сказке, полностью не признает реальную жизнь. Как правило, он отказывается от жизни и уходит в одиночество. В данной форме девиации выделяются первичная и вторичная формы. К первой относится синдром раннего детского аутизма, который в своей основе протекает в искажении психического развития ребенка. Другой формой является длительная травмирующая психофизическая ситуация, основанная на нарушении материнской связи между матерью и ребенком.

Второе, это гипербобщительность. Казалось бы, что плохого в том, что ребенок разговорчив, активен и жизнерадостен. Тут надо иметь в виду, что под гипербобщительностью понимается повышенная потребность несовершеннолетнего в общении, желании взаимодействовать со многими людьми в течении длительного времени.

Человек не способен находиться в одиночестве. От неуместных тем разговоров с таким человеком чаще люди пытаются отгородиться, вводя человека в еще худшее состояние, порой с непоправимыми последствиями [2; 3].

Третье, это псевдология, то есть склонность человека ко лжи – развивается оно с раннего детства, ребенку в малом возрасте необходим контакт с родителями или с друзьями дабы привлечь их внимание. В результате ребенок, не задумываясь, начинает говорить неправду, и сам же верит в нее.

Четвертой формой является нигилизм. Ярким примером данной формы может послужить классический литературный герой произведения «Отцы и дети» И. С. Тургенева.

Безусловно, это неполный список форм коммуникативной девиации современного человека. Исследователи относят к данной теме такие формы, как ревность, ипохондрия, елейность поведения, кризис идентичности, крусадерство и другие. При этом важно понимать, что по своей природе коммуникативная девиация берет свои истоки с раннего детства человека, с различной психотравмирующей ситуации, стечением обстоятельств в процессе социализации всё это приводит к искажению мировоззрения и рождению таких форм девиации.

Каждая из форм девиации индивидуальна и уникальна, описать их всех в одной классификации достаточно сложное занятие, так как в их основании лежат совершенно разные подходы. Девиация имеет свои этнокультурные, возрастные, гендерные и даже профессиональные проявления.

Нашему миру в 20 веке присущи глобальные изменения в установлении социальных норм и морали. Всё это привело к тому, что ряд поведений из девиантных перешли ко списку нормальных, обыденных [4].

Таким образом, коммуникативная девиация – это сложный процесс, при котором человек теряет свои навыки в общении. Благодаря глобальным сетям люди не утруждают себя в необходимости делиться мыслями, эмоциями в живую, им достаточно Интернета, который на их взгляд сделает всё нужное, но, если бы они только знали, как сильно ошибаются и как многое теряют, сознательно изолируя себя от простого человеческого общения без лишних прикрас.

### **Список литературы**

1. Мустойоки А. Коммуникативные неудачи сквозь призму потребностей говорящего (Хельсинский университет, Финляндия) Языки славянской культуры. Москва, 2015, С. 543-559.
2. Гарифуллин И.Р. Криминалистическая характеристика убийств, совершенных с особой жестокостью несовершеннолетними // В сборнике: Криминалистические проблемы

эффективности борьбы с преступностью и иными правонарушениями среди молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Л.Л. Каневского. 2019. С. 122-125.

3. Мансурова З.Р., Сулейманова Г.Я. Девиантное поведение: сущность, формы и виды проявлений // В сборнике: Феноменология и профилактика девиантного поведения Материалы XI Международной научно-практической конференции. 2018. С. 164-167.

4. Садыкова З.Р. Трансформация социокультурных ценностей в контексте исторического сознания на современном этапе //В сборнике: Академическая наука - проблемы и достижения = Academic science - problems and achievements 2014. С. 182.

©Шайбакова Э.И., Асянова С.Р., 2019

Мустафина Ю.А.

## ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** В статье представлен анализ различных видов зависимого поведения. Рассматриваются особенности их проявления в молодежной среде. Автор предлагает свое видение решения проблемы зависимого поведения человека в современном обществе.

**Ключевые слова:** зависимость, психическое состояние, волевые процессы, алкоголь, наркомания, курение, игровая зависимость, интернет-зависимость.

Mustafina Yu.A.

## PSYCHOLOGY OF DEPENDENT BEHAVIOR

Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)

**Summary.** The article presents an analysis of various types of dependent behavior. The features of their manifestation in the youth environment are considered. The author offers his vision of solving the problem of dependent human behavior in modern society.

**Keywords:** addiction, mental state, volitional processes, alcohol, drug addiction, Smoking, gaming addiction, Internet addiction.

Зависимое поведение – это особенность аддиктивного поведения. Употребление некоторого вещества (либо использование какого –либо блага в чрезмерных количествах – компьютерные игры) изменяет его психическое состояние, привязывает к веществу или предмету так, что данное вещество начинает управлять жизнью человека. Оно посредством зависимости делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции. К зависимому поведению относятся алкоголизм, наркомания, аддиктивное курение, игровая зависимость и интернет – зависимость.

В процессе аддикции устанавливаются эмоциональные отношения не с людьми, а с определенными явлениями и материальными неодушевленными предметами, что моментально дает разрушительный эффект психике человека. Человек не желает вступать в отношения с окружающими людьми, для него человеческий мир теряет свою значимость, напротив, человек «закрывается» в себе, происходит внутренняя фрустрация. Отвлечение от повседневных проблем, переживаний в трудных жизненных ситуациях необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится образом жизни, в процессе которого личность оказывается в «ловушке» - в ловушке под названием «уход от действительности». Формы аддикции могут сменять одна другую, что делает иллюзию решения проблем еще устойчивее и сильнее. Аддиктивная зависимость лишает человека любви, дружбы,

взаимоотношений с окружающими. Она поглощает время, силы, энергию и эмоции до такой степени, что аддикт «оказывается неспособным поддерживать равновесие в жизни, включаться в другие формы активности, получать удовольствие от общения с людьми, релаксироваться, оказывать эмоциональную поддержку даже наиболее близким людям» [1, с. 18, 7, с. 201].

Для лиц, склонных к различным видам зависимого поведения (аддикциям), характерны следующие личностные особенности:

Во-первых, очень слабая переносимость трудностей. Аддикты стремятся тут же удовлетворить свои желания, требования и ложные потребности. Когда же данные потребности не удовлетворяются, они в зависимости от конкретной ситуации проявляют два типа реагирования: реакция раздражения и злости и бегство от разрешения проблем приемом алкоголя.

Во-вторых, комплекс неполноценности. Обычно он возникает еще в раннем возрасте в связи с психической и физической беспомощностью. В дальнейшем он постоянно стимулирует к преодолению, поскольку жизненными целями являются стремления к интеграции и власти. При отсутствии позитивной направленности может возникнуть невроз или зависимость от алкоголя. Прием спиртного на время устраняет личные, семейные или профессиональные неурядицы, но способствует возникновению стремления к повторной алкоголизации. Скрытый комплекс неполноценности проявляется в частых сменах настроения, неуверенности, избегании ситуаций, в которых их способности могут быть объективно проверенными [2, с. 237]. Для аддиктов в ряде случаев бывает типичным развязное, наглое поведение, они ставят себя в позицию превосходства перед другими, требуя всяческих привилегий или поблажек. Эти причины часто являются основным, но скрытым мотивом поступления на службу в органы внутренних дел – возможность компенсации чувства неполноценности и повышения самооценки за счёт социального престижа, а чаще ощущения власти над другими людьми. В результате, имеют место злоупотребление служебным положением в виде прикрытия служебных и даже уголовных преступлений, получения взяток.

В-третьих, инфантильность (легкомыслие) и незрелость. В этом случае отмечается эгоцентризм и неспособность проявлять доброе отношение к людям. Наоборот свойственна постоянная потребность в почитании и похвале. Данные лица поглощены нереальными планами на будущее. Их поведение отличается непродуктивностью, на пути к выполнению конкретных, полезных действий появляются непреодолимые препятствия. При выборе в жизненных ситуациях они стремятся получить наслаждение немедленно, сколько-нибудь значительные сдерживающие мотивы отсутствуют. Все это приводит к пассивно-безразличному отношению к окружающему или агрессивности со вспышками раздражения и гнева. По мере развития

зависимости им все труднее устанавливать стойкие эмоциональные контакты со значимыми людьми.

Социабельность лиц с зависимым поведением имеет поверхностный характер и ограничена во времени. Эти люди любят произвести положительное впечатление на окружающих. Это особенно представлено у алкогольных аддиктов и у участников азартных игр. Аддикты - скучные, однообразные люди в повседневной жизни. Отношения с ними поверхностны, к глубоким положительным эмоциональным отношениям они не способны [3, с. 101].

Аддикты часто говорят неправду, много обещают, но не выполняют своих обещаний – им нельзя доверять. Часто алкогольно зависимые люди обещают прекратить свое аддиктивное поведение, возможно, перед окружающими и пытаются, но сами инициативы и желания не проявляют.

Алкоголизм – патологическое заболевание, которое развивается вследствие неоднократного и длительного употребления алкогольных напитков. Данное заболевание характеризуется аномальным влечением к спиртным напиткам, реактивностью организма и психической, а затем и физиологической зависимостью с дальнейшими нарушениями в личности человека и психической деградацией.

Термин «алкоголизм», прежде всего, является медицинским диагнозом. Право на постановку диагноза имеет только врач-психиатр или врач-нарколог.

Диагноз «зависимость от алкоголя» может быть поставлен при наличии трех и более перечисленных ниже признаков, возникающих в течение определенного времени на протяжении года: сильное желание к приему алкоголя; сниженная способность контролировать прием алкоголя и абстинентный синдром – то есть «состояние отмены», привыкание и последующее увеличение дозы; поглощенность сознания употреблением алкоголя, которая проявляется в том, что ради приема алкоголя полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения или интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с его приобретением, и на восстановление от его эффектов; осознание признаков явного вредного воздействия, но вопреки этому, продолжение употребления вещества или дозы.

Вышеперечисленное можно так же отнести и к наркотически зависимым людям, но с разницей, что привычки наркомании выражены в десятки раз сильнее. Наркотическая зависимость проявляется уже с первой дозы приема вещества, и в результате неизбежно приведет к фатальному исходу, если не принимаются срочные меры медицинского и психологического характера.

Диагноз «наркомания» - строго медицинский.

Состояние наркотического опьянения характеризуется различными психическими, поведенческими и физиологическими особенностями, которые можно распознать на основании внешних признаков: бледность кожных покровов; изменение размеров зрачков и их реакции на свет; изменение цвета глазных яблок (помутнение, покраснение); изменение речи (замедление и искажение), нарушение координации движений; изменение массы тела (похудение); изменение слюноотделения. Отметим некоторые признаки употребления наркотических средств: безразличие к происходящим событиям – адаптивность; нарушение таких психических процессов как память и внимание; склонность к уходу из дома; избегание межличностных социальных контактов как с семьей, так и с окружающими; резкая смена настроения – эмоциональная лабильность; изменение структуры сна.

Другой вид зависимого поведения – это аддиктивное курение. Его можно отнести к заядлым курильщикам, которые характеризуются, как и другие аддикты, выраженной эгоцентричностью, не учитывают интересов других людей, не считаются с отрицательными последствиями их курения для сотрудников по работе, членов собственных семей. Курящие сотрудники ОВД проявляют большую импульсивность, несдержанность, более склонны к риску.

Еще одним видом зависимости является геймблинг или же компьютерная игровая зависимость. Особенность данной зависимости состоит в том, что игры так же являются аддикцией, хотя и не связаны с приемом и употреблением каких либо веществ, влияющих на физиологическое и психологическое состояние. Игры на автоматах, карточные игры, домино и рулетка, которые вызывают азарт у человека, так же относятся к геймблингу. Обычно игровыми зависимыми становятся личности, подверженные к получению немедленного, быстрого удовольствия.

Проблема азартных игр приобрела значительно большее значение в связи с включением в ее сферу все более распространяющихся денежных игровых автоматов. Разнообразные, привлекающие внимание своим красивым видом, мелькающими огоньками, приятными акустическими эффектами игровые автоматы оказывают сильное влияние на многих людей. Имеет немаловажное значение также кажущаяся легкой возможностью выиграть значительную сумму денег в течение очень короткого времени. Игровые автоматы чрезвычайно широко распространились во многих странах, в том числе в России, успешно вытесняя другие виды развлечений.

В процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем и игра рассматривается как приятное проведение времени. По этому механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость.



Аддиктивный процесс проявляется в следующих признаках: частая игра – человек многократно подвергается аддиктам; увеличение времени в игре; трата денег на игру; выражение злости и вспыльчивости при невозможности участия в игре; зависимость настроения человека от игры и ее исхода; потеря управления своими чувствами; невозможность остановиться, начав игру; нарушение семейных отношений и потеря социальных контактов; увеличение суммы долга вследствие игр, игра превращается в смысл и образ жизни [4, с. 2].

Следует подчеркнуть, что лица, участвующие в азартных играх, сравнительно часто злоупотребляют алкоголем, а также прибегают к употреблению наркотических препаратов, т.е. включаются в комбинированные формы зависимого поведения. Для них достаточно типичны резкое нарушение межличностных отношений, разводы, семейные конфликты, безответственность, нарушение служебной дисциплины, частая смена работы, совершение нарушений закона [5, с.47].

Таким образом, аддиктивное или же зависимое поведение человека непосредственно связано с его психологией, семейным и материальным положением, интеллектуальной развитостью, проявлением общей культуры поведения [6, с. 243]. Необходимо отметить, что данные виды зависимости взаимосвязаны и один вид зависимого поведения может повлечь за собой другой. Но, несмотря на это, каждый человек может себя перебороть и тем самым победить свои аддикты.

Бороться с проблемой зависимого поведения необходимо, и, более того, в случае безразличного отношения государства и общества к данной проблеме могут наступить непредсказуемые тяжкие и разрушительные последствия, начиная от ухудшения отношений в семьях, массового распада браков до случаев самоубийств по различным мотивам.

Как же побороть проблему зависимого поведения? На наш взгляд, в первую очередь, об этой проблеме социально-духовной сферы жизни общества обязано заботиться государство. Государство может повлиять на ее решение путем применения определенных политических и экономических мер, например, повышение цен на алкогольную продукцию и табачные изделия. Также необходимо начать вести более жесткую политику по отношению к организаторам азартных игр, которые, овладевая разумом людей, угрожают обществу и государству в целом. Лишение свободы по ч.1 ст.171.2 УК РФ «Незаконная организация и проведение азартных игр» составляет максимально 2 года, а по ч. 2 – 6 лет. На наш взгляд, учитывая важность общественных отношений, которые ставятся под угрозу этим преступлением, необходимо повысить максимальный предел лишения свободы по обеим частям данной статьи.

Кроме того, сами граждане, проживающие в нашем государстве, обязаны осознавать, насколько важно воспитывать поколение, направленное на саморазвитие и образование сплоченного общества, а не на его постепенное разложение и дезинтеграцию. Поэтому с

самого раннего возраста родителям необходимо позаботиться о том, чтобы обеспечить хорошие условия процесса формирования личности их ребенка.

#### Список литературы

1. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения. – Обозрение психиатрии и медицинской психологии [Текст] // Ц.П. Короленко. – Москва, 1993. – С. 17-29.
2. Мансурова З.Р., Салихов Д.А. Явления девиации и девиантного поведения в современном Российском обществе: причины и проявления. // Здоровье как социально-философская проблема 2017. №5. С.235-240.
3. Мехтиханова Н.Н. Психология зависимого поведения [Текст] // Н.Н. Мехтиханова. – Москва, 2005. - С. 96-110.
4. Середина Н.В. Психологические особенности зависимого поведения [Текст] / Н.В. Середина // Северо-Кавказский психологический вестник. - Москва: 2008. – Вып. 6. - С. 1-8.
5. Асеева А.Д. Психологические особенности личности, способствующие развитию зависимого поведения [Текст] / А.Д. Асеева // Научный журнал КубГАУ. – Кубань: КубГАУ, 2014. – Вып. 7. - С. 43-56.
6. Асянова С.Р., Вакилова Р.Р. Интернет-зависимость как вариант девиантного поведения молодежи // Здоровье как социально-философская проблема 2017. №5. С.241-245. (ВНПК с международным участием, посвященная 85-летию ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России).
7. Храмова К.В. Новое самосознание и социальная адаптация личности в обществе риска Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2017. № 2. С. 195-208.

©Мустафина Ю.А., 2019

Авальбаева Ф.Д.

## ПСИХОЛОГИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЛУХОВ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** Согласно данным социологических опросов, организованных на территории 35 регионов России, около 75% граждан РФ встречаются со слухами, притом 45% из них «знакомятся» со слухами на ежедневной основе. Ведущие эксперты в области психологии утверждают, что слухи выступают не только в качестве определенного направления развития информационного канала, но и способа психологического воздействия на человека.

**Ключевые слова:** информация, факты, слухи, психология, психологическая устойчивость, психическое состояние.

Avalbaeva F.D.

## PSYCHOLOGY OF THE IMPACT OF RUMORS

Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)

**Summary.** According to opinion polls conducted in 35 regions of Russia, about 75% of Russian citizens meet with rumors, while 45% of them "get acquainted" with rumors on a daily basis. Leading experts in the field of psychology claim that rumors act not only as a certain direction for the development of an information channel, but also as a way of psychological influence on a person.

**Keywords:** information, facts, rumors, psychology, psychological stability, mental state.

Под слухами понимают частично или полностью недостоверные сведения, передаваемые собеседниками при личном контакте в исключительно устной форме. С точки зрения социальной психологии слухи – это информация, которая была подвержена частичному или полному искажению, благодаря чему получила более эмоциональную окраску, передаваемая при личном контактировании собеседников [1].

Психологи утверждают, что в 95% случаев слухи восполняют пробел или недосказанность в информационном потоке. Достоверной информации в виде слухов фактически не существует в природе, так как любая новость или информация путем устной передачи подвергается многочисленным трансформациям и становится в той или иной степени искаженной. Ученые в области психологии выделяют следующие типы слухов:

- «слух-желание» или относительно-близкие к действительности слухи подразумевают информацию эмоционально окрашенную для отражения тех вопросов, проблем и потребностей, которые аудитория желает услышать. Примером данного типа слухов является обещание властей в повышении уровня МРОТа: с одной стороны власти выступают в

качестве благодетелей, повышая заработную плату россиянам, с другой стороны – граждане России ждут информации, которая будет отражать перспективы роста их зарплат. Роль «слух-желания» двойка: поддерживает эмоциональный тонус населения, оказывая успокаивающее воздействие на психику народа, подавляя панику и агрессию. Иная функция заключается в деморализации народа, так как зачастую их ожидания значительно превосходят получаемый результат.

- «Слух-пугало» или частично приближенные к действительности слухи - это форма недостоверной информации, которая пугает население, порождая агрессию, неприязнь к действующим порядкам. Указанный вид слухов отражает негативное отношение общества к поставленной проблеме. Зачастую «слух-пугало» возникает при угрозе возникновения стихийного бедствия, военного положения, глобальных политических перемен в стране. Наиболее встречающимся слухом данного типа является информация о резком повышении цен на отдельные категории товаров. В 80% случаев при появлении «ценовой информации» в обществе россияне начинают скупать «дефицитный» товар, запасаясь им впрок. Примером может служить дефицит соли в период СССР или повышение стоимости гречки в период кризиса 2007-2008 года. Социально-психологическая роль рассматриваемого вида слухов заключается в запугивании народных масс и активации сопротивления народа переменам.

- «Агрессивный слух» является своеобразным подвидом «слухов-пугал». «Агрессивный слух» направлена резкую смену настроения общества. Как правило, он проявляется при инцидентах массового характера религиозного, этнического характера. Данный тип слухов намеренно воздействует негативным образом на психику народа, вызывая дискуссии и споры, которые могут породить более серьезные проблемы. В большинстве случаев реакция масс предсказуема распространителем и направлена на провокацию агрессивных действий. Слухи агрессивного характера появляются в виде обрывков фраз, которые в одном контексте несут очень мощный негативный заряд, призывающий к мести и восстановлению «своей» справедливости. Примером данного вида слухов в России является распространение сведений о зверских расправах на территории Чечни, которые были распространены чеченцами. Также к данному типу слухов можно отнести сведения о нападении чеченцев на федеральные войска. Данные слухи вызвали ряд недопониманий и напряженность в обществе.

- «Нелепые слухи» или абсолютно недостоверные слухи - это уникальный вид слухов, когда информация может принимать любое значение в зависимости от того, как она будет преподнесена собеседнику. Данный вид слухов появляется в обществе самопроизвольно путем недопонимая того или иного события или «легкого» приукрашивания происходящих действий. Основная функция «нелепых слухов» заключается в построении нового уклада или

образа жизни общества путем частичного отражения ранее произошедших фактов. «Нелепые слухи» в настоящее время стали не только способом воздействия на народные массы, но и вариантом отражения информации в средствах массовой информации, элементом художественного отражения мысли. Примером данного вида слухов можно считать почти ежегодное предвещание «конца света» [2].

Возникновение любого слуха возможно при пересечении двух условий:

- 1) наличие интереса народа к актуальной проблеме;
- 2) неудовлетворенность населения потребностями, которые так или иначе связаны с текущей проблемой [3].

При выполнении указанных требований рождаются новые слухи, которые при каждой устной передаче трансформируются. Все вариации слухов проходят три ступени:

- сглаживание, которое проявляется в сокращении исходной мысли до минимального набора слов. Данная тенденция проявляется чаще всего в опущении некоторых деталей первоисходной информации, которая носит второстепенный характер. Например, при описании ДТП рассказчик может не заострить внимание на номерном знаке автомобиля, одежде участников происшествия и т.д.

- заострение, которое заключается в приукрашивании и преувеличении реальных событий для придания им более эмоциональной окраски. Как правило, деформациям поддаются именно те детали, которые интересуют общество. К данным видам деталей можно отнести количество жертв при стихийном бедствии или ином происшествии или план перевыполнения для более позитивной оценки народными массами.

- адаптация, которая может сводиться к одной из вышеуказанных тенденций или же замене объекта внимания или иной детали слуха. Например, фраза «Наших бьют» в разных аудиториях будет звучать по-разному, в зависимости от того, где находятся эти «наши» [4].

С точки зрения психологии, зачастую слухи играют отрицательную роль в жизни общества. Слухи подрывают доверие к настоящим фактам, навязывая народным массам неправильное мнение, которое перерастает в агрессию или недовольство. Эксперты в области психологии выделяют две группы мероприятий, способствующих противодействию слухов:

- 1) профилактические меры: предоставление той информации, которая создавала бы ту атмосферу, при которой появлению слухов быстро приводила к их угасанию. В качестве эффективного инструмента на данном этапе противоборства со слухами выступают средства массовой информации, которые пользуются доверием у народа.

2) активные контрмеры: используются в критичных ситуациях, когда масштабы слухов значительно превосходят объемы реальной информации. При данном стечении обстоятельств есть два варианта действий:

- молчать и переждать текущую агрессию, дожидаться, когда слух станет неактуальным;
- быстрое подавление слуха реальными фактами [5, 6].

Психологи утверждают, что слухи несут не только негативные тенденции, но и положительные влияния на общество. В частности, при распространении недостоверной информации направленного действия, человек получает моральное удовлетворение, что позволяет ему повысить свою самооценку, самоутвердиться или достичь чего-то на фоне предоставленных сведений. Кроме того, слух можно рассматривать в качестве своеобразной формы протеста общества, которая отражает недовольство по той или иной проблеме. Помимо этого, при распространении слухов человек разгружается от одних эмоций, освобождая место для новых ощущений.

На сегодняшний день в средствах массовой информации довольно часто встречаются опровержения властей по тому или иному вопросу, что означает, что чиновники предпочитают контратаки «желтой прессе» и порождаемой ею слухам.

#### **Список литературы**

1. Горбатов Д. С. Функции слухов в социальной среде [Текст] / Д.С.Горбатов. - Москва, 2013. – 108с.
2. Яковлева Ю.А. Социальная психология [Текст] / Ю.А.Яковлева. – Москва, 2013. – 259с.
3. Латынов В. В. Слухи: социальные слухи и условия их появления [Текст] / В.В. Латынов // Современная психология. - 2015. – №5.- С.12-17.
4. Андреева Г. М. Социальная психология [Текст] / Г.М.Андреева. - Аспект Пресс, 2011. – 384с.
5. Яровая Л.Т., Андреев Н.И. Роль слухов в современном обществе [Текст] / Л.Т.Яровая.// Общая психология. - 2016. - №7. – С.32-39.
6. Асянова С.Р. Коммуникации Управления ГИБДД МВД по РБ с целевыми группами общественности как превентивная форма в обеспечении безопасности дорожного движения // В сборнике: Актуальные проблемы коммуникации: теория и практика. Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции. 2016. С. 16-20.
7. Садыкова З.Р. Трансформация социокультурных ценностей в контексте исторического сознания на современном этапе //В сборнике: Академическая наука - проблемы и достижения = Academic science - problems and achievements 2014. С. 182.

©Авальбаева Ф.Д., 2019

**Шахбазов Т.А.**

**СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В работе рассматривается проблема влияния отрицательных психоэмоциональных состояний на здоровье сотрудников правоохранительных органов. Выделяются методы повышения уровня стрессоустойчивости, а также факторы, влияющие на психологическую устойчивость.

**Ключевые слова:** психологическая устойчивость, психическое состояние, эмоции, стресс, головной мозг.

**Shahbazov T.A.**

**STRESS AND ITS ROLE IN PROFESSIONAL LIFE  
ACTIVITIES OF EMPLOYEES OF INTERNAL AFFAIRS BODIES**

**Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)**

**Summary.** The paper deals with the problem of the influence of negative psychoemotional States on the health of law enforcement officers. Methods of increasing the level of stress resistance, as well as factors that affect psychological stability are highlighted.

**Keywords:** psychological stability, mental state, emotions, stress, brain.

В условиях современного мира всё более усложняются общественные отношения, которые нередко являются питательной средой для развития преступности. В связи с этим они требуют регулирования со стороны правоохранительных органов [1]. В свою очередь этот фактор влечет за собой повышение требований к сотрудникам правоохранительных органов. Опираясь на духовные и нравственные ориентиры, представители данной профессиональной группы должны знать и соблюдать законодательство Российской Федерации, соблюдать законы и правильно применять их в практической деятельности, быстро ориентироваться в сложных ситуациях и принимать решения, быть ответственными и дисциплинированными. Значимость и сложность указанной деятельности не может не отражаться на психологическом состоянии сотрудников правоохранительных органов. Это проявляется в следующем. Они постоянно испытывают физические и психологические перегрузки, которые отражаются на качестве работы, приводят к быстрой утомляемости, держат в постоянном напряжении нервную систему. Решения необходимо принимать быстро, оперативно, без промедлений, не допуская ошибок, выполняя главную задачу - защиту прав и свобод человека и гражданина, интересов общества и государства.

При осуществлении своей деятельности сотрудники правоохранительных органов сознают угрозу жизни и здоровью (во время проведения боевых мероприятий, при задержании террористов, во время операций по захвату преступных организованных группировок и т.п.), необходимость применения оружия (например, в целях обороны) и др. Это создает внутренний дискомфорт и эмоциональное напряжение, которое при продолжительном воздействии может вызывать стресс. А в стрессовой ситуации даже профессионалы своего дела не всегда могут адекватно оценить обстановку и правильно применить нормы права либо проигнорировать требования закона, не имея умысла на совершение правонарушения. Также необходимо отметить, что специфика профессиональной деятельности сотрудников ОВД предполагает их общение с лицами, среди которых часто встречаются люди с агрессивным поведением [2]. В связи с чем сотрудник должен быть готов к возникновению различного рода экстремальных условий, связанных с риском и опасностью для его жизни и здоровья. В связи с этим становится актуальным вопрос, касающийся повышения уровня стрессоустойчивости сотрудников к действиям в экстремальных условиях [3]. Важно отметить, что в процессе обучения и профессиональной подготовки у сотрудников ОВД должна сформироваться готовность к действиям в экстремальных условиях. Развитие профессионально-важных качеств сотрудников ОВД необходимо также для обеспечения личной безопасности сотрудника [4]. Морально подготовленное лицо сможет найти выход из сложной ситуации быстрее, чем лицо, для которого стресс стал неожиданностью. Исходя из этого, для сотрудника ОВД должны быть характерны следующие качества:

- деловые качества, которые включают в себя наличие профессионального образования, опыта работы, знания в определённой области, умения и навыки, к примеру, пользования специальной техникой, оформления документов и т. д.;

- стабильные личностные установки сотрудника, заключающиеся в его коммуникабельности, находчивости, решительности, стойкости характера, дисциплинированности;

- специальные профессиональные качества, которые заключаются в наличии у сотрудника знаний, умений и навыков, необходимых сотруднику для выполнения задач по конкретной должности (например, для оперативного сотрудника в рамках осуществления оперативно-розыскной деятельности очень важно уметь работать в условиях конспирации, т. е. скрывать от разрабатываемого лица истинные цели общения с ним; в то время как специалисту экспертного подразделения это умение не нужно);

- иные качества, которые могут послужить основой для качественного выполнения сотрудником служебных задач.



В настоящее время существует немало способов повышения стрессоустойчивости профессиональной деятельности сотрудника ОВД. В первую очередь, это строгий психологический отбор во время приёма на службу. Чем психологически устойчивее кандидат на службу, тем легче он будет справляться со стрессами, возникающими в профессиональной деятельности [5]. Такой психологический отбор осуществляется путём проведения психодиагностического обследования.

По мнению И. Н. Коноплёвой, одним из эффективных способов психологической подготовки сотрудников ОВД является проведение тренингов и ролевых игр, которые позволяют отработать участникам элементы общения, показать индивидуальные способы и модели поведения, поучаствовать в обсуждении сложных жизненных ситуаций и т. п. [6]. Проведение тренингов с личным составом ОВД должно осуществляться регулярно. Вместе с тем специфика деятельности отдельных подразделений сотрудников, которые выполняют поставленные оперативно-служебные задачи в экстремальных условиях (служебные командировки в «горячие точки», розыск и задержание преступников и т. п.) не позволяют это делать систематически. По нашему мнению, регулярная работа психолога с сотрудником позволит обнаружить воздействие стресса на ранней стадии и быстро помочь сотруднику с ним справиться. Безусловно, без усилий самого сотрудника его уровень стрессоустойчивости не повысится. Стоит также добавить, что особенное внимание следует обращать на реабилитацию сотрудников, которые пребывали в значительно усложнённых, экстремальных условиях (например, деятельность сотрудника в условиях проведения специальных операций, при задержании преступников, освобождении заложников и т. п.) [7].

Для преодоления стрессового состояния в деятельности сотрудников ОВД рекомендуется изменить своё восприятие к проблемной ситуации, искоренить причину возникновения данной ситуации, справиться со стрессом. В деятельности сотрудников правоохранительных органов рекомендуется повышать стрессоустойчивость, однако считается, что она зависит и от стажа работы, то есть чем больше опыта, тем сотрудник более спокойно относится к трудным жизненным обстоятельствам, поскольку знает, что всегда есть те, которым гораздо хуже, немаловажным аспектом в профилактике стресса является снижение количества принимаемых решений и ответственности за них, очевидно, что данный фактор условный и двояко воспринимаемый, стоит обратить внимание на то, что всегда есть рядом коллеги, поскольку вы выполняете общие задачи и ваша деятельность направлена на достижение общего желаемого результата. Важным аспектом является умение сотрудника абстрагироваться от проблемной ситуации, то есть не воспринимать её «близко к сердцу».

Важное значение имеет коллективная подготовка к выполнению оперативно-боевых задач. Бесспорно, когда в коллективе имеется общее стремление к выполнению поставленных целей, мотивация, поддержка со стороны сослуживцев, понимание всеобщей ответственности, снижается риск наступления отрицательных психических состояний, различных неврозов и психозов. Поэтому хороший морально-психологический климат в коллективе, взаимопонимание, уважение друг к другу, доброжелательность, взаимная требовательность, товарищество, дружба, взаимозаменяемость составляют необходимые предпосылки готовности, создания общей установки на успешное выполнение стоящей задачи, слаженности и согласованности в коллективной деятельности [8].

В целом можно отметить, что стрессоустойчивость определяется рядом факторов, таких как самооценка личности, то есть люди с завышенной самооценкой мало подвержены негативным психическим состояниям, в то время как с люди с низкой самооценкой более восприимчивы в психотравмирующей ситуации, уровень самостоятельности и независимости также влияет на устойчивость психики. Это объясняется тем, что люди способные нести ответственность, быстро и правильно принимать решения, независимые от внешних обстоятельств также не поддаются влиянию экстренной ситуации. Объяснить влияние степени личностной тревожности на стрессоустойчивость можно тем, что отношение к изменениям не как к угрозе, а как к возможности развития собственного потенциала, то есть изначально тревожность не рассматривается как негативная черта, при этом высокая личностная тревожность тесно связана с наличием невротического конфликта, с эмоциональными срывами и психосоматическими заболеваниями [9].

Кроме этого, деятельность сотрудников ОВД характеризуется широкой социальной направленностью, оперативностью, направленностью на преодоление возможного противодействия, наличием властных полномочий, высокой степенью риска, повышенным уровнем ответственности за принимаемые решения, а также ярко выраженной познавательно-поисковой направленностью. Таким образом, состояние психического здоровья сотрудника органов внутренних дел обеспечивается наличием психической адаптацией. Немаловажным является и то, что у сотрудников должны быть сформированы навыки повышения самоконтроля в сложных ситуациях служебной деятельности.

#### **Список литературы**

1. Асянова С.Р., Ахметова Д. Р. Влияние негативных психоэмоциональных изменений на состояние здоровья сотрудника ОВД в условиях психотравмирующей ситуации. Факторы, влияющие на психологическую устойчивость // Здоровье как социально-философская проблема 2017. №5. С.246-251.

2. Военная психология сотрудников URL:<http://медпортал.com/psihologiya-pedagogika-voennaya/psihologicheskaya-ustoychivost-sotrudnikov.html>.
3. Исхаков Э.Р., Аксенов С.Г. Стресс и сохранение здоровья сотрудников правоохранительных органов / Исхаков Э.Р., Аксенов С.Г. // Актуальные вопросы экологии человека. Сборник научных статей участников Всероссийской науч.–практ. конф. с междунар. участием: в 3-х томах. – Уфа: 2017. – с. 216-219.
4. Коноплёва И. Н. Эффективность тренингов для подготовки сотрудников правоохранительных органов к деятельности в экстремальных условиях [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. № 1. С. 13–23.
5. Мансурова З.Р. Морально-психологическая устойчивость личного состава при чрезвычайных ситуациях. //Актуальные проблемы права и государства в XXI веке. 2017. Т. 2. № -2. С. 204-211.
6. Тамбовцев Е. А. О необходимости развития профессионально-важных качеств сотрудников ОВД для обеспечения личной безопасности // Междунар. научно-практич. конф. «Совершенствование профессиональной и физической подготовки курсантов, слушателей образовательных организаций и сотрудников силовых ведомств». Иркутск, 2016. С. 396–399.
7. Труфанов Н. И. К вопросу совершенствования методики проведения практических занятий по дисциплине «Личная безопасность сотрудников ОВД» // Всерос. научно-метод. конф. «Подготовка кадров для силовых структур: современные направления и образовательные технологии». 2–3 марта 2016 г. Иркутск, 2016. С. 323.
8. Хасанова Г.М., Ахмадинуров Р.М. Социальная работа в учреждениях уголовно-исполнительной системы: учебное пособие. – Уфа: АРКАИМ. - 2014 – 126 с.
9. Храмова К.В. Самосознание личности в обществе риска. Автореферат дис. ... доктора философских наук / Башкир. гос. ун-т. Уфа, 2014

©Шахбазов Т.А., 2019

Матвеева Ю.А., Асянова С.Р.

## ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ – ДИАГНОЗ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме.** В настоящей статье рассматриваются проблемы влияния социальных сетей на мировоззрение молодежи.

**Ключевые слова:** социальные сети, молодежь, Интернет.

Matveeva Yu.A., Aslanova S.R.

## INTERNET ADDICTION-A DIAGNOSIS OF MODERN YOUTH

Ufa law Institute Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)

**Annotation.** This article discusses the impact of social networks on the worldview of young people.

**Key words:** social networks, youth, Internet.

В современном мире сложно встретить человека, который не пользуется мессенджерами и не зарегистрирован в социальных сетях. Социальные сети всё больше поглощают свободное время у детей и молодежи, согласно статистике, более 50% человечества пользуются социальными сетями [1; 2, 3]. Современная молодежь не может представить свою жизнь без виртуального времяпровождения, половину всего времени уходит на общение с друзьями, просмотр фильмов и на игры [4]. Можно заметить прямую зависимость от социальных сетей у многих, более чем половине молодых людей необходимо пролистать свою страницу в социальных сетях не реже чем 1 раз в 2 часа. Из-за отсутствия Интернета, вследствие которого проявляется агрессия, а также стремление окунуться в виртуальный мир является одними из признаков Интернет-зависимости.

В своей статье К.Янг «Диагноз — интернет-зависимость» приводит статистику по данным опроса о зависимости. Согласно ей, около 54% опрошенных не хотят уменьшать своё времяпровождение в сети, при этом они прекрасно понимают о вреде своего здоровья и психики. Остальные 46 % пытались побороть свою зависимость, но безуспешно. Сначала они ограничивали время нахождения в сети, но контролировать себя сами они не смогли, и снова через некоторое время заходили в сеть, осознавая, что не могут обойтись без Интернета.

К большому сожалению, жизнь в Интернете вытесняет реальное, живое общение. В социальной сети все просто и скучно, печатаешь сообщение, отправляешь его, получаешь ответ. Здесь нет мимики, движений, отсутствует язык жестов, нет настоящих эмоций. Человек, проводя больше времени в сети, отвыкает от живого общения, становится зависим

от компьютера и Интернета, теряет навык общения с другими людьми [5, 8]. Это настоящая проблема для всего человечества. Постепенно всемирная паутина поглощает с головой, и забирает все свободное время у молодых людей, которое они могли потратить более продуктивно с пользой для себя и окружающих.

Еще одной тревогой являются не просто игры в Интернете, а именно игры подростков в самоубийство. Все эти игры влияют на неокрепшую психику ребенка и одной из таких самых игр, является «Синий кит», которая начала развиваться с 2015 года. Сутью игры является выполнение заданий «куратора», насчитывается их около 50, по одному в день. И финалом игры является – самоубийство подростка. И до сих пор создателей этой игры не удалось установить, а дети продолжают играть в неё.

Но всё же проблема интернет-зависимости у молодых людей, да вообще у всех лиц, до сих пор не решена. Многие пользователи социальных сетей не считают себя зависимыми, хотя пропадают в них целые сутки [6; 7]. С самого утра, только открыв глаза, они уже заходят в социальные сети, уделяя им много времени, и так до самого вечера, даже вечером придя домой, они снова погружаются с головой в сети, такая же история повторяется утром.

Всё вышеописанное в какой-то степени напоминает зависимость от наркотических средств или алкогольной продукции, исходя из этого, можно предположить, что зависимость от социальных сетей – является болезнью молодых людей.

Подводя итог вышесказанному, делаем вывод о том, что нельзя утверждать, что социальные сети только негативно отражаются в буднях молодежи, они имеют также массу положительных качеств. И ясно только одно, что социальные сети, несмотря на свою «молодость», прочно вошли в жизнь современного человека и активно влияют на развитие каждого члена нашего общества.

### Список литературы

1. Бурко Р.А., Терёшина Т.В. Социальные сети в современном обществе // Молодой ученый. — 2014. — №7. — С. 607-608.
2. Губанов Д.А., Новиков Д.А., Чхартишвили А.Т. Социальные сети: модели информационного влияния, управления и противоборства / Под ред. гл.-корр. РАН Д.А. Новикова. М.: Изд-во физико-математической литературы, 2010. — 228 с.
3. Влияние социальных сетей на молодежь [Электронный ресурс] — Режим доступа –URL: <https://infourok.ru/vliyanie-socialnih-setey-na-molodezh-2277342.html>
4. Хасанова Г.М., Хасанова А.Н. Проблема здорового образа жизни студенческой молодежи // Духовное и физическое оздоровление человека в XXI веке: традиции и новации: материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной

памяти духовных наставников башкирского народа. – Уфа. – Изд-во БашГУ. - 2015. - С. 170-174.

5. Харисова З.И. Актуальные проблемы деятельности правоохранительных органов по противодействию преступности в глобальной сети Интернет / Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 3 (85), – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 92-98.

6. Гарифуллин И.Р. Криминалистическая характеристика убийств, совершенных с особой жестокостью несовершеннолетними // В сборнике: Криминалистические проблемы эффективности борьбы с преступностью и иными правонарушениями среди молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Л.Л. Каневского. 2019. С. 122-125.

7. Мансурова З.Р., Сулейманова Г.Я. Девиантное поведение: сущность, формы и виды проявлений // В сборнике: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ Материалы XI Международной научно-практической конференции. 2018. С. 164-167.

8. Храмова К.В., Азаматов Д.М. Особенности формирования самосознания личности в условиях рискогенности российского общества // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2012. № 7-2 (21). С. 206-210.

©Матвеева Ю.А., Асянова С.Р., 2019

**Мансурова З.Р.**

## **ФЕНОМЕН БУЛЛИНГА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В современном обществе проблема буллинга широко распространена, тем не менее, указанная тема все же изучена современной российской наукой не в полном мере. Актуальность данной проблемы заключается в том, что противодействие буллингу в детском и подростковом коллективах необходимо для нормального развития личностей этих возрастных групп. В данной работе рассмотрены понятие, виды, причины подросткового буллинга, а также обозначены его участники.

**Ключевые слова:** подросток, буллинг, травля, насилие, образовательная среда, жертва, свидетель, преследователь.

**Mansurova Z.R.**

## **THE PHENOMENON OF BULLYING IN THE YOUTH ENVIRONMENT**

**Ufa law Institute of the Russian interior Ministry, Russia (Ufa)**

**Summary.** In modern society, the problem of bullying is widespread, however, this topic is still studied by modern Russian science is not fully. The relevance of this problem lies in the fact that the opposition to bullying in children's and adolescent groups is necessary for the normal development of individuals of these age groups. In this paper, the concept, types, causes of adolescent bullying are considered, as well as its participants are designated.

**Keywords:** teenager, bullying, bullying, violence, educational environment, victim, witness, stalker.

Термин «буллинг» произошел от английского bullying, что означает «травля». Несмотря на то, что понятие «буллинг» пришло к нам из-за рубежа, уже сейчас в России эта тема активно обсуждается и исследуется. Проблема буллинга в подростковой среде является актуальной проблемой настоящего времени.

С травлей может столкнуться каждый – и ребенок, и взрослый. Однако чаще всего буллингу подвержены подростки, именно на них травля оказывает наибольшее негативное воздействие в связи с особенностями личности людей в юном возрасте. В подростковом возрасте психика сформирована еще не окончательно, поэтому подростки наиболее склонны к переживаниям, появлению комплексов, неприятию себя, зависимы от мнения окружающих.

Буллинг оказывает серьезное влияние на положение подростков в обществе, нормальное развитие и может являться причиной суицидальных мыслей. В зависимости от

характера самого человека, буллинг может оказывать на подростка негативное влияние, связанное с чувствами страха, стыда, переживания, отчаяния, ненависти.

Взаимоотношения в школе являются неотъемлемой частью жизни каждого подростка, частью его социального развития. Столкновение с буллингом ярко сказывается на эмоциональном состоянии подростка. Его переживания напрямую зависят от отношений со сверстниками [2].

По мнению В.Р. Петросянц, буллинг – специфический тип деструктивного поведения, проявляющийся в форме психологического или физического воздействия на другого человека [3].

Буллинг заключается в целенаправленной агрессии, связанной с неравенством сил участников конфликта.

Современные психологи подразделяют буллинг на два вида – прямой и косвенный. Прямой буллинг связан непосредственно с оскорблениями, побоями, отбиранием денег и т. д. Косвенный же буллинг подразумевает различного рода манипуляции, распространение слухов, объявление бойкотов и пр. Согласно статистике, мальчики чаще попадают под прямой буллинг, а девочки – под косвенный.

С появлением Интернета появился «кибербуллинг» – травля через социальные сети, электронную почту, СМС-сообщения.

По данным анонимных социологических опросов, 70% школьников сталкивались с буллингом. 60% заявили, что стали жертвой травли, а 12% признались, что сами участвовали в травле [4].

Наиболее популярной при этом является травля посредством социальных сетей. Стоит отметить, что именно Россия занимает первое место по уровню кибербуллингу – ему подвергались 74% опрошенных, что превышает средний мировой показатель, который составляет 66%5.

Среди субъектов буллинга выделяют лиц, выполняющих роли жертвы, преследователя и свидетеля. При этом один и тот же человек может одновременно выступать в нескольких ролях.

Носитель той или иной роли имеет определенный набор качеств, определенные свойства характера, имеющие принципиальное значение для освоения конкретной роли.

Жертва характеризуется низкой самооценкой, отсутствием коммуникативности, низкой физической силой, зажатостью. Зачастую с травлей сталкиваются подростки, имеющие избыток либо недостаток веса, а также другие заболевания, влияющие на внешность.

Преследователь наиболее часто обладает развитой физической силой, агрессивен, склонен к самовыражению, импульсивности. Мотивы буллинга при этом могут быть



психологические (желание поднять или утвердить свой социальный статус) и материальные (стремление завладеть чужими деньгами, ценными вещами) [1].

Свидетели в свою очередь являются сторонними наблюдателями. Они могут испытывать чувство жалости к жертве, однако чаще всего не совершают действий по прекращению конфликта. Свидетели обладают важной ролью в профилактике буллинга. Они являются «публикой» для преследователя и их положительная реакция на травлю способствуют продолжению травли [3].

Поэтому именно свидетели играют важную роль в профилактике буллинга

Среди основных факторов возникновения можно выделить следующие:

- 1) индивидуальные (агрессивность, конформность);
- 2) групповые (антисоциальная деятельность, несформированность ценностей, отсутствие самоопределения, неблагоприятный климат в коллективе)

В современном обществе некоторые подростки не умеют общаться со своими сверстниками, отстаивать свою точку зрения гуманными методами. В их поведении преобладает жестокость по отношению к сверстникам, насмешки и т.д. Все это является причиной деструктивности личности, склонности к суициду.

Большое влияние оказывают не только индивидуальные особенности личности, но и особенности среды [5]. Семья имеет значительное влияние на формирование личности подростка, в том числе и его склонности к травле. Этому могут способствовать домашнее насилие, иное жестокое отношение в семье, гиперопека, которые, несомненно, негативно сказываются на личности ребенка и могут стать причиной принятия им той или иной роли в буллинге.

Важными субъектам развития детей и подростков, несомненно, являются педагоги, на которых возлагается роль не только в предупреждении, но и пресечении травли в школе. Также нельзя исключить и роль средств массовой информации на формирование негативных черт личности детей и подростков, ведь всем известно, что они, в частности телевидение, часто изображают перед широкой аудиторией сцены насилия, которые при отсутствии должного воспитания могут восприниматься подростками как пример должного поведения.

Стоит сделать вывод о том, что изучение буллинга должно основываться на изучении природы буллинга, психологических особенностей его участников, их целей, а также причин его распространения в современном обществе и способах предотвращения, пресечения и профилактики. Психологам и педагогам необходимо серьезно подойти к изучению данной проблемы и к разработке методик психологической помощи детям и подросткам, задействованным в процессе буллинга.

### **Список литературы**

1. Асянова С.Р., Храмова К.В. Психолого-педагогические методы профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 1 (83). С. 81-86.
2. Мансурова З.Р., Сулейманова Г.Я. Девиантное поведение: сущность, формы и виды проявлений // Феноменология и профилактика девиантного поведения. Материалы XI Международной научно-практической конференции. 2018. С. 164-167.
3. Петросянц В. Р. Проблема буллинга в современной образовательной среде // Вестник ТГПУ. 2011. № 6. С.151-153.
4. Соловьёв Д. Н. Модель профилактики буллинга среди школьников подросткового возраста // Вестник евразийской науки. 2014. № 3 (22). С.155.
5. Хасанова Г.М., Хасанова А.Н. Социальная работа с молодежью на современном этапе // Социально-философские проблемы современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Уфа: РИЦ БашГУ. - 2016. - С. 220-222.

© Мансурова З.Р., 2019

Давлетбаева Э.И.

## АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме.** В данной публикации рассматривается проблема адаптации инвалидов в современных условиях, реализация их прав.

**Ключевые слова:** инвалидность, здоровье, адаптация инвалидов, защита прав инвалидов.

Davletbaeva E.I.

## ADAPTATION OF DISABLED PEOPLE IN MODERN RUSSIAN SOCIETY

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary.** This publication examines the problem of adaptation of persons with disabilities in modern conditions, the implementation of their rights.

**Key words:** disability, health, adaptation of persons with disabilities, protection of the rights of persons with disabilities

Актуальность проблемы. Инвалидность — нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, врожденными дефектами, последствиями травм, приводящих к ограничению жизнедеятельности. Некоторые нарушения здоровья, связанные с инвалидностью, приводят к плохому состоянию здоровья и значительным медико-санитарным потребностям, а другие – могут не приводить к этому. Однако все инвалиды имеют такие же общие медико-санитарные потребности, как и все другие люди, и, поэтому, им необходим доступ к основным службам здравоохранения. Статья 25 Конвенции ООН о правах инвалидов (КПИ) подтверждает право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации [4].

Цель работы. Описать и выявить проблемы, связанные с адаптацией инвалидов в современном российском обществе.

Материалы и методы. В работе были использованы данные официальной статистики, законодательные акты. В качестве методов исследования мы выбрали социологическое наблюдение, сравнительный анализ.

В отличие от здоровых людей имеющие инвалидность чаще обращаются за медицинской помощью и имеют больше неудовлетворенных медико-санитарных потребностей [2]. К сожалению, как отмечают эксперты Всемирной организации здравоохранения, мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в различных странах редко бывают направлены на такую категорию населения, как инвалиды.

Так, «показатели скрининга на рак молочной железы и шейки матки среди женщин-инвалидов меньше, чем аналогичные показатели среди женщин без инвалидности. Люди с умственными расстройствами и диабетом с меньшей вероятностью проверяют свой вес» [3].

В современных российских условиях инвалиды не имеют реальных возможностей для полноценной адаптации, хотя с точки зрения законодательства, для них предусмотрены различные льготы, пособия, обеспечение жилплощадью, бесплатная медицина, возможности для получения образования, а также доступ к инфраструктуре.

Если рассматривать бесплатное обеспечение инвалидов лекарствами, то здесь имеется ряд оговорок: данная возможность относится только к инвалидам первой и неработающим инвалидам второй группы, а также в определенных аптеках и по рецептам, которые должен выписывать врач либо ежегодно, либо ежемесячно. Но нередки случаи, когда жизненно важных бесплатных препаратов нет в наличии, следовательно, не хватает на всех. Согласно мониторингу Всероссийского общества инвалидов по обеспеченности лекарственными препаратами людей с особыми потребностями, проведенному в 2014 году, более 90% опрошенных инвалидов отметили, «что в их регионах количество рецептов на препараты в месяц дополнительно ограничивается. Около 64% отметили, что действует ограничение по цене выписываемых препаратов. Так, в Волгоградской области максимальная месячная стоимость рецептов на момент мониторинга не превышала 452 рубля, а в Башкортостане – 300 рублей» [1]. Также необходимо отметить, что бесплатно выдаваемая инвалидная коляска для лиц с нарушением опорной функции предназначена лишь для передвижений в помещении, а коляски с электроприводом по стоимости превышают установленный лимит на покупку.

Для адаптации инвалидов также необходимы специально оборудованные для передвижения общественные места: пандусы, места для парковки, подъемники, звуковые сигналы светофора, специальное оснащение общественного транспорта. Однако многого из всего перечисленного на наших улицах не хватает.

Согласно закону, дети-инвалиды имеют право на образование, как в специализированных школах, в обычных школах, а также обучаться на дому. В обычных школах, на наш взгляд, у них больше возможностей для успешной социализации, для полноценного общения со сверстниками. Поэтому в школах необходимо создать для них условия: специальные программы, пандусы, реабилитационную технику и вспомогательный персонал. Поскольку общеобразовательные учреждения не имеют условий для адаптации детей-инвалидов, то родители вынуждены отдавать их в спецшколы. Также зачастую посещать школу детям мешают такие препятствия, как отсутствие лифтов и пандусов в

многоквартирных домах. «Дети с ограниченными возможностями и их родители в последние годы столкнулись с рядом препятствий в общеобразовательных школах:

- отсутствием пандусов и подъемников;
- отсутствием помещений для людей с сенсорными нарушениями;
- отсутствием учебников для студентов с ослабленным зрением;
- нехваткой учителей и школьных работников для обеспечения потребностей в обучении учеников, включая детей с отклонениями в развитии» [1].

Также имеются случаи, где дети сталкиваются с дискриминацией при приеме в школу. Им могут отказать в зачислении, объясняя это предположением, что дети с ограниченными возможностями здоровья не в состоянии учиться, небезопасны для других детей и имеют склонности к девиантному поведению.

Десятки тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья в России в настоящее время пребывают в закрытых государственных детских домах, где большинство из них детей получают недостаточное образование вследствие отсутствия специальных педагогических кадров среди воспитателей. Они изолированы от общества, что значительно затрудняет их социализацию и покинув детские дома, они испытывают проблемы с адаптацией в обществе [1].

Выводы. Таким образом, можно заключить, что успешная адаптация инвалидов, в том числе и детей-инвалидов, невозможна без создания специальных условий для них и защиты их прав. Необходима защита прав инвалидов на лечение, образование, труд, на социально-бытовое содержание и на материальную поддержку.

1. В России инвалидов нет. Как заботятся об инвалидах в РФ? [Электронный ресурс]. URL: <http://anvictory.org/v-rossii-invalidov-net-kak-zabotyatsya-ob-invalidax-v-rf/> (дата обращения 27.09.2019).

2. Гасимьянова Г.Р., Хасанова Г.М., Гайнуллина Э.Н. Проблемы социально-медицинской реабилитации инвалидов // Актуальные проблемы социогуманитарного знания: сборник научных трудов. – Уфа: РИЦ БашГУ. - 2014. - С. 175-182.

3. Инвалидность и здоровье // Глобальный веб-сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (дата обращения 27.09.2019).

4. Конвенция о правах инвалидов // Глобальный веб-сайт Организации объединенных наций [Электронный ресурс]. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения 27.09.2019).

#### Список литературы

© Давлетбаева Э.И., 2019

**Комарова О.А.**

**СВЯТАЯ ЛОЖЬ В МЕДИЦИНЕ – ЗЛО ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В работе исследуется проблема применения «святой лжи» в медицинской практике. Анализируются административно-правовые документы, регулирующие право пациентов на достоверную информацию о своём состоянии здоровья. В связи с этим проведен опрос, в котором приняло участие 133 студента Башкирского государственного медицинского университета. На основе проведённого исследования выявляется значимость святой лжи в медицине и надобность освещения данной темы.

**Ключевые слова:** «святая ложь», биоэтика, долг, правдивость, информация.

**Komarova O.A.**

**THE HOLY LIES IN MEDICINE-EVIL OR THE NEED?**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary.** The paper investigates the problem of the use of "Holy lies" in medical practice. Administrative and legal documents regulating the right of patients to reliable information about their state of health are analyzed. In this regard, a survey was conducted, which was attended by 133 students of the Bashkir state medical University. On the basis of the conducted research the importance of the Holy lie in medicine and the need for coverage of this topic is revealed.

**Key words:** "Holy lies", bioethics, duty, truthfulness, information.

Актуальность. Имеем ли мы право и должны ли скрывать от тяжелобольного пациента смертельный диагноз? Этот вопрос волнует многих людей, является темой дискуссий, приводятся различные аргументы за и против, несмотря на то, что право пациента на правдивую информацию закреплено законодательно.

Материалы и методы. В ходе исследования был произведен анализ и синтез информации из литературы и интернет источников. Кроме того, был проведен опрос среди студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение. Современное общество не терпит ложь и требует от людей правдивости: ложь осуждается, лжецов презирают. Особые требования предъявляют к медицинским работникам, так как от них зависят здоровье и жизнь людей. Ведь если бухгалтер, который вовремя не сдал отчет - одно дело, и другое - медсестра, которая забыла сделать инъекцию, жизненно необходимую больному, а говорит, что сделала.

Существуют ли исключения из правила «не лги»? Как бы противоречиво это не звучало, но такое исключение имеет место быть. Оно звучит как «святая ложь», или «ложь

во спасение». Хотя врачи не имеют права скрывать информацию от коллег, начальников, пациентов, правоохранительных органов, но в то же время существует представление о необходимости вводить в заблуждение безнадежных больных для того, чтобы скрыть от них наличие неизлечимой болезни. Гуманность и разумность этого правила заключается в том, что нельзя отнимать у человека надежду и обрекать его на тяжёлые душевные муки, связанные с близостью смерти. Полностью отвергать это суждение мы не можем, так как существуют реальные основания для такого убеждения. На какое-то время обнадеживающие речи врача действительно способны вдохнуть в пациента силы.

В советское время отношение к «лжи во спасение» было традиционным: считалось неэтичным сообщать больному, что смерть уже близка, несмотря на готовность человека воспринять подобную информацию. Но, как говорят, у медали есть две стороны. Несмотря на столь бережный подход больной обычно всё же чувствовал, что происходит нечто плохое и ему не говорят всей правды. А если раскрывался обман, то испытывал глубокое отчаяние, «святую ложь» он воспринимал как предательство, заговор родных и врачей за своей спиной. И такое состояние больного вполне оправдано, ведь при таком подходе человек лишался права сознательно подготовиться к собственной смерти, проститься с близкими, завершить важные для себя дела, распорядиться имуществом.

Изменения в восприятии начались в конце XX века. Врачи и общественность пришли к единому мнению, что больной имеет право знать правду о состоянии своего здоровья, не считая необходимым применять правило «святой лжи». Но мы не должны забывать, что слово как лечит, так и калечит. Поэтому отдельное внимание должно уделяться разговору врача с тяжелобольным пациентом: необходимо проявлять истинное сострадание, особый такт и умения, большую душевную теплоту. Главное, чтобы врач не нанес еще больший вред сказанными словами. В настоящее время врачей специально обучают правилам, как и в какой момент лучше всего сообщить пациенту о состоянии его здоровья. Не зря в учебной программе студенты медицинского университета изучают биоэтику, психологию, коммуникативную деятельность. Некоторые случаи бывают настолько тяжелыми, что без помощи психологов не обойтись. Именно поэтому в клинике необходим психолог, который помог бы воспринять информацию не только пациенту, но и его родственникам.

Также на сегодняшний день всё большее распространение получают хосписы. Они представляют собой специальные учреждения, целью которых является облегчение последних дней безнадежных больных. В книге «Я всегда на стороне слабого»: дневники, беседы Глинки Елизаветы Петровны представлен рассказ о Людке, которая поступила из родильного дома в хоспис. Диагноз – рак шейки матки. На примере беседы доктора Лизы с Людкой мы можем рассмотреть пример применения святой лжи в медицинской практике.

«- Люд, а ты знаешь, что с тобой?»

- По-женски что-то. Может, климакс.

- Ты хочешь знать свой диагноз?

Она замолчала на какое-то время. Взяла зеркало, осмотрела себя с новой помадой.

Потом спросила:

- А мне надо знать? Это изменит что-нибудь?

Я была не готова к такому ответу.

- В твоём случае ничего не изменит.

- Вот и хорошо. Не будем тогда о грустном» [2].

Мы видим, что доктор Лиза не озвучивала пациентке диагноз, а сначала предусмотрительно задала вопрос. Ведь больному, который ограждает себя от плохой информации, этим можно только навредить.

Право пациента на сохранение врачебной тайны медицинскими работниками закреплено в ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"[3].

И право пациента на достоверную информацию в настоящее время также закреплено законодательно. В нашей стране законы, касающиеся этих вопросов, отражены в ст. 22 «Информация о состоянии здоровья» и ст. 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье» Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [3]. По сути, эти документы налагают запрет на «святую ложь». Это не пожелание, не предмет для дискуссии, а норма закона, которая должна выполняться неукоснительно. Разговор об этом является актуальным, так как по данным моего опроса, значительное количество студентов медицинского вуза, не знали, что данное право закреплено законодательно.

Изучение литературы показало, что мнения о применении «святой лжи в медицинской практике расходятся. Доказательством этого являются результаты опроса, который я провела среди студентов медицинского вуза. И так опрос прошли 133 человека с разных курсов. Студентам был задан вопрос «Считаете ли вы нужным сообщать пациенту о смертельном диагнозе?». И как вы видите на слайде, диаграмма показывает, что безусловно, большинство ответили «да», но также был частым и ответ «нет».

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что «святая ложь» имеет место быть в медицинской практике, но только при персонализированном, индивидуальном подходе. Она приемлема лишь в случае, когда пациент сам не хочет знать о диагнозе, когда мы видим, что правда принесет больше вреда, чем пользы. Не стоит забывать о незыблемом правиле «не



навреди» в медицине, поэтому нужно учитывать этические и правовые аспекты правила «святой лжи». Кроме того, установлена неразрывная связь правила правдивости и правила информированного согласия, которое в настоящее время закреплено законодательно. Эти положения снимают дискуссионный вопрос о наличии «святой лжи» в медицине. И проблема применения права пациента на достоверную информацию заключается, в первую очередь, в умении врача предоставлять данную информацию.

#### Список литературы

1. Глинка Е.П. «Я всегда на стороне слабого»: дневники, беседы / Доктор Лиза Глинка; сост. С.Алещенок; предисл. К.Соколовой; послесл. Г.Глинки. – Москва: Издательство АСТ: Редакция Елены Шубиной, 2018. – 318, [2] с., ил.
2. Иванюшкин А.Я., Игнатьев В.Н., Коротких Р.В. и др. Введение в биоэтику. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
4. Чашина Ж.В. Правило правдивости и «святая ложь» в современной медицине // Вестник Мордовского университета. – 2016 г. – Vol. 26, no. 2. – с. 203-204.
5. Эффективность плацебо выросла [Электронный ресурс]. URL: <http://www.univadis.ru/medical-news/183/Effektivnost-placebo-vyroslo> (дата обращения 06.11.2018).

© Комарова О.А., 2019

**Князева Л.В., Комарова О.А.**

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ КАЙДЗЕН  
В МЕДИЦИНЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ БГМУ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В данной работе проведено исследование модели системы Кайдзен в оказании медицинской помощи, возможность её внедрения в работу медицинских организаций на примере Клиники БГМУ. На основе проведенного анализа выявляется значимость применения принципов Кайдзен в системе здравоохранения, в частности - медицинских учреждениях.

**Ключевые слова:** Кайдзен, медицинская помощь, оптимизация, здравоохранение, больница.

**Knyazeva L.V., Komarova O.A.**

**APPLICATION OF KAIZEN PRINCIPLES  
IN MEDICINE ON THE EXAMPLE OF CLINIC OF BSMU**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary:** In this paper, the study of the Kaizen system model in the provision of medical care, the possibility of its implementation in the work of medical organizations on the example of BSMU clinic. On the basis of the analysis revealed the importance of the application of Kaizen principles in the health care system, in particular - medical institutions.

**Key words:** Kaizen, medical care, optimization, healthcare, hospital.

Актуальность. Все мы в какой-то момент нуждаемся в таблетке, которая позаботится о том, чтобы мы были здоровы. Это могут быть витамины для профилактики или же какое-то более сильное лекарственное средство для лечения уже возникшего заболевания. Так и больница нуждается в волшебной таблетке. Таблеткой для больницы, да и для системы здравоохранения в целом является система Кайдзен.

Цель работы. Изучить принципы системы Кайдзен на примере Клиники БГМУ. Найти способы внедрения их в здравоохранение для повышения качества и доступности оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен анализ и наблюдение применения принципов Кайдзен на примере Клиники БГМУ, анализ и синтез литературы, интернет-источников.

Результаты и обсуждение. Кайдзен – понятие, производное от японских слов kai = изменение, и дзен = хорошо или к лучшему. Кайдзен был введен вначале на нескольких

японских предприятиях во время восстановления экономики после Второй мировой войны и с тех пор распространяется на предприятиях всего мира. Самое известное практическое приложение данной концепции было разработано для японской корпорации Toyota Motor Corporation.

Вы можете отметить, что компания Тойота и отдельно взятая больница не имеют ничего общего. Но это не так. Система Кайдзен применима и к здравоохранению. Её целью будет повышение качества и доступности медицинской помощи. Причем основным условием является то, что мы не привлекаем для реализации данного проекта новые материальные ресурсы.

Все это делается без дополнительного материального поощрения, работники будут мотивированы улучшением качества показателей и повышением уровня комфортности рабочей среды.

Принципы Кайдзен в медицине:

1. Концентрация на пациентах. Врач должен сообщать пациенту не только «что», но и «почему». Таким образом, углубляется понимание между пациентом и врачом. Пациент чувствует свою значимость, и за частую им правда становится легче, когда они в курсе всего. Естественно мы не берем в расчет пациентов, которые сами закрываются от данной информации. [1]

Также необходимо создать все комфортные условия для пациентов. Этого можно добиться следующим образом:

- необходимо создать открытую зону регистратуры для прямого общения. В Клинике БГМУ данное усовершенствование только планируется.
- создать комфортные условия в зонах ожидания. Например, в Клинике БГМУ отдельное внимание уделено системе управления очередью.

Для этого в Клинике БГМУ предусмотрены:

- электронная запись. В стенах больницы установлены электронные устройства (терминал) для того, чтобы пациент смог записаться на прием. И опять вернемся к проблеме комфорта – там дежурит работник, решающий вопросы, возникающие пациентов.
- электронная очередь по талонам с условием того, что будет применяться сегментное табло.
- предварительная запись, не выходя из дома в любое удобное время для пациента через интернет на сайте.
- создание условий свободного доступа для групп населения с ограниченными возможностями здоровья. При входе в Клинику БГМУ имеется кнопка вызова персонала.

2. Непрерывные изменения небольшими шагами.[2] Этот пункт хотелось бы отметить фразой «Всё, за что бы вы не взялись, нужно делать хорошо и качественно», и дополнить, что делать это нужно постепенно и размеренно, поскольку необходимо работать на качество и результат, а не на скорость. К тому же, все мы знаем, что 21 век – век высоких технологий и инноваций. Но, несмотря на это, врачи большое количество времени проводят за бумагами, из-за чего снижается время, которое они могли бы потратить на пациентов.

В практику введены электронные карты, содержащие полную информацию о больных. Для этого используется специализированный программный комплекс ProMed. Там фиксируется история и схема лечения. Но в данное время врачи работают так же и с бумажной документацией, что значительно занимает время врачей. Поэтому мы предлагаем полностью отказаться от бумажных носителей.

Мало того, что это освобождает врачей от каждодневной бумажной рутины, представьте, какие значительные помещения освободятся, прежде занятые для хранения бумажных архивов.

А как удобно передавать снимки результат лучевой диагностики в цифровом формате! Кроме того, это дает возможность более быстро и дешево передавать электронно в разные отделения больницы или в сторонние медучреждения.

Благодаря использованию современных технологий и активному их внедрению поток пациентов структур, увеличивается скорость и качество диагностики.

3. Открытое признание проблем. Мы не делаем вид, что все идеально. Мы видим ошибки, открыто о них говорим и непрерывными, но небольшими шагами стараемся их исправить. Для того, чтобы более четко иметь представление о настоящей картине происходящего на сайте Клиники БГМУ имеется раздел «Отзывы», который регулярно обновляется.

4. Самосовершенствование. Принцип заключается в приучении самого себя определяться с вопросами, ответственность за которые лежит лично на тебе, а не с теми, за которые отвечают другие сотрудники, и в решении в первую очередь собственных задач.

Для этого проводятся различные мастер-классы, семинары. Например, в рамках специализированной выставки-форума «60 плюс. Здоровье и долголетие» 3 октября 2019 года на базе выставочного комплекса «ВДНХ ЭКСПО Уфа» была проведена Региональная научно-образовательная сессия «Амбулаторный прием» «ТЕРАПЕВТ НАШЕГО ВРЕМЕНИ», где целевая аудитория - врачи общей практики, терапевты.[2]

В конференц-зале санатория "Якты-Куль" в субботу 6 июля 2019г., состоялся выездной семинар "Нейродегенеративные заболевания: методы диагностики, клинические исходы".[2]

Вывод. В результате исследования нами было выявлено, что в Клинике БГМУ внедрены принципы системы Кайдзен, что значительно оптимизирует работу в больнице: созданы комфортные условия для пациентов, благодаря новейшим внедрениям увеличена скорость и качество диагностики, а также на постоянной основе проходит обучение специалистов.

#### **Список литературы**

1. Масааки Имаи Гемба кайдзен. Путь к снижению затрат и повышению качества; Альпина Паблишер – Москва, 2014.- 435с.
2. Официальный сайт Клиники БГМУ <http://kbgmu.ru/>

©Knyazeva L.V., Komarova O.A., 2019

Лобкова Е.В. , Колесников В.А.

## ПОДРОСТКОВЫЙ БУЛЛИНГ

Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)

**Резюме:** Несмотря на распространенность проблемы буллинга в современном обществе, данная тема все же недостаточна изучена современной российской наукой. Актуальность данной проблемы заключается в необходимости противодействия буллингу в детском и подростковом коллективах в целях нормального формирования личностей указанных групп. В работе рассмотрены понятие, виды, причины, обозначены участники буллинга.

**Ключевые слова:** буллинг, травля, насилие, жертва, преследователь, свидетель, подросток, образовательная среда.

Lobkova E.V., Kolesnikov V.A.

## TEENAGE BULLYING

Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)

**Abstract:** Despite the prevalence of the problem of bullying in modern society, this topic is still insufficiently studied by modern Russian science. The relevance of this problem is the need to counteract bullying in children's and adolescent groups in order to normal formation of individuals of these groups. The paper deals with the concept, types, causes, identified the participants of bullying.

**Keywords:** bullying, bullying, violence, victim, Stalker, witness, teenager, educational environment.

Буллинг (травля) – актуальная проблема современного общества. С ней может столкнуться каждый и, в зависимости от характера самого человека, оказать на него негативное влияние, связанное с чувствами страха, стыда, переживания, отчаяния, ненависти.

Взаимоотношения в школе являются неотъемлемой частью жизни каждого подростка, частью его социального развития. Столкновение с буллингом сказывается на эмоциональном состоянии подростка. Его переживания напрямую зависят от взаимоотношений со сверстниками [3, 28].

По мнению Петросянц, буллинг – специфический тип деструктивного поведения, проявляющийся в форме психологического или физического воздействия на другого человека[4, 43] .

Наиболее часто с буллингом сталкиваются подростки, на них же он оказывает наиболее

сильное влияние, что обусловлено неокончательно сформированной психикой молодых людей. Влияние буллинга на подростков оказывает серьезное влияние на их положение в обществе, нормальное развитие и может являться причиной суицидальных мыслей.

Буллинг заключается в целенаправленной агрессии, связанной с неравным положением сил участников конфликта. Понятие «буллинга» пришло к нам из-за рубежа, однако уже сейчас в России эта тема активно обсуждается и исследуется.

Современными психологами буллинг подразделяется на два вида – прямой и косвенный. Прямой буллинг связан непосредственно с оскорблениями, побоями, отбиранием денег и т. д. Косвенный же буллинг подразумевает различного рода манипуляции, распространение слухов, объявление бойкотов и пр.

По статистике, мальчики чаще попадают под прямой буллинг, а девочки – под косвенный.

С появлением Интернета появился так называемый кибербуллинг – травля посредством социальных сетей [7, 94], электронной почты, смс [1, 89].

По данным 2016 года в России 71,2 % школьников сталкиваются с буллингом. Наиболее популярным при этом является травля посредством социальных сетей.

Среди участников буллинга выделяют роли жертвы, преследователя и свидетеля. При этом один и тот же человек может одновременно выступать в нескольких ролях [8].

Обладатель каждой роли имеет определенный набор качеств, определенные свойства характера, имеющие важное значение для освоения конкретной роли.

Жертва характеризуется низкой самооценкой, зажатостью, низкой физической силой, отсутствием коммуникативности. Часто с травлей сталкиваются дети, страдающие нарушением веса, а также другими заболеваниями, влияющими на внешность.

Преследователь зачастую обладает развитой физической силой, агрессивностью, склонностью к самовыражению, импульсивности. Мотивы буллинга при этом могут быть материальные (деньги, ценные вещи) и психологические (социальный статус).

Свидетели являются сторонними наблюдателями. Зачастую они испытывают чувство жалости к жертве, однако не совершают действий по прекращению конфликта [9]. Свидетели обладают важной ролью в профилактике буллинга – именно своей положительной реакцией на травлю они способствуют продолжению травли [2, 26].

Основные факторы возникновения буллинга являются:

- 1) индивидуальные (агрессия, конформность);
- 2) групповые (антисоциальная деятельность, несформированность ценностей, отсутствие самоопределения, неблагоприятный климат в коллективе)

Причины буллинга различны. В современном обществе подростки разучились

общаться со своими сверстниками, отстаивать свою точку зрения, в их поведении появилась жестокость по отношению к сверстникам, жестокость, насмешки и т. д. Все это является причиной деструктивности личности, склонности к суициду.

Свое влияние оказывают как индивидуальные особенности личности, так и особенности среды. Семья имеет значительное влияние на формирование склонности к травле: домашнее насилие, иное жестокое отношение, гиперопека негативно сказываются на личности ребенка и могут стать причиной принятия той или иной роли в буллинге [6].

Важными субъектами развития детей и подростков, несомненно, являются педагоги. Нельзя исключить и роль средств массовой информации на формирование негативных черт личности детей и подростков.

По статистическим данным от 25 до 75 % российских подростков имеют опыт участия в буллинге, 13 % когда-либо были в роли жертвы, 20 % – в роли агрессора, причем в крупных городах уровень буллинга выше [5, 39].

Стоит сделать вывод о том, что изучение буллинга должно основываться на изучении причин, целей, а также психологических особенностей участников буллинга. Психологам и педагогам необходимо серьезно подойти к изучению данной проблемы и разработке методик психологической помощи детям и подросткам, задействованным в процессе буллинга.

#### **Список литературы**

1. Асянова С.Р., Храмова К.В. Психолого-педагогические методы профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 1 (83). С. 81-86.
2. Бочавер А. А., Хломов К. Д. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий // Психология. Журнал ВШЭ. 2014. № 3.
3. Гарифуллин И.Р. Криминалистическая характеристика убийств, совершенных с особой жестокостью несовершеннолетними // В сборнике: Криминалистические проблемы эффективности борьбы с преступностью и иными правонарушениями среди молодежи. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Л.Л. Каневского. 2019. С. 122-125.
4. Демьянов Ю. Г. Катамнестические данные об участниках буллинга // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. № 2.
5. Жарова Д. В., Терех Е. Ю. Психологические особенности подросткового буллинга // Ped.Rev.. 2018. № 1.
6. Петросянц В. Р. Проблема буллинга в современной образовательной среде // Вестник ТГПУ. 2011. № 6.
7. Соловьёв Д. Н. Модель профилактики буллинга среди школьников подросткового



возраста // Вестник евразийской науки. 2014. № 3 (22).

8. Ташкент Н.А., Харисова А.З. Психологическая служба в системе занятости населения как новый уровень взаимодействия на рынке труда: гендерный аспект // Психологические и социологические исследования проблем современного управления: Материалы Всероссийской научно- практической конференции. – Уфа: РИО БАГСУ, 2008. – С. 215-220.

9. Харисова З.И. Актуальные проблемы деятельности правоохранительных органов по противодействию преступности в глобальной сети Интернет / Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 3 (85), – Уфа, Уфимский ЮИ МВД России, 2019. – С. 92-98.

©Лобкова Е.В. , Колесников В.А., 2019

**Исхаков Э.Р., Кутлугаллямов А.И.**

## **РЕАКЦИЯ НА ФРУСТРАЦИЮ У СОТРУДНИКОВ ОВД**

**Уфимский юридический институт МВД России, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье представлен анализ психологических особенностей деятельности полицейского, понятия фрустрации и нервно-психической устойчивости. Анализируются результаты изучения фрустрации и нервно-психической устойчивости.

**Ключевые слова:** фрустрация, реакция на фрустрацию, нервно-психическая устойчивость, сотрудники отдела внутренних дел.

**Iskhakov E.R., Kutlugallyamov A.I.**

## **THE REACTION TO THE FRUSTRATION OF POLICE OFFICERS**

**Ufa law Institute of the Ministry of internal Affairs of Russia, Russia (Ufa)**

**Abstract:** the article presents an analysis of the psychological characteristics of the police, the concept of frustration and neuropsychiatric stability. The results of the study of frustration and neuropsychiatric stability are analyzed.

**Keywords:** frustration, reaction to frustration, neuropsychiatric stability, employees of the Department of internal Affairs.

В современной психологии фрустрация ориентируется как психическое состояние, образующееся в ситуации реальной или же допускаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей [1].

Фрустрация проявляется в ситуации, которая воспринимается субъектом как опасность удовлетворению той или иной его потребности. Она имеет место быть в ряде психологических процессов, таких как разочарование, беспокойство, недовольство, в том числе и отчаяние. Как и разочарование, фрустрация проявляется при недоступности некоего ожидаемого и желанного итога, в состоянии фрустрации люди всё еще продолжают борьбу за получение желанного, в том числе и в случае если не понимают буквально, что нужно сделать для достижения определенного результата [2].

Актуальность данной работы состоит в том, что сотрудники органов внутренних дел, в силу особенностей своей работы, нередко сталкиваются со стрессовыми ситуациями, что влечёт за собой состояния фрустрации.

Деятельность сотрудников ОВД характеризуется такими ситуациями, которые выделяются наличием в них факторов, которые мощно воздействуют на людей и их деятельность, называемых экстремальными. В последние годы все больше замечают тенденцию экстремальности службы в ОВД, связанная с задержанием преступников,

освобождением заложников, применением оружия, обеспечением правопорядка при массовых мероприятиях, стихийных бедствиях и чрезвычайных обстановках.

Результаты комплексных исследований специалистов в области психологии выяснили, что такие факторы, как ненормированный рабочий день, постоянный контакт с асоциальными элементами, истощают резервы организма. Это определяет высочайшие требования к психологической подготовке личности сотрудников ОВД, их стрессоустойчивости и психической готовности к работе в экстремальных ситуациях [3].

Следовательно, долговременное влияние стрессогенных факторов, присутствие постоянной витальной опасности для жизни, высочайшая возможность смерти или же ранения, травматизации предъявляют высокие требования не только лишь к уровню профессиональной подготовленности, но и к эмоциональным качествам личности, обуславливающим эмоциональную готовность к деятельности в экстремальных ситуациях [4].

Особое место занимает психологическая устойчивость сотрудников ОВД - как фундаменту профессиональной готовности к выполнению работы в экстремальных ситуациях оперативно-служебной деятельности. Под психологической устойчивостью понимается способность человека при помощи саморегуляции и самоуправления противостоять отрицательным факторам (в т. ч. экстремальным), не снижая продуктивности работы и не нанося вреда собственному здоровью [5; 6].

Сотрудник правоохранительных органов (патрульно-постовая служба полиции, оперативные сотрудники и т. д.) как никто иной чаще попадает в трудные и иногда критические ситуации в повседневной служебной деятельности, оказывающие стрессогенное влияние на психику служащего.

Вследствие этого психологическая подготовка сотрудников в учебном заведении МВД должна быть направлена на формирование устойчивости к:

–негативным факторам оперативно-служебной деятельности: напряженности, ответственности, риску, угрозе, недостатку времени, неопределенности, неожиданности;

–факторам, сильно воздействующим на психику: виду крови, трупа, телесных повреждений;

–ситуациям противостояния: умение эмоционально бороться с лицами, противодействующими предупреждению, раскрытию и расследованию правонарушений, противостоять психологическому давлению, манипулированию со стороны, как законопослушных граждан, так и правонарушителей; не поддаваться на провокации;

–конфликтным ситуациям с служебной деятельности: умение изучить внутренние предпосылки инцидента, разобраться в закономерностях их проявления, протекания и

методиках разрешения конфликтных обстановок: оскорбление и насилие над личностью, хулиганство, грабеж, убийство, противодействие представителю власти, вербальная и физическая агрессия; умение обладать собой в психологически напряженных, конфликтных, провоцирующих ситуациях.

Нередкое присутствие в небезопасных, а временами и угрожающих жизни обстановках требует от данных лиц умения обладать собой, правильно оценивать сложные ситуации и принимать в связи с этим правильные решения, которые приводят к правильному выполнению установленных задач и уменьшению чрезвычайных происшествий и срывов профессиональной работы личного состава органов внутренних дел.

Неумение работника регулировать психическое положение и воздействия приводят к отрицательным, а нередко и неутешительным результатам как для него самого, так и для общества. Неумение регулировать свое поведение понижает способность социально психологической адаптации личности к отрицательным условиям среды и считается серьезной помехой в реализации возможностей.

На сотрудников органов внутренних дел каждый день оказывают влияние всевозможные факторы, нередко имеющие стрессовый характер, что в свою очередь имеет возможность привести к появлению вялости, переутомления, появлению всевозможных негативных психологических состояний, к расстройствам профессионально-служебной работы.

В современном гражданском обществе работнику органов внутренних дел важна не только высокая профессиональная подготовленность, но и устойчивые морально-психологические качества, готовность противостоять воздействию факторов профессиональной деформации, но эта проблема не может быть рассмотрена обособленно от не менее важной проблемы – воздействие деятельности сотрудника на него самого.

Профессиональная деформация личности работника ОВД представляет собой перемену профессиональных возможностей и личности работника в асоциальную сторону, образующееся в результате неблагоприятных особенностей содержания, организации и условий деятельности сотрудника ОВД.

Причинами риска профессиональной деформации могут быть:

- неустойчивость индивидуально-психологических особенностей;
- степень адаптированности к профессиональной деятельности;
- проявления психологических защит;
- поведенческие отклонения;
- нарушения самоконтроля и саморегуляции;
- сужение когнитивной сферы;

- особенности умственной сферы;
- сниженная толерантность к чувственным нагрузкам;
- воплощенная чувственная напряженность;
- несформированность моральнопсихологических образований в структуре личности и несформированность отношений к соблюдению нравственных общепризнанных мер.

Особенности личности хорошо деформированного работника проявляются по-разному и во многих сочетаниях, но в результате их становление приводит к профессиональной бесполезности предоставленного работника или же (в худшем случае) к нарушению им закона или же безнравственному поведению.

Можно выделить основные характеристики профессиональной деформации:

1. Первостепенное отношение к объекту служебной деятельности – гражданину или же обществу, которые выступают во всевозможных официальных юридических ролях.

2. Произвольно-субъективная интерпретация законопослушного поведения и нормативной регламентации государственной службы. Ее эмпирические проявления.

3. Перенос манеры общения, отдельных профессиональных приемов и методов на внеслужебные сферы.

Проведенный анализ работы по выполнению служебных задач работниками правоохранительных органов выделил надобность улучшения способов формирования психической стойкости к фрустрирующему и стрессогенному влиянию экстремальных обстановок профессиональной деятельности.

### **Список литературы**

1. Асянова С.Р. Психологические аспекты применения методов саморегуляции в деятельности сотрудников подразделений государственной защиты. Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2018. № 1. С. 109-112.
2. Вайнштейн Л.А. Психология управления: учебное пособие / Л.А. Вайнштейн, И.В. Гулис. - Минск: Вышэйшая школа, 2018. - 382 с.
3. Исхаков Э.Р., Мансурова З.Р. Проблемы оказания медицинской помощи сотрудниками полиции лицам, подлежащим государственной защите // Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2017. № 4. С. 41-44.
4. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психологических состояний. Вопросы психологии: Ред. А.А. Смирнов, В.Н. Колбановский. – 1967. – №6 ноябрь-декабрь 1967. – с. 118-130.

5. Мансурова З.Р. Посттравматические стрессовые расстройства у сотрудников полиции и методы психологической профилактики // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2017. № 2. С. 77-80.
6. Психология мотивации и эмоции / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Филикман. - М.: АСТ: Астрель, 2009. - 704 с.
7. Храмова К.В. Самосознание личности в обществе риска. Автореферат дис. ... доктора философских наук / Башкир. гос. ун-т. Уфа, 2014.

©Исхаков Э.Р., Кутлугаллямов А.И., 2019

Абдрашитов Ю.Ф.

## РОЛЬ ЛОГИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО МЫШЛЕНИЯ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме:** в статье рассматривается влияние изучения логики на формирование правильного и здорового мышления.

**Ключевые слова:** логика, логические методы, здоровое мышление, логическая культура мышления.

Abdrashitov Y.F.

## THE ROLE OF LOGIC IN THE FORMATION OF HEALTHY THINKING

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** The article discusses the impact of the study of logic on the formation of proper and healthy thinking.

**Keywords:** logics, logical methods, healthy thinking, logical thinking culture.

Актуальность. Одной из основных проблем современного образования является проблема повышения уровня культуры мышления. Решение этой проблемы тесно связано с формированием логической культуры мышления. Она развивается в процессе познания, самостоятельного творческого мышления, при усвоении методов и приемов доказательного рассуждения, в чем немалую роль играет обучение.

Цель работы заключается в том, чтобы рассмотреть механизм влияния логики на формирование правильного мышления.

Материалы и методы. Современная система образования предоставляет многочисленные материалы для исследования данного феномена. В ходе исследования применялись логические методы и приемы, системный метод и др.

Результаты и обсуждения. Данное исследование привело к получению следующих результатов.

Роль изучения логики в интеллектуальном развитии личности и формировании правильного и здорового мышления велика, но не абсолютна. Интеллект или ум – это способность человека мыслить. Ум проявляется как разум и рассудок. Рассудок в отличие от разума не направлен на реальность и представляет собой процесс образования понятий, суждений, умозаключений. Он перерабатывает информацию по логическим схемам.

Исходная информация для рассудка может быть получена с помощью эмпирического исследования, интуиции, изучения накопленных знаний и т.п. Переработка информации рассудком обычно протекает в форме рассуждения, то есть, цепочки взаимосвязанных

выводов (умозаключений). Основная ценность формальной логики в том, что из истинной информации с помощью правильно построенных дедуктивных выводов можно получить новую истинную информацию о действительности, не обращая при этом к самой действительности, а только за счет переработки информации средствами формальной логики.

Логические схемы являются врожденными. Они, возможно, представляют собой программу переработки информации, установленную Богом в душе человека. Наука логика исследует эту программу, а логика в качестве учебной дисциплины направлена на четкое осознание учащимися этой программы и выработку навыков и умений ее осознанного применения.

Поскольку логические схемы являются врожденными, постольку, казалось бы, нет необходимости в создании логики как науки и логики как учебной дисциплины. Однако, эти схемы обычно слабо осознаваемы.

Только средствами логики можно решить, как правило, относительно простые проблемы. В других случаях без интуиции, как показывает история науки, многие открытия были бы невозможны.

Здесь мы видим некоторые ограничения применения логики:

1. Наши знания в сфере логики не абсолютны;
2. У каждого человека бывают какие-либо ошибки в процессе мышления;
3. Далеко не всегда у человека есть информация о проблеме в объеме достаточном для ее решения только средствами логики.

Если бы деятельность интеллекта исчерпывалась формальной логикой, то ее преподавание полностью решало бы проблему интеллектуального развития личности в его, так сказать инструментальном аспекте. Но, если считать, что интеллект или ум проявляется как разум и рассудок, то возникают следующие вопросы. По распространенной в философии точке зрения формальная логика относится к деятельности рассудка и не относится к деятельности разума. Возможно, что предмет формальной логики как науки не исчерпывает полностью деятельности рассудка. Получается, что преподавание и самостоятельное изучение формальной логики, как минимум, способствует значительному развитию рассудка.

В качестве логики разума в советское время сторонниками марксистско-ленинской философии предлагалась так называемая диалектическая логика. Однако в сфере науки, в том числе в логике, диалектическая логика не прижилась. Будучи не в состоянии адекватно описать принципиально различные по отношению друг к другу явления действительности и,



допуская при этом описании логические противоречия (противоречия между суждениями) диалектическая логика показала свою нежизнеспособность в качестве инструмента науки.

Теперь рассмотрим вопрос о роли изучения логики в нравственном становлении личности. Этот вопрос, пожалуй, наиболее сложен. Логика представляет собой инструмент переработки информации. Но как человек будет применять этот инструмент, зависит от него самого. То есть, логика выступает в качестве одного из средств достижения какой-либо цели. Цели же ставит сам человек, исходя из представлений о ценностях и нормах, которых он придерживается.

Если человек стремится быть нравственным, то он будет стараться выполнять свои обязанности правильно. Изучение логики поможет ему снизить количество ошибок в мышлении и соответственно в деятельности. Если человек успешно выполнит свои обязанности, то у него будет чувство выполненного долга, моральное удовлетворение и, возможно он получит материальное вознаграждение, а также карьерный рост. Это в свою очередь может способствовать тому, чтобы и в дальнейшем выполнять свои обязанности не хуже, а может быть даже и лучше. Однако, здесь является важным, что из перечисленного является основным мотивом для успешного выполнения своих обязанностей. Для тех людей, которые определили, что нравственность является для них ценностью, может быть открывается возможность понять ценность логики, в качестве одного из средств успешного выполнения своего долга.

Интеллектуальное развитие в целом нормализуется с помощью духовно-нравственного развития. Кроме того, духовно-нравственное развитие способствует применению ума, научных и других знаний для достижения благородных целей благородными средствами.

Изучение логики в немалой степени способствует становлению самосознания, интеллектуальному развитию личности, формированию у нее научного мировоззрения. Овладение логическими знаниями поможет студентам в процессе овладения информацией, с которой они встретятся при изучении различных наук и в профессиональной деятельности. Логика имеет большое значение для студентов, обучающихся по медицинским специальностям. Она поможет правильно поставить диагноз, выявить причины и/или причины заболевания и т.п. В ходе дальнейшего самообразования, логика поможет им отделять главное от второстепенного, критически воспринимать информацию, подбирать формы доказательства своих истинных суждений и формы опровержения ложных и т.д.

Для успешного использования логического арсенала нужно в совершенстве им владеть. И тут нет иного пути кроме глубокого и вдумчивого изучения логики - освоения определенной суммы логических знаний, выработки соответствующих логических умений и навыков.

Конечной целью изучения логики является умение применять ее правила и законы в процессе мышления. Поэтому рекомендуется использовать получаемые логические знания в дискуссиях, при написании курсовых работ, изучении других дисциплин, при составлении деловых бумаг и т.д. Здесь ситуация сходна с изучением иностранного языка. Для того чтобы активно овладеть выражением иностранного языка, его нужно употребить (прочитать, написать, произнести) человеку со средними способностями к языкам до 80 раз. Навыки применения приемов логики вырабатываются, в числе прочего, и при решении задач. Поэтому рекомендуется сразу после изучения той или иной темы, того или иного раздела теоретического курса выполнять соответствующие упражнения.

Умение применять логические приемы имеет значение и при самостоятельной работе с литературой. Самыми подходящими упражнениями, развивающими навыки самостоятельной работы с литературой, являются следующие:

1) прочитать (повторить про себя) изученную на занятии статью, припомнить (и записать) главную мысль статьи, план статьи, краткое выражение каждой части статьи (краткий, но связный рассказ), подробное изложение содержания всей статьи. Выполняя это упражнение, студент приучается обозревать содержание целой статьи - от общего (главной мысли) к частному (части статьи, краткое и полное выражение содержания статьи) и, укрепив в себе это умение, он применит его потом и при самостоятельном чтении;

2) сделать извлечение однородного содержания из нескольких статей и составить из этих извлечений одно связное целое. Повторить ряд прочитанных статей и найти, в чем эти статьи сходны между собой и чем различаются. Это упражнение приучает студентов соединять однородное, комбинировать воспринятое, сравнивать, обобщать и т.п.;

3) самостоятельно прочитать указанную преподавателем новую статью, разделить ее на части, определить (кратко) содержание каждой части и главную мысль всей статьи, кратко и подробно передать содержание всей статьи. Это упражнение служит прямым переходом к вполне самостоятельному чтению и должно занять в общей системе занятий особое место, особенно в период подготовки к написанию курсовой, а далее и дипломной работы.

Все эти упражнения развивают у учеников основные логические приемы: сравнение, анализ и синтез, абстрагирование и обобщение.

В группе методов стимулирования и мотивации учебной деятельности роль логических методов реализуется, например, в дискуссиях, где важно умение доказывать и опровергать, мгновенно проанализировать позицию противника и сформулировать главное, оценить, обобщить и т.д. Имплицитно логические приемы присутствуют в тех дидактических играх, в которых сравнению, доказательству, оценке, обобщениям отводится важная роль.

Тесно сочетаются логические методы обучения и с методами контроля и коррекции. Применяем ли мы обычный устный или письменный контроль или обращаемся к текстовому, программированному контролю - везде мы встретим задания, требующие сравнения, обобщения, доказательства и т. д. Весьма важна в этом плане и роль вопроса. Логика вопросов и ответов в современной учебной литературе по логике представлена, как правило, отдельной темой.

Необходимо подчеркнуть, что логические методы и приемы приносят наибольший эффект в сочетании с другими группами методов и приемов. В практике все они нередко связаны, сочетаясь в различных вариантах, конструкциях.

Важно, чтобы изучение логики приводило не только к приобретению определенного объема знаний, но и к приобретению навыков и умений их применения в профессиональной деятельности, а также в других сферах деятельности.

Результаты данного исследования неоднократно обсуждались на различных научных конференциях и получили положительную оценку.

Выводы:

1. Логика и психиатрия показывают мышление в двух крайних состояниях, логика показывает мышление в состоянии нормы, а психиатрия - в состоянии патологии. Изучение этих двух наук важно для формирования адекватного представления о мышлении. Логика показывает, каким образом должно строиться правильное мышление и соответственно помогает выявлять ошибки в мышлении. В этом аспекте логика при оценке правильности мышления выступает в качестве эталона.

2. Правильное мышление, осуществляемое благодаря знанию логики, как науки позволяет ускорить получение необходимого знания в ходе обучения, в ходе научных исследований и др.

© Абдрашитов Ю.Ф., 2019

**Фахретдинова А.К., Попова В.А., Кахрамонов А.Б., Муминов Д.Д.**  
**СТАТИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ (ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ),**  
**ДЕФОРМАЦИЙ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ**  
**У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В данной статье проведен анализ официальных статистических данных о заболеваемости детского населения Российской Федерации врожденными аномалиями за период 2000 – 2017 гг. Использованный графический метод наглядно показывает тенденцию роста частоты встречаемости указанных патологий среди новорожденных. Сведения о заболеваемости пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями рекомендуется брать в основу федеральных проектов, направленных на предупреждение неинфекционных заболеваний среди детей.

**Ключевые слова:** статистика заболеваемости, врожденные аномалии, детское население.

**Fakhretdinova A.K., Popova V.A., Kahramonov A.B., Muminov D.D.**  
**STATISTICS OF CONGENITAL ANOMALIES (DEVELOPMENT DISORDERS),**  
**DEFORMATIONS, AND CHROMOSOMAL DISORDERS**  
**IN CHILDREN IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** This article analyzes the official statistics on the incidence of the child population of the Russian Federation with congenital anomalies for the period 2000 - 2017. The used graphic method clearly shows the tendency of growth of frequency of occurrence of the specified pathologies among newborns. Information on the incidence of malformations, deformations, and chromosomal abnormalities is recommended to be taken as the basis for federal projects aimed at preventing non-infectious diseases among children.

**Key words:** morbidity statistics, congenital anomalies, child population.

**Актуальность.** Научно-обоснованные знания о распространенности, динамике выявления и структуре врожденных пороков развития являются весьма актуальной проблемой и имеют как практическое, так и научное значение. Статистика и учет данных позволит обратить внимание общественности к этому вопросу, разработать меры для снижения уровня заболеваемости детского населения врожденными аномалиями, среди которых можно отметить наиболее важные: обеспечение полноценного обследования потенциальных родителей на предмет врожденных заболеваний и возможных патологий

будущего плода; расширение сети перинатальных центров с возможностями оказания оптимальной помощи тяжелобольным и крайне незрелым недоношенным детям; усиленное внимание к регионам с наиболее неблагоприятной ситуацией.

Цель исследования. Изучить статистику и характер распределения по годам (2000-2017) врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений у детей в России. Составить графики, иллюстрирующие тенденцию распространения указанных патологий, а также провести параллели между пиками заболеваемости и социально-демографическими процессами.

Материалы и методы. Рассмотрим статистику заболеваемости с 2000 по 2017 год, где в скобках будут приведены данные количества заболевших. Анализ графика демонстрирует тенденцию к распространению врожденных аномалий (пороков развития). Резкий скачок заболеваемости наблюдается с 2001 (211 тыс. человек) по 2002 (241 тыс. человек) годы.

С 2002 по 2008 (295 тыс. человек) год регистрируется рост показателей.

С 2008 по 2013 (298 тыс. человек) год отмечается стабильно высокая заболеваемость. 2014 год характеризуется максимальной долей заболевших - 307 тыс. человек [3].

Распространение врожденных нарушений умственного и физического развития детей может быть соотнесено с разными причинами, но основными являются: неблагоприятные экологические условия, различные вредные пищевые добавки, попадающие в ежедневный рацион, стрессовые факторы, курение табачных изделий, злоупотребление алкогольной продукцией и наркотическими веществами, а также ряд других факторов.

Данная категория заболеваемости была выбрана не случайно. Дело в том, что согласно анализу заболеваемости, врожденными пороками развития по РФ, Приволжский Федеральный округ занимает 1 место. За 2017 год на 100 тысяч детского населения приходится 1467,3 тысяч заболевших. Показатели Республики Башкортостан – 557,0 тысяч.

Если рассматривать статистические данные по младенческой смертности по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, то для Российской Федерации ситуация следующая: с 2005 по 2016 гг. наблюдается снижение данных показателей. Если в 2005 году по рассматриваемым причинам умерло 3948 детей до 1 года, то в 2016 году эта цифра равна 2550 [5; 25]. Таким образом, можно заключить, что чаще всего именно медицинское вмешательство продлевает жизнь маленьким пациентам с такими неутешительными диагнозами. Как отмечают эксперты Всемирной организации здравоохранения, около 40% случаев детских смертей до 5 лет приходится на долю новорожденных и грудных детей. В развивающихся странах около половины рожениц и их новорожденных детей не получают вовремя квалифицированную медицинскую помощь.

Однако до 2/3 случаев смерти новорожденных можно предотвратить при использовании эффективных мер, направленных на охрану здоровья [4].

Результаты и обсуждения. Огромное значение в мониторинге частоты врожденных аномалий имеет выявление причин их развития. На сегодняшний день основополагающим фактором их развития является дегенерирующая экологическая обстановка. Республика Башкортостан – это регион с развитой химической, металлургической, горнодобывающей, нефтеперерабатывающей промышленностью. К сожалению, экстенсивное направление человеческой деятельности в освоении окружающей среды, несоблюдение норм добычи и переработки полезных ископаемых, истощение невозполнимых ресурсов оказывает вред и самим людям. На сегодняшний день проведено большое количество исследований, доказывающих влияние химических веществ, которые содержатся в промышленных выбросах, на репродуктивное здоровье населения. Например, эндокринных деструкторов или гормоноподобных ксенобиотиков (ГМК), в выбросах нефтехимической и нефтеперерабатывающей промышленности [6]. Развитие врожденных аномалий является одним из результатов такого влияния. Поэтому для Республики Башкортостан исследования в данном направлении являются необходимыми для предотвращения экологически обусловленных заболеваний.

Для более подробного изучения вопроса мы обратились к частоте конкретных врожденных аномалий и выявили следующие тенденции, в период с 2006 по 2012 год, в скобках будет указана средневзвешенная частота. Самыми распространенными заболеваниями являются гипоспадия (1,21), Синдром Дауна (1,12), расщелина губы с или без расщелины неба (0,67) [5]

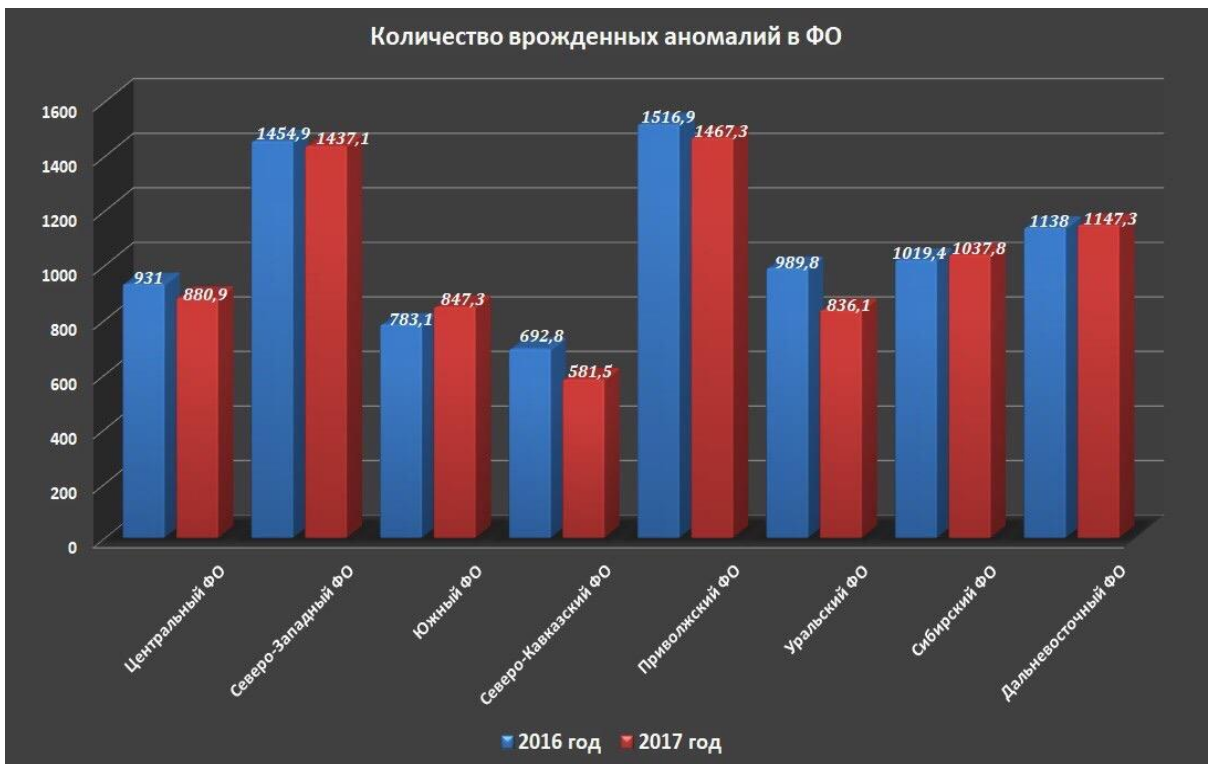
Таблица 1. Частоты ВПР по данным российского регистра.

Вид порока	Диапазон	Средневзвешенная частота
Спинномозговая грыжа	0,09—0,91	0,39
Энцефалоцеле	0,0—0,21	0,06
Гидроцефалия	0,11—1,13	0,44
Микротия/анотия	0,0—0,22	0,07
Микрофтальм/анофтальм	0,0—0,20	0,02
Транспозиция крупных сосудов	0,00—0,49	0,18
Гипоплазия левого сердца	0,0—0,35	0,11
Расщелина неба	0,22—0,72	0,41
Расщелина губы с или без расщелины неба	0,27—1,29	0,67

Атрезия пищевода	0,08—0,54	0,19
Атрезия ануса	0,04—0,61	0,17
Агенезия почек	0,0—0,16	0,05
Гипоспадия	0,28—2,61 1,21	1,21
Эписпадия	0,0—0,06	0,01
Экстрофия мочевого пузыря	0,0—0,10	0,02
Редукционные пороки конечностей	0,11—0,68	0,30
Диафрагмальная грыжа	0,0—0,44	0,19
Омфалоцеле	0,0—0,38	0,12
Гастрошизис	0,0—0,64	0,20
Синдром Дауна	0,55—2,05	1,12
Анэнцефалия	0,00—0,92	0,20

В графике приведены данные по числу всех зарегистрированных врожденных аномалий за 2000-2017 гг. в РФ. Картина неутешительная, с 2000 года число детей с врожденными аномалиями к 2017 году выросло на 35,5%. Незначительное снижение количества больных наблюдалось с 2002 по 2003 год. Возникновение у детей нарушений с врожденными аномалиями связано не только с плохой экологией, но и ещё с наличием различных наследственных заболеваний в ряду поколений ребенка. [3]

Заключение и вывод. Таким образом, статистика врожденных пороков развития у новорожденных свидетельствует о высокой потребности детей с аномалиями развития в специализированной помощи. В настоящее время не может не вызывать беспокойства чрезвычайно высокая распространенность среди детей перинатальных повреждений всех систем организма, особенно ЦНС. Перинатальная патология во многом обуславливает формирование инвалидизации и снижения качества жизни детей. Эффективные меры борьбы с врожденными пороками развития невозможны без знания ситуации в отношении их распространённости, поэтому данная статья является важной предпосылкой для развития программ здравоохранения по предупреждению младенческой смертности (поскольку врожденные патологии являются одной из основных причин данного явления) и детской инвалидизации.





### Список литературы

1. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006—2012 гг.) Н.С. Демикова, А.С. Лапина, М.А. Подольная, Б.А. Кобринский. Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/view/100#> (дата обращения 28.09.2019).
2. Заболеваемость детского населения России (0 – 14 лет) в 2017 году. Статистические материалы. Часть V. Москва, 2018 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 28.09.2019).
3. Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000 - 2017 гг. (Данные Минздрава России, расчет Росстата) // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 28.09.2019).
4. Здоровье новорожденных // Глобальный веб-сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/ru/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/ru/) (дата обращения 28.09.2019).
5. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./ Росстат. – М., 2017. – 170 с.
6. Никитин А.И. Вредные факторы среды и репродуктивная система человека (ответственность перед будущими поколениями. - СПб: ЭЛБИ-СПб; 2005. – 215 с.

© Фахретдинова А.К., Попова В.А., Кахрамонов А.Б., Муминов Д.Д., 2019

Фаизова Л.А.

**МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:  
ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** Данная работа посвящена изучению конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения с учетом специфики, существенных особенностей и отличий от других учреждений, а также методам регулирования возникающих конфликтов.

Проблематика конфликтов в медицине и пути их решения недостаточно исследована в отечественной практике. Объективной необходимостью становится изучение мотивов и причин возникновения конфликтов в лечебных учреждениях в связи с влиянием на качество оказываемых пациенту медицинских услуг. Снижение уровня конфликтности в здравоохранении является одним из важных средств повышения эффективности работы системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** межличностные конфликты, конфликты в сфере здравоохранения, конфликтогены, характер, акцентуация характера.

Faizova L.A.

**INTERPERSONAL CONFLICT IN HEALTH: CAUSE AND SOLUTIONS**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** This work is devoted to the study of conflict situations in the field of health care, taking into account the specifics, significant features and differences from other institutions, as well as methods of regulating emerging conflicts.

The problematic of conflicts in medicine and the ways to solve them are not sufficiently studied in Russian practice. Objective need becomes the study of the motives and causes of conflicts in hospitals in connection with the impact on the quality of medical services provided to the patient. Reducing the level of conflict in health care is one of the important means of increasing the efficiency of the health care system.

**Keywords:** interpersonal conflict, conflicts in the health sector, the contentious, character, accentuation of character.

Актуальность работы заключается в том, что конфликты и стрессовые ситуации являются неотъемлемой частью жизнедеятельности общества, в том числе и в сфере здравоохранения.

Целью данной научной работы является выявление причин межличностных конфликтов в сфере здравоохранения, возможные пути их решения, а также психологических причин конфликтности у индивидов.

Материалы и методы: в работе использовался метод опроса (опросники К. Томаса и Леонгарда-Шмишека).

Конфликтом называют явление, возникающее в результате столкновения противоположных действий, взглядов, интересов, стремлений, планов различных индивидов. Они происходят в различных сферах жизнедеятельности общества. Не является исключением и сфера здравоохранения, поскольку процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в системе «врач-пациент-общество». Субъектами, участвующими в конфликтах в сфере здравоохранения, являются работники медицинских учреждений, пациенты и их родственники, а также другие участники, входящие в сферу медицинской деятельности.

Уровень конфликтности взаимоотношений в медицинской практике зависит от таких факторов, как материально-техническая база лечебного учреждения, уровень квалификации медицинского персонала, качество и стоимость оказания услуг, оценка пациентом оказываемой медицинской помощи.

Межличностные конфликты в сфере здравоохранения могут возникнуть в сфере взаимоотношений «врач – пациент», «врач – врач», «врач – администратор»; а межгрупповые – между администрацией лечебно-профилактического учреждения и пациентом или врачом и родственниками пациента.

Большинство конфликтогенов вызваны одной из следующих причин:

<b>Причины</b>	<b>Проявление</b>
Стремление к превосходству	Снисходительное отношение
	Хвастовство
	Категоричные и запелляционные высказывания или выводы
	Навязывание своих советов или мнений
	Перебивание соперника
	Нарушение этики (преднамеренное и непреднамеренное)
	Подшучивание или напоминание о проигрышной ситуации
Агрессивность	Повышенная агрессия

	Низкий уровень агрессии
	Ситуативная агрессивность, вызванная внутриличностным конфликтом
Эгоизм	Эгоцентризм
	Меркантилизм

Для исследования психологических причин конфликтности личности мы провели опрос среди студентов первого курса ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», где в качестве респондентов выступило 30 человек, из них – 19 девушек и 11 юношей; возраст опрошенных: 18-24 года. Мы использовали опросники К. Томаса и Леонгарда-Шмишека.

Опросник «Определение способов регулирования конфликтов», разработанный К. Томасом, предназначен для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, а также для выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации. Данную методику можно использовать для изучения адаптационных и коммуникативных особенностей личности, стиля межличностного взаимодействия. В России опросник адаптирован Н.В. Гришиной.

К. Томас выделяет такие способы регулирования конфликтов, как:

- соревнование (конкуренция) – стремление достичь своих целей в ущерб другим индивидам;
- приспособление – принесение в жертву собственных интересов в пользу другого;
- компромисс – соглашение, основанное на взаимных уступках;
- избегание – отсутствие стремления к взаимодействию и к достижению собственных целей;
- сотрудничество – выбор альтернативного решения, полностью удовлетворяющего интересы обеих сторон.

Анализ результатов исследования. В ходе исследования с использованием опросника «Определение способов регулирования конфликтов» К.Томаса нами были получены ответы на вопросы, указывающие на выраженность у человека склонностей к проявлению различных форм поведения в конфликтных ситуациях.

В ходе опроса респонденты продемонстрировали следующие результаты:

- склонность к компромиссу - 11 из 30 участников опроса (36,67%);
- склонность к сотрудничеству - 10 из 30 (33,33%);
- склонность к приспособлению - 5 из 30 (16,67%);
- склонность к соперничеству - 2 из 30 (6,67%);
- склонность к избеганию конфликта - 2 из 30 (6,67%).

Таким образом, результаты опроса показали, что в исследуемой группе присутствуют 2 человека, способных создавать конфликтные ситуации и 21 - готовые к конструктивным шагам в общении.

Следующая использованная нами методика – опросник Леонгарда-Шмишека, предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Согласно К. Леонгарду, акцентуация — это "заострение" некоторых, присущих каждому человеку индивидуальных свойств. Леонгард выделил 10 типов акцентуированных личностей и разделил их на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный) [3].

Результаты исследования. В ходе проведенного опроса выяснилось, что демонстративный тип акцентуации встречается у 50% опрошенных, застревающий тип акцентуации также у 50%, имеют высокие показатели по циклоидному типу акцентуации 57%, большая часть респондентов (77%) имеет высокие баллы по шкале экзальтированного типа. Акцентуированные личности по демонстративному типу способны создавать конфликтные ситуации, но не осознавать этого. Интересен тот факт, что респонденты, склонные к соперничеству, оказались в группе акцентуированных личностей по демонстративному типу.

Выводы и заключения. Врач в своей деятельности должен учитывать наличие в коллективе акцентуированных личностей, имеющих склонности к конфликту. Выявленные в ходе исследования конфликтные личности демонстративного типа способны провоцировать поверхностные конфликты, при этом любясь своими страданиями и стойкостью. Их поведением управляют эмоции, поэтому рациональное начало выражено слабо, им с трудом дается планирование деятельности. При возникновении конфликтной ситуации необходимо взять в свои руки управление конфликтом, уделив особое внимание акцентуированным личностям, не повредив репутации своих коллег.

Таким образом, данная работа направлена на исследование зависимости выбранной стратегии поведения в конфликтных ситуациях и акцентуаций характера личности, а также способов разрешения конфликтных ситуаций с участием акцентуированных личностей.

#### **Список литературы**

1. Магомедов Г.М. Журнал «Фундаментальные исследования». Концептуальная модель управления конфликтами в организации. 2014. [Электронный ресурс]. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnaya-model-upravleniya-konfl...> (дата обращения 27.09.2019).

2. Опросник Леонгарда-Шмишека (акцентуации характера) [Электронный ресурс]. URL: [https://psychojournal.ru/tests\\_online/119-oprosnik-shmisheka-akcentuacii-haraktera.html](https://psychojournal.ru/tests_online/119-oprosnik-shmisheka-akcentuacii-haraktera.html) (дата обращения 20.09.2019).
3. Социальная психология: Учебное пособие / А.Л. Журавлев, В.А. Соснин, М.А. Красников. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Форум, 2011. - 496 с.: 60x90 1/16. - (Высшее образование). (переплет) ISBN 978-5-91134-494-8 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/26582>
4. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_129345/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129345/) (дата обращения 27.09.2019).
5. Указ Президента РФ от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_129344/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129344/) (дата обращения 27.09.2019).
6. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения 27.09.2019).
7. Федеральный закон от 27.07.2010 N 193-ФЗ "Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)" с изменениями и дополнениями, вступающими в силу с 01.09.2013 года [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_103038/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/) (дата обращения 27.09.2019).

© Фаизова Л.А., 2019

Хабилова А.И., Чикурова Е.С.

## ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ РЕЛИГИЙ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме.** В современном мире проблема эвтаназии стала одной из самых обсуждаемых. Мы решили провести исследование, чтобы выяснить отношение религий разных народов на эту тему. В данной публикации рассматривается проблема эвтаназии, с позиций представителей традиционных религий.

**Ключевые слова:** эвтаназия, традиционные религии, церковь, медицина, христианство, ислам.

Khabilova A.I., Chikurova E.S.

## THE PROBLEM OF EUTHANASIA, FROM THE POINT OF VIEW OF TRADITIONAL RELIGIONS

Bashkir state medical University, Russia (Ufa)

**Summary.** In today's world, the problem of euthanasia has become one of the most discussed. We decided to conduct a study to find out the attitude of religions of different Nations on this topic. This publication examines the problem of euthanasia, from the perspective of representatives of traditional religions.

**Key words:** euthanasia, traditional religions, Church, medicine, Christianity, Islam.

Актуальность проблемы. Эвтаназия – это осуществляемое руками медицинских работников целенаправленное ускорение смерти больного человека. Но она не является чисто медицинской проблемой, а затрагивает все аспекты человеческого бытия. Это современная и наиболее актуальная тема многих областей жизнедеятельности общества [1]. Религия как социальный институт по-прежнему играет важную роль в обществе, поэтому мнение представителей духовенства имеет свой вес в принятии определенных решений на государственном уровне. Рассмотрим проблему эвтаназии с точки зрения традиционных религий. Представители традиционных религий по отношению к активной эвтаназии высказываются негативно, однако в каждой из них находятся представители, считающие возможным сделать некоторые оговорки. В целом, убийство из милосердия – это концепция атеистического сознания.

Цель работы. Исследование отношения религий разных народов на проблему эвтаназии.

Материалы и методы. В работе были исследованы особенности вероучения таких традиционных религий, как христианство и ислам. В качестве метода исследования мы выбрали сравнительный анализ.

Христианство в целом выступает против эвтаназии, основываясь на том, что жизнь дана Богом, рождение и смерть также находятся в руках Божьих. Поэтому один человек не имеет права забирать жизнь другого человека, даже при желании последнего. С точки зрения христианства, процесс умирания не должен прерываться, мученическая смерть – это своего рода духовный подвиг любви и милосердия, такой же, какой совершил Иисус, отказавшийся облегчить свои мучения на Голгофе принятием дающего забыть снадобья. Однако представители разных конфессий христианства различным образом высказываются по поводу допустимости эвтаназии.

Глава католической церкви, папа римский Иоанн Павел II рассматривал эвтаназию как нарушение законов Божьих; национальная конференция католических епископов в США в 1991 г. приняла резолюцию о том, что жизнь является даром, которым мы можем распоряжаться, но не имеем абсолютной власти. Однако кардинал Карло Мария Мартини, бывший архиепископ Миланский, однако, проголосовал за осуществление "права на смерть" и добровольного ухода из жизни тяжелобольных.

Русская православная церковь рассматривает эвтаназию в качестве одной из форм убийства или самоубийства, что зависит от того, какое участие в этом вопросе принимает сам пациент. Самоубийцам в таком случае не допускается церковная молитва, если только он находился в так называемом состоянии "вне ума", подтверждаемая справкой из психоневрологического диспансера.

Представители протестантских церквей, как и сами их учения, имеют больше различий во мнениях. Так, в 2005 г. советник архиепископа Кентерберийского Роузена Уильямса каноник Робин Гилл, являющийся автором книги "Эвтаназия и церкви", высказался за право больных уходить из жизни при помощи родственников. Но в целом англиканская церковь отказалась от такого смелого заявления.

Что же говорит об этом Библия? Есть однозначная Божья заповедь, очень ясно говорящая: не убивай. (Исход 20:13). Жизнь человека, созданного по образу и подобию Бога, бесценна и не может компенсироваться деньгами, или чем-то другим, поэтому всякий, «кто прольет кровь человеческую, того кровь прольется рукою человека» (Бытие 9:6).

Также в Библии повествуется о праведном человеке по имени Иов, который был испытан неизлечимой болезнью, посланной ему сатаной. Однако Иов не поддавался искушению лишиться себя жизни и получил от Бога исцеление (Иов 42:16-17).



Оправданием защитников эвтаназии является то, что нет смысла сохранять жизнь человека, если он проходит через страдания, когда у него нет шанса на исцеление, когда множество денег тратится зря. Однако цена жизни каждого человека выше, чем любая сумма денег, которая может существовать в этом мире. Не случайно Бог в Библии не принимает никакого возмещения за жизнь кроме другой жизни. Поэтому христиане считают правильным сражаться за жизнь каждого человека до конца, то есть или до того времени пока Господь не исцелит этого человека, или пока Бог не решит забрать жизнь этого человека.

Ислам также выступает против эвтаназии. Мусульмане верят, что только Аллах может решить, сколько человеку жить. "Не убивайте человека, кроме как по праву, ведь это запретил Аллах", - гласит Коран (17, 33). В Исламском кодексе медицинской этики говорится, что убийство из милосердия найдет поддержку только в атеистическом сознании, по которому после нашей земной жизни следует пустота. Следовательно, убийство для уменьшения страдания отклоняется. Также кодекс не считает необходимым искусственное поддержание жизни в теле с угасшим разумом.

Самоубийство так же, как и убийство из сострадания, в исламе недопустимы и считается в исламе и преступлением, и большим грехом. Свод мусульманских законов, шариат, перечисляет случаи, при которых убийство человека не является преступлением. Но они не включают упоминания об убийстве из милосердия или разрешение такого убийства. В исламе сама по себе человеческая жизнь - это ценность, которую нужно сохранять независимо от обстоятельств. Ислам не допускает понятия «оправдание смерти во избежание страданий».

Всевышний Аллах говорит в Коране: «Не убивайте самих себя! (совершая то, что приводит вас к этому). Воистину, Аллах Милостив к вам (запрещая вам это)» (сура «ан-Ниса», аят 29). «...Не убивайте душу (человека), которую Аллах запретил убивать, за исключением тех случаев, когда у вас (на это) есть право (например, вынесением официального судебного решения на смертную казнь, на поле битвы и т. д.). Все это завещал вам Аллах, - быть может, вы уразумете» (сура «аль-Ан'ам», аят 151). Также пророк Мухаммад предостерегал мусульман от самоубийства, говоря, что человек, лишивший себя жизни попадет в ад.

Но у боли и страдания есть и другая сторона: терпение и выносливость высоко ценятся и почитаются в исламе. Коран гласит: «Воистину, терпеливым (в богослужении и в том, что постигнет их) воздается их награда полностью безо всякого счета» (сура «аз-Зумар», аят 10).

Следовательно, христианство и ислам призывают ценить жизнь, также, как Бог ценит жизнь каждого из нас.

Теперь рассмотрим, в каких странах легализована эвтаназия людей: Бельгия и Нидерланды легализовали в 2002 году эвтаназию; в Швейцарии имеется несколько учреждений, оказывающих услуги по эвтаназии даже иностранцам; в нескольких штатах США разрешают оказание медицинской помощи в проведении самоубийства; с 2009 года «легкая смерть» узаконена в Люксембурге; в 2016 году Канада присоединилась к государствам, в которых возможно проведение ассистированной смерти. Также есть ряд стран, где эвтаназия не разрешена, но и не запрещена.

В мусульманских странах, например в Иране, эвтаназия запрещена. Законы этих государств основаны на шариате, следовательно, нормы Корана и предания о Мухаммаде широко применимы. Отдельного рассмотрения требует вопрос отключения человека от аппаратов, поддерживающих жизнь. По мнению некоторых исламских правоведов, этот вид пассивной эвтаназии допустим, но только в случае, если нет надежды на выздоровление. Тогда для облегчения своих душевных переживаний и страданий, разрешено отключить больного от устройств жизнеобеспечения.

Выводы. Прочитав данную работу, мы убедились, что отношение к эвтаназии в обществе неоднозначно: некоторые страны выступают за легализацию, но есть и те, кто категорически против. Однако ведущие религии мира указывают на одно: попытки распространения в светском обществе эвтаназии является нравственно неприемлемым.

#### **Список литературы**

1. Ахунова Г.М., Хусаинова А.Р. Отношение к эвтаназии различных областей знания // Человек, общество, образование: межвузовский сборник научных статей / отв. ред. Д.М. Азаматов. - Уфа: РИЦ БашГУ, 2014. - С. 35-37.
2. Эвтаназия в Исламе // Исламский информационный портал [Электронный ресурс]. URL: <http://islam.ru/content/veroeshenie/43035> (дата обращения 28.09.2019).
3. Эвтаназия в Христианстве // Христианская Молдова [Электронный ресурс]. URL: <https://moldovacrestina.md/ru/chto-govorit-bibliya-ob-ehvtanazii/> (дата обращения 01.10.2019).
4. Электронный Коран // LibreBook [Электронный ресурс]. URL: <https://librebook.me/quran> (дата обращения 28.09.2019).

© Хабилова А.И., Чикурова Е.С., 2019

**Мирончикова К.А., Хайретдинова Ю.М.**

## **РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ЭВТАНАЗИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В данной публикации рассматривается проблема эвтаназии, а также приводятся различные точки зрения по вопросу о ее допустимости.

**Ключевые слова:** эвтаназия, виды эвтаназии, клятва гиппократата

**Mironchikova K.A., Khairtdinova Y.M.**

## **DIFFERENT APPROACHES TO THE ISSUE OF EUTHANASIA**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary.** This publication examines the problem of euthanasia, as well as various points of view on the issue of its admissibility/

**Key words:** euthanasia, types of euthanasia, Hippocratic oath.

Актуальность проблемы. Идея эвтаназии в конце XX века становится всё более популярной. Однако Клятва Гиппократата в её традиционной форме содержит запрет на содействие уходу из жизни.

Цель работы. Исследование проблемы эвтаназии, с точки зрения различных подходов.

Материалы и методы. В работе были исследованы различные подходы к проблеме эвтаназии. В качестве методов исследования мы выбрали сравнительный анализ.

Эвтаназия является медикаментозной процедурой, представляющей собой намеренное прекращение жизни пациента по его просьбе, которое производится в случае неизлечимых заболеваний, приносящих существенные страдания, купировать которые нет возможности.

Выделяют два основных вида эвтаназии: пассивную и активную. Пассивная эвтаназия рассматривается как намеренный отказ от медицинской помощи или прекращение лечения, поддерживающей жизнь. Примером может выступать отключение от аппаратов жизнеобеспечения, отказ от кормления, от принятия поддерживающих лекарств или от операции с сомнительным исходом. Активная эвтаназия представляет собой введение больному особых препаратов (или совершение иных действий), ведущее к быстрой и безболезненной смерти. Её может осуществить как сам больной под контролем врача, так и непосредственно врач по согласию больного или его родственников.

Также различают добровольную и недобровольную эвтаназию. Первая осуществляется с помощью специального соглашения с пациентом, где выбираются методы эвтаназии (например, распространенная в США практика заранее подтвержденного документально выражения воли в случае необратимой комы). Недобровольная форма эвтаназии

предполагает случаи невозможности пациентом выразить самостоятельно свои пожелания, где решение о его уходе из жизни принимают близкие или опекуны. Обычно окончательное решение в такой ситуации должен принять врач.

В мире много сторонников и защитников различных форм эвтаназии. Рассмотрим некоторые подходы к данной проблеме.

Древнегреческий целитель Гиппократ считал, что врачи должны делать все возможное для сохранения жизни пациенту, сформулировав знаменитый принцип «не навреди». В его Клятве содержится запрет на эвтаназию: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла...»

В России эвтаназия запрещена Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Статья 45 о запрете эвтаназии гласит, что медицинским работникам запрещено «осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [4].

Однако есть ряд государств, где допускается эвтаназия.

В Нидерландах в апреле 2002 года был принят закон «О прекращении жизни по требованию и помощи в совершении самоубийства», применимый к смертельно больным пациентам с 12 лет, но для детей до 16 лет необходимо согласие их родителей. Таким образом, Нидерланды стали первой страной, легализовавшей эвтаназию. В Швейцарии также есть закон, дающий разрешение на "помощь в совершении самоубийства", если у "помогающих нет своекорыстных мотивов". В 2002 году Бельгия приняла закон «Об эвтаназии», согласно которому врачи могут совершить эвтаназию, если они лечат своих пациентов в течении длительного времени, причем последние должны быть гражданами этой страны и постоянно там проживать. Условием является безнадежное медицинское состояние больного, где испытываемые им постоянные невыносимые физические или моральные страдания невозможно облегчить. Также Бельгия стала первой страной, легализовавшей детскую эвтаназию. В США эвтаназия разрешена лишь в некоторых штатах, но в целом она остается незаконной. В Люксембурге эвтаназия и помощь в совершении суицида были разрешены с 2009 года. В данном случае упор делается на праве «врачей на свободу совести».

Далее рассмотрим отношение различных религий к проблеме эвтаназии.

Представители разных конфессий христианства по-разному относятся к проблеме эвтаназии. Если представители католической и православной церкви категорически отрицают активную эвтаназию, то деятели протестантской церкви иногда оправдывают

эвтаназию, санкционированную законом [1]. Римская Католическая Церковь позволяет с 1980 года облегчать боль у умирающих, а также воздерживаться и отменять терапию, направленную на сохранение жизни, если она мучительна и опасна. Но боль в конце жизни может иметь особое значение: она символизирует Иисуса Христа, принявшего мучительную смерть на кресте. В православии любая смерть, наступившая в результате решения человека, рассматривается как грех и вызов Богу, поэтому любое медицинское действие, не направленное на поддержание жизни, считается неэтичным. Комитет церкви по биоэтике провозгласил, что всегда существует некоторая вероятность ошибочного диагноза или чуда, из-за чего не допускается отказ от лечения. В православии допускается использование обезболивающих препаратов в дозах, не влекущих за собой смерть пациента. Следовательно, с точки зрения православной церкви, эвтаназия запрещена в любом её проявлении.

Протестантизм выступает за терапию, направленную на поддержание жизни у больного, но в случаях с отсутствием шансов на выздоровление, принимает возможность прекращения лечения. В отношении активной эвтаназии мнения протестантов расходятся: если лютеранская церковь в Германии отвергает эвтаназию, то теологи реформистской традиции в Нидерландах защищают ее.

В иудаизме активная эвтаназия запрещена, разрешено лишь обезболивание.

Исламская биоэтика как продолжение Шариата (Исламского закона), основанного на Коране, предполагает необходимость сделать все возможное для предотвращения преждевременной смерти. Тем не менее, допускается прекращение лечения в случае, если врачи уверены в неизбежности смерти и отсутствии каких-либо улучшений состояния пациента. Данное решение должно быть коллективным, принятым на основе информированного согласия, требующим консультации с семьей пациента, сотрудниками служб здравоохранения и самого лечащего врача.

Также против эвтаназии выступает ряд восточных религий, таких, как индуизм и буддизм, и эвтаназия запрещена в странах, где они распространены.

Выводы. Таким образом, большинство религиозных конфессий выступает против активной эвтаназии, но дискуссии по-прежнему ведутся. И в ряде стран сторонники активной эвтаназии уже отвоевали свои позиции у консервативно настроенных теологов.

#### **Список литературы**

1. Ахунова Г.М., Хусаинова А.Р. Отношение к эвтаназии различных областей знания // Человек, общество, образование: межвузовский сборник научных статей / отв. ред. Д.М. Азаматов. - Уфа: РИЦ БашГУ, 2014. - С. 35-37.

2. Помочь умереть: где эвтаназия законна [Электронный ресурс]. URL: [https://www.bbc.com/russian/society/2015/09/150911\\_euthanasia\\_countries\\_legal](https://www.bbc.com/russian/society/2015/09/150911_euthanasia_countries_legal) (дата обращения 26.09.2019).

3. Точка зрения основных мировых религий на решения, касающиеся окончания жизни в отделении интенсивной терапии [Электронный ресурс]. URL: <http://www.critical.ru/actual/etica/religion.htm> (дата обращения 26.09.2019).

4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Действует с 22 ноября 2011 г. – М.: КНОРУС, 2012. – 96 с.

© Мирончикова К.А., Хайретдинова Ю.М., 2019

**Загидуллина Э.И., Идрисова З.И.**

## **ФЕНОЛЬНАЯ КАТАСТРОФА 1990 ГОДА. ПОСЛЕДСТВИЯ КАТАСТРОФЫ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В статье проанализировано историческое и экологическое сознание населения Республики Башкортостан по отношению к Фенольной катастрофе, произошедшей в 1990 году в городе Уфа. Представлены также анализы опросов, посвященных выявлению показателей, свидетельствующих о степени сознания современного российского населения.

**Ключевые слова:** техногенная катастрофа, последствия Фенольной катастрофы, влияние аварии на экологию окружающей среды, историческое сознание населения к катастрофе.

**Zagidullina E.I., Idrisova Z.I.**

## **PHENOLIC DISASTER. CONSEQUENCES OF THE DISASTER**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract.** The article analyzes the historical and environmental consciousness of the population of the Republic of Bashkortostan in relation to the Phenolic disaster that occurred in 1990 in the city of Ufa. The article also presents the analysis of surveys devoted to the identification of indicators that indicate the degree of consciousness of the modern Russian population.

**Key words:** technogenic catastrophe, consequences of Phenolic catastrophe, impact of the accident on the ecology of the environment, historical consciousness of the population to the disaster.

**Актуальность:** из-за серьезности последствий фенольной катастрофы граждане города Уфа до сих пор опасаются употреблять воду из-под крана, особенно в период дождей и паводков.

**Цель работы:** охарактеризовать последствия фенольной катастрофы, выяснить историческую осведомленность людей о ней.

**Материалы и методы:** в качестве материала использовалась литература, основные методы, применявшиеся при написании статьи: хронологический метод, исторический метод, логический метод.

**Результаты и обсуждение:** Фенольная катастрофа в Уфе 1990 года – одна из крупнейших техногенных катастроф в истории города, произошедшая по причине ненадлежащего исполнения своих обязанностей должностными лицами. Завод «Уфакимпром» производил гербициды и пестициды, для получения которых был необходим фенол. Его, по специальной линии, поставляла компания «Синтезспирт», находившаяся от

него на расстоянии около 3-4 км. На время ремонта линии была приостановлена перекачка фенола, после чего она была отсоединена от ёмкостей, содержащих химическое вещество. Суть трагедии заключается в том, что при официальном возобновлении производства на «Уфахимпром» не было произведено обратного присоединения труб, и 22 ноября 1989 года произошла утечка нескольких сотен тонн фенола в речку Шугувку, затем в марте 1990 года отравленная вода попала в другую реку – Уфу, являвшейся на тот момент основным источником питьевой воды. Жители города, в свою очередь, заметили резкое изменение качества водопроводной воды, в точности она приобрела неприятный запах и вкус. Однако власти были не способны провести скорую очистку воды, тем самым удовлетворив просьбы населения. Это привело к волнениям среди граждан и вызвало череду митингов и протестов. В апреле были организованы два митинга на Советской площади, после 1 мая - возле дворца Орджоникидзе, но лишь после крупного протеста студентов власти приняли решение закрыть водопровод и организовали поставку воды в цистернах. Однако граждан также волновала проблема экологии в Уфе, это стало поводом для очередной акции протеста, на которой люди, численностью 40-45 тысяч человек сформировали, взявшись за руки, живую цепочку от «Химпрома» до Белого дома. В итоге 2 июня 1990 года было принято «Постановление Правительства №556 об улучшении экологии городов Уфы и Благовещенска», но на данный момент оно не соблюдается.

Если говорить о воздействии фенола на организм человека, то можно сказать следующее: фенол – летучее органическое вещество с характерным резким запахом, которое, вступая в реакцию с различными элементами, может образовывать в воде сложные соединения. Именно поэтому очистка питьевой воды хлором может привести к образованию более токсичных хлорпроизводных веществ (токсиканты, диоксины), небольшое содержание которых ( $0,1 \text{ мкг/дм}^3$ ) придает воде резкий, неприятный запах и вкус.

Непосредственный контакт паров фенола с покровами организма приводит к образованию не только сильнейших ожогов, но и различных аллергических реакций, проблем с дыхательными путями и слизистыми оболочками глаз. При попадании внутрь производные фенола вступают в реакции с другими соединениями, которые находятся в человеческом организме, вызывая тем самым заболевания желудочно-кишечного тракта, лёгких, почек.

Говоря о последствиях Фенольной катастрофы, можно сослаться на мнение председателя Союза экологов Республики Башкортостан Александра Веселова, который говорил: «Есть проблемный 41 цех, есть огромное количество нефтешлама, все это постепенно накапливается в почве. Это бомба замедленного действия» [1, С.5].



На данный момент зараженная территория завода более чем на 100 га осталась заброшенной, как и программы ликвидации последствий катастрофы. В связи с банкротством было принято решение закрыть предприятие, однако из-за огромного количества долгов здания и земельные участки, показывающие высокое содержание диоксинов, началась их продажа частным предпринимателям.

На сегодняшний день содержание вредных веществ в почве превышает допустимую норму. Вследствие фенольного загрязнения произошли существенные изменения поверхностного слоя литосферы, так как поступающие в землю вредные химические соединения, накапливаясь, приводят к постепенному снижению химических свойств почвы. По мнению специалистов, на данный момент также серьезной угрозой для окружающей среды и здоровья человека служит пыль, которая разносится ветром с территории «Химпрома».

Следует также заметить, что помимо загрязнения окружающей среды после Фенольной катастрофы 1990 года участились случаи обострений заболеваний желудочно-кишечного тракта, легких. По данным статистики именно в 1990 году рак легких стал наиболее часто встречаемым заболеванием, также наблюдалось увеличение количества аллергических реакций, резкое снижение иммунитета граждан, заболевания сердечно-сосудистых систем. По подсчетам специалистов около 672 876 человек употребляли загрязненную фенолом питьевую воду из Южного водозабора Уфы. Однако эксперты не решались точно утверждать, что причиной резкого роста заболеваний являлась фенольная вода.

А теперь хотелось бы вкратце раскрыть основные вопросы, связанные с историей Фенольной катастрофы и её последствиями. В ходе массовых опросов было выявлено: больше половины опрошенных не знают о фенольной катастрофе и о её влиянии на окружающую среду, организм человека, однако подавляющее количество людей считают, что её последствия прослеживаются и в наше время.

Диаграмма 1

Известна ли Вам хронология событий Фенольной катастрофы в городе Уфа?

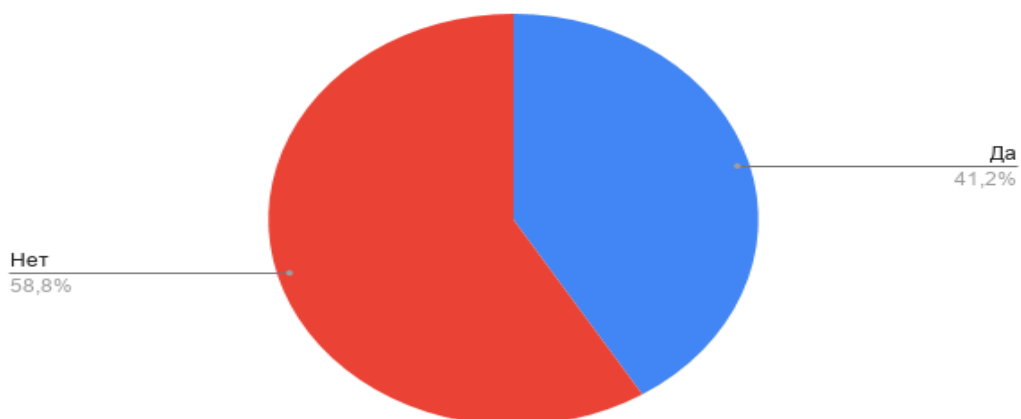


Диаграмма 2

Могут ли, по Вашему мнению, следы Фенольной катастрофы иметь последствия в настоящее время? –

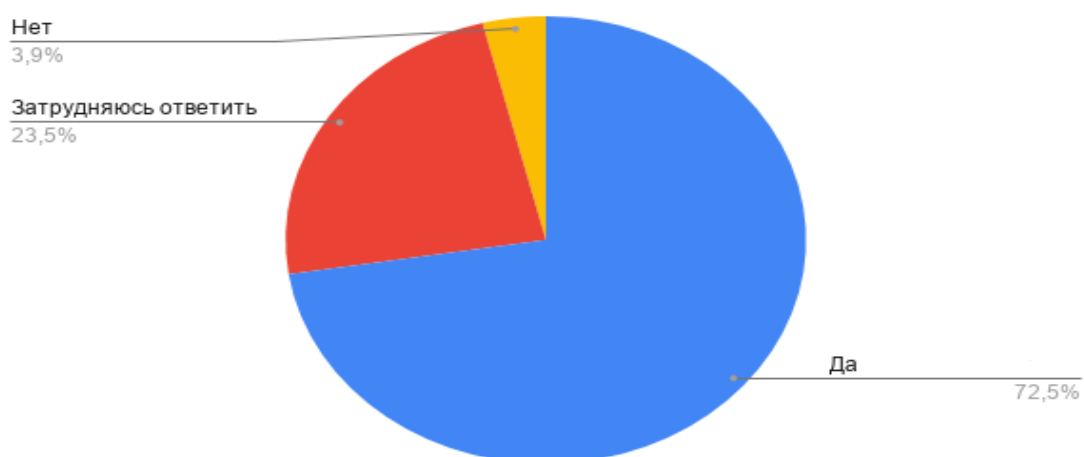
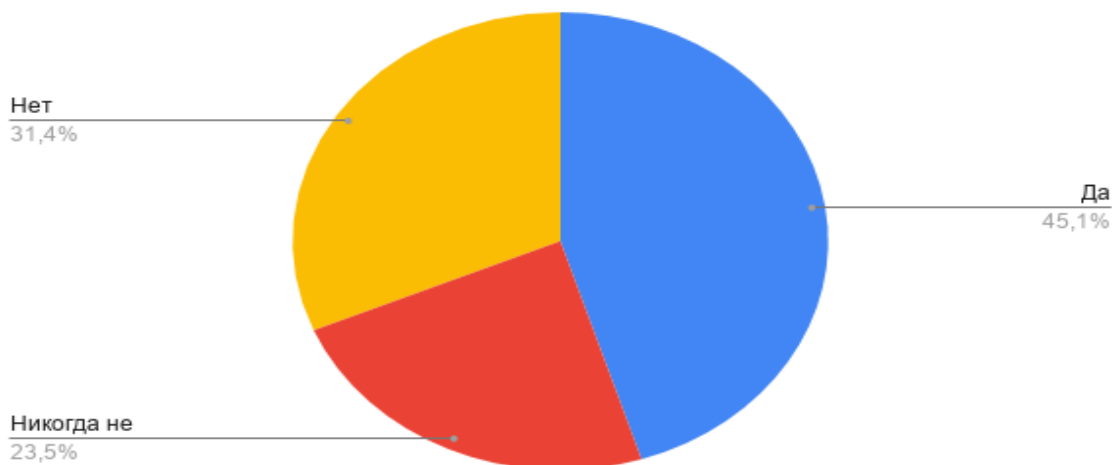


Диаграмма 3

Известно ли Вам, как Фенольная катастрофа в Уфе повлияла на организм человека и окружающую среду? –



**Заключение.** Из рассмотренного материала можно сделать следующие выводы. Фенольная катастрофа 1990 года является одной из крупнейших аварий на техническом объекте, вызванная халатностью обслуживающего персонала. Фенольная авария имела огромное количество серьезных последствий: долгое время в Уфе остро стоял вопрос питьевой воды, резко увеличилось количество заболеваний, которые были вызваны загрязненной водой. Недаром опросы показывают: большинство населения Республики Башкортостана считают, что техногенная катастрофа повлияла на организм человека и окружающую среду.

На данный момент власти обеспокоены территориями бывшего завода «Уфахимпром», т.к на территории ведутся незаконные земляные работы, которые привели к загрязнению почвы на 10-15 метров в глубину. В результате есть вероятность, что в ближайшем будущем вопрос с ликвидацией последствий Фенольной катастрофы будет решен.

#### Список литературы

- 1) **Веселов А.К.** Как Уфа боролась с фенолом. 2013. -URL: <https://ufa1.ru/text/gorod/673756.html> - **2013- №1, С.5**
- 2) **Иванова М., Павлова Н.** 2019. Закономерный фенол.- URL:<https://www.kommersant.ru/doc/3931821>
- 3) **Красногорская Н.Н.** Башкирская энциклопедия. КАТАСТРОФЫ ТЕХНОГЕННЫЕ.- URL:<http://xn----7sbacsfscnbdnzsqis3h5abivbm.xn--p1ai/component/content/article/2-statya/13390-katastrofy-tekhnogennye.html>
- 4) **Малина Д.** 2013. Экология в Уфе и Башкирии. Как нас убивают.- URL:<http://journalufa.com/6555-ekologiya-v-ufe-i-bashkirii.-kak-nas-ubivayut.html>

5) Фенольная катастрофа в Уфе.-

URL:[https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B0\\_%D0%B2\\_%D0%A3%D1%84%D0%B5](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B0_%D0%B2_%D0%A3%D1%84%D0%B5)

б) Фенольная катастрофа – Уфа от А до Я. 2013.-

URL:[https://posredi.ru/enc\\_f\\_fenol\\_katastrofa.html](https://posredi.ru/enc_f_fenol_katastrofa.html)

©Загидуллина Э.И., Идрисова З.И., 2019

**Бучнева А.Ю., Семина Я.В., Гайсина Н.Н.**

## **ВЛИЯНИЕ ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ РЕБЕНКА**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В данной публикации рассматривается влияние домашних животных на формирование личности, на процесс социализации, а также метод альтернативной медицины – анималотерапия

**Ключевые слова:** социализация, здоровье, домашние животные, анималотерапия.

**Buchneva A.Yu., Semina Y.V., Gaisina N.N.**

## **THE INFLUENCE OF PETS ON THE SOCIALIZATION OF THE CHILD**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Summary.** This publication examines the influence of Pets on the formation of personality, on the process of socialization, as well as the method of alternative medicine-animal therapy

**Key words:** socialization, health, Pets, animal therapy.

Актуальность проблемы. Социализация – это процесс усвоения индивидом определённой системы знаний, норм и ценностей, которые позволяют ему функционировать в качестве полноправного члена общества. На социализацию влияет практически всё наше окружение: члены семьи, соседи, друзья, домашние животные и т.д.

Цель работы. Изучить роль домашних животных в процессе социализации ребенка.

Материалы и методы. В работе были проанализированы результаты различных исследований.

Поведение детей имеет свои особенности, отличные от поведения взрослых индивидов. В процессе социализации очень важен период детства, когда формируется личность ребенка, который, как губка впитывает в себя все позитивное и негативное, что окружает его. Домашние животные, к которым очень привязываются дети, также способны оказывать положительное влияние на них.

Общение с животными и уход за ними в детстве сказывается на формировании личности ребенка: он становится склонным к эмпатии (сопереживанию), терпимости, самообладанию и самоконтролю. По наблюдению ветеринаров и психологов, домашние животные могут оказывать психотерапевтический эффект: успокаивают, становятся лучшими друзьями ребенка, которые никогда не предадут и с которыми можно по-своему общаться. В частности, собаки или кошки привязываются к своим маленьким хозяевам и проявляют особую преданность. Дети дают своим питомцам имена, приписывают им человеческие черты, обращаются с ними как со своими сверстниками, разговаривают с ними,

доверяют им свои тайны. Животные в определенной степени спасают ребенка от одиночества, когда родители в связи с загруженностью на работе не могут уделить им свое внимание.

В 1969 г. американский психотерапевт Болис Левинсон писал, что «животные помогают сломить враждебное отношение ребенка к окружающему миру и установить коммуникационные связи» [1]. Согласно проведенным исследованиям, у детей, имеющих домашних животных, уровень агрессивности и конфликтности в два раза ниже, чем у других детей. Также животные могут помочь развивать у детей сенсорику, логическое мышление, адаптироваться к социальной среде и даже вылечить от заикания. По мнению ряда психологов, домашние животные способствуют формированию черт характера у детей: например, домашняя кошка прививает такие черты, как мягкость и наличие творческих способностей, а собака – организованность и дисциплину. Учёные университета Варвик в Великобритании в ходе исследования впервые подтвердили сильную привязанность детей к домашним животным. 90% из опрошенной ими группы детей в возрасте 7-8 лет включили домашних питомцев в перечень 10 наиболее важных компонентов своей жизни. Как отмечают американские педиатры, живущие в доме две и более кошки или собаки снижают риск возникновения аллергии у детей, следовательно, они меньше болеют [1].

Анималотерапия (зоотерапия, петтерапия) – это метод альтернативной медицины, связанный с оказанием психологической помощи через взаимодействие с животными и их символами (образами, рисунками, игрушками). При данном методе прибегают к помощи различных видов животных: кошек, собак, лошадей, дельфинов, рыбок, птиц, грызунов и т.п. Анималотерапия применяется как в отношении взрослых, так и детей с различными физическими или психическими недугами. Главная задача этого метода – максимально полно раскрыть дополнительные возможности ребенка: в его поведении, личности, психосоциальном развитии. Анималотерапия может помочь преодолеть детские страхи, чувство возникающего одиночества, замкнутость детей, агрессивность, чувство беспомощности. Б. Левинсон пришел к выводу, что анималотерапия применима для работы по адаптации детей с расстройством аутистического спектра и страдающим шизофренией [1]. Также домашние животные могут помочь детям, страдающим от синдрома дефицита внимания (СДВ), научиться концентрировать внимание, когда они следят за животным.

При использовании метода анималотерапии необходимо правильно подобрать вид животного для общения с ребенком.

Фелинотерапия – альтернативный метод лечения кошками. Он популярен ввиду того, что кошки считаются существами, способными безболезненно для себя снимать тревогу, стресс. Сторонники данного метода утверждают, что около 70 % мужчин, доживших до 80

лет, содержали дома кошек, а в целом владельцы данного вида животных меньше страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями (инфарктами и инсультами).

Канистерапия – альтернативный метод лечения собаками. Его применяют и для общения с детьми, и с престарелыми людьми в больницах. По данным исследований Российской академии медицинских наук, занятия с собаками улучшают психоэмоциональное состояние маленьких пациентов, моторику, неразговорчивые дети начинают больше говорить, а дети с пониженной эмоциональностью начинают проявлять способность активно реагировать на окружающий мир. Канистерапия применяется для социальной адаптации детей с психическими отклонениями, а также собаки могут стать незаменимыми спутниками для незрячих и слабовидящих детей.

Иппотерапия – альтернативный метод лечения лошадьми. Лошади – хорошо помогают противодействовать различным двигательным нарушениям, обладают сильнейшим биополем, подобное которому есть только у дельфинов. Так, в уфимском ипподроме «Акбузат» проводятся занятия по иппотерапии для больных и инвалидов: дозированная верховая езда и физические упражнения на лошади под руководством инструктора-реабилитолога [4].

Дельфинотерапия часто рекомендуется детям, страдающим олигофренией, болезнью Дауна, ДЦП, с расстройством аутистического спектра, а также взрослым, находящимся в состоянии депрессии. Рыбки могут научить внимательности и созерцательности гиперактивных детей, поскольку действуют успокаивающе на нервную систему человека. Птицы развивают у детей чувство внимательности, ответственности, терпения. Хомяки, крысы, морские свинки, декоративные кролики - общение с грызунами помогает неуверенным в себе детям преодолеть замкнутость и победить комплексы.

Любое домашнее животное, независимо от вида, размера и пола, играет очень большую роль в становлении личности ребенка, его психическом и даже физическом развитии.

Выводы. Таким образом, дети, у которых дома есть животное, обладают более высоким уровнем развития памяти, мышления, внимания, речи, у них выше познавательная мотивация, лучше развиты пространственные представления, они успешнее справляются с заданиями на установление причинно-следственных связей, лучше обобщают и выделяют специфические свойства предметов и явлений, и у этих детей эмоциональный мир более богаче и разнообразнее. Общаясь с животными, заботясь о них, ребенок учится любви, доброте и бережному отношению ко всему живому.

#### **Список литературы**

1. Влияние животных на психику ребенка [Электронный ресурс]. URL: <https://oktjabr.schools.by/pages/vlijanie-zhivotnyh-na-psihiku-rebenka> (дата обращения 07.10.19)

2. Влияние домашних животных на развитие ребенка [Электронный ресурс]. URL: <http://razvitie-krohi.ru/eto-polezno-znat/vliyanie-domashnih-zhivotnyih-na-razvitie-rebenka.html> (дата обращения 07.10.19)
3. Влияние домашних животных на ребенка [Электронный ресурс]. URL: <http://doshkolnik.ru/psihologiya/3868-domashnie-zhivotnie.html> (дата обращения 07.10.19)
4. На ипподроме «Акбузат» в выходные дни проводятся занятия по иппотерапии [Электронный ресурс]. URL: <https://ufacity.info/press/news/244782.html> (дата обращения 07.10.19)

© Бучнева А.Ю., Сёмина Я.В., Гайсина Н.Н., 2019



**Каримова А.И., Максютова Э.Н.**

**СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ  
ПО БОЛЕЗНЯМ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** В данной публикации дается сравнительный анализ статистических данных по заболеваемости населения Российской Федерации по болезням глаза и его придаточного аппарата, а также приводятся практические рекомендации по профилактике данной группы болезней

**Ключевые слова:** статистика, болезни глаза и его придаточного аппарата, коррекция зрения, профилактика заболеваний.

**Karimova A.I., Maksyutova E.N.**

**Bashkir state medical University (Ufa, Russia)**

**STATISTICS OF MORBIDITY OF THE POPULATION  
ON DISEASES OF THE EYE AND ITS APPENDAGE**

**Summary.** This publication provides a comparative analysis of statistical data on the incidence of the population of the Russian Federation for diseases of the eye and its accessory apparatus, as well as practical recommendations for the prevention of this group of diseases

**Key words:** statistics, diseases of the eye and its appendage, vision correction, disease prevention.

Актуальность проблемы. Современные технологии значительно облегчают труд индивида, сделали его жизнь более комфортной, интересной, обогатили большим количеством информации, но в то же время увеличили нагрузку на глаза. Даже из тех индивидов, кто не имеет наследственных заболеваний, различных патологий зрительного органа, немногие сохраняют хорошее зрение до преклонных лет, ухудшение зрения наблюдается уже в молодом возрасте. Ухудшение зрения среди населения – это одна из самых серьезных проблем современного общества.

Цель работы. Изучить статистику заболеваемости населения Российской Федерации по болезням глаза и его придаточного аппарата, а также дать рекомендации по профилактике данной группы болезней.

Материалы и методы. В работе были проведен анализ официальной статистики по данным Минздрава России, расчету Федеральной службы государственной статистики.

Результаты и обсуждение. В современных условиях перегрузку глаз можно объяснить тем, что человек использует глаза в других условиях, чем те, при которых глаз

первоначально развивался и для которых он приспособливался. Изначально человек как биологическое существо использовал свои органы зрения преимущественно при дневном свете, пока не зашло солнце. Также первобытный человек не занимался чтением, не смотрел телевизор, не сидел за компьютером, и конечно же, не «сидел в телефоне».

Проблема заболеваний глаза и его придаточного аппарата заключается в том, что 90-95% информации об окружающем мире человек получает через орган зрения. Любые патологические изменения фоторецепторного отдела зрительного анализатора, приводящие к слабовидению и необратимой слепоте, становятся тяжелой утратой.

Для выявления общей картины состояния здоровья населения в области глазных болезней мы проанализировали статистику заболеваемости населения по болезням глаза и его придаточного аппарата по данным Минздрава России, расчету Федеральной службы государственной статистики.

Таблица 1. Заболеваемость по болезням глаза и его придаточного аппарата среди населения в РФ по годам (по диагнозу, установленному впервые)

Год	Заболеваемость по болезням глаза и его придаточного аппарата среди населения (в тыс. человек)
2000	4 638
2001	4 701
2002	4 836
2003	4 722
2004	4 817
2005	4 778
2006	5 107
2007	4 976
2008	4 858
2009	4 778
2010	4 715
2011	4 758
2012	5 043
2013	5 023
2014	5 067
2015	4 878
2016	4 787

2017	4 644
------	-------

Согласно официальным данным, в 2006, 2012 годах произошёл резкий скачок заболеваемости. В 2007-2010 г. наблюдался спад заболеваемости [1]. В целом примерно 35% от всего населения имеют болезни глаза и его придаточного аппарата.

Если рассматривать статистику болезней глаза и его придаточного аппарата по федеральным округам, то на первом месте по числу впервые заболевших за 2017 год находится Сибирский федеральный округ – 37,5 на 1000 человек, а Приволжский федеральный округ занимает пятое место в данном рейтинге – 31,8 соответственно. По субъектам, входящим в Приволжский федеральный округ, первое место занимает Чувашская республика (40,1), а Республика Башкортостан находится на также на пятом месте среди 14 субъектов с показателем 34,3 человек [4].

Более удручающе дело обстоит с болезнями глаза и его придаточного аппарата среди детей, достигших 1 года. С 2005 по 2016 гг. наблюдается неуклонный рост количества детей, страдающих данной группой заболеваний: с 76,8 (2000 г.) до 112,0 (2016 г.) на тысячу детей [2, 61]. Если рассматривать заболеваемость детей с 0 до 14 лет, то, по данным Росстата, за тот же временной период впервые данный диагноз установлен в 2005 г. 5577,3 детям на 100 000 детей, а в 2016 г. уже эта цифра увеличилась до 5904,7 [2, 64].

Выводы. Таким образом, количество индивидов, страдающих болезнями глаза и его придаточного аппарата, в современном российском обществе довольно велико. Неуклонный рост данной группы заболеваний приходится на детские возрастные группы до 14 лет, также наблюдается рост заболеваемости по глазным болезням среди годовалых детей. Следовательно, причины роста данной группы заболеваний следует искать не только в активном использовании таких технических средств, как телевизор, компьютер, телефон, но также имеются иные причины. Это могут быть инфекции, врожденные патологии, травмы или иные сопутствующие болезни. Тем не менее, необходимо принимать профилактические меры по предупреждению заболеваний глаза и его придаточного аппарата.

По мнению специалистов, в первую очередь необходимо соблюдение режима освещения: для зрительных нагрузок должны быть созданы условия с хорошим освещением и с использованием верхнего света настольной лампы в 60-100 Вт, не желательно использование лампы дневного света. Также в качестве рекомендации можно назвать чередование зрительных напряжений с активным, подвижным отдыхом, а каждые 20-30 минут занятий прерывать специальной гимнастикой для глаз. Важное значение имеет и медицинское поведение индивида: при наличии жалоб на зрение безотлагательно обращаться к специалисту, пройдя полное офтальмологическое обследование. Очки со

специальными цилиндрическими линзами или специальные контактные линзы, подобранные офтальмологом, могут помочь в правильной коррекции зрения. Также после консультации с офтальмологом можно проводить общеукрепляющие мероприятия: плавание, массаж воротниковой зоны, контрастный душ и т.п. Безусловно, большое значение имеет полноценное сбалансированное питание, содержащее белки, витамины и микроэлементы, что необходимо для профилактики астигматизма.

#### **Список литературы**

1. Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000 - 2017 гг. (Данные Минздрава России, расчет Росстата) // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 27.09.2019).
2. Здоровоохранение в России. 2017: Стат.сб./ Росстат. – М., 2017. – 170 с.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: Часть 1. Общественное здоровье. - М.: Медицина, 2003. - 368 с.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2018 г. // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b18\\_14p/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b18_14p/Main.htm) (дата обращения 27.09.2019).

© Каримова А.И., Максютова Э.Н., 2019

**Борисенков В.В.**

**Понятие «социальный конфликт» сквозь призму  
философии и междисциплинарного подхода:**

**Другой как «козел отпущения»**

**Башкирский государственный университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** В статье исследуется понятие Другого как источника социальных конфликтов, представляющих собой угрозу социальному и психологическому здоровью. Методологической основой исследования является диалектический подход, позволяющий исследовать социальный конфликт в качестве выражения социальных противоречий, в основе которых заложены объективные и субъективные причины. Используются также междисциплинарный подход и метод сравнительного анализа при выявлении общих и отличительных черт в различных подходах к проблеме исследования. В исследовании раскрыта сущность социальных конфликтов, а также обоснован тезис о том, что социальные конфликты представляют собой важный тип конфликта субъектов – элементов социальной общности (ими могут быть личность, социальная группа, государство); он может возникнуть в рамках различных сфер и уровней общественных отношений.

**Ключевые слова:** социальный конфликт, Другой, междисциплинарный подход, манипуляция.

**Borisenkov V.V.**

**THE CONCEPT OF “SOCIAL CONFLICT” THROUGH THE PRISM  
OF PHILOSOPHY AND AN INTERDISCIPLINARY APPROACH:**

**THE OTHER AS A “SCAPEGOAT”**

**Bashkir state university, Russia (Ufa)**

**Summary.** The article explores the concept of the Other as a source of social conflicts that constitute a threat to social and psychological health. The methodological basis of the study is a dialectical approach that allows to explore social conflict as an expression of social contradictions, based on objective and subjective reasons. An interdisciplinary approach and a comparative analysis method were used to identify common and distinctive features in various approaches to the research problem. The study reveals the essence of social conflicts, as well as substantiates the thesis that social conflicts are an important type of conflict of subjects – elements of a social community (a person, social group, state); it can arise within the framework of various spheres and levels of social relations.

**Keywords:** social conflict, Other, interdisciplinary approach, manipulation.

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что глобализация проявляется в

поляром поведении народов и государств: одни демонстрируют сближение, другие являются источниками конфликтов и противоречий. Социальные конфликты играют важную роль в существовании людей, организаций, государств, общества в целом. Переосмысливаются представления о том, необходимо ли бороться с феноменом конфликта и превращением Другого в «козла отпущения», если он служит оздоровлению психики.

Целью статьи является уточнение термина «социальный конфликт».

Материалы и методы. Применим метод сравнения для анализа междисциплинарных подходов к аспектам понятия конфликта и диалектический подход к философскому, конфликтологическому, психологическому материалам для уточнения взаимосвязи его сущностных сторон. Поскольку конфликт можно рассмотреть как социальные противоречия и степень их развития, то понятие конфликта отражает социальные противоречия и степень их развития мнения, позиции и силы имеют противоположное направление. В таком смысле можно выделить две стороны конфликта: объективную (представлена объективными обстоятельствами, из-за которых возник тот или иной конфликт) и субъективную (представлена сознанием и волей различных сторон конфликта).

С точки зрения философии, конфликт можно рассматривать в двух смыслах:

- в широком (является предельным случаем обострения каких-либо противоречий);
- в узком, специфическом смысле получил развитие в искусстве; это так называемый «конфликт драматический» (проявляется в столкновениях в художественных произведениях; может подразумевать противоположные идеи, стремления, поступки людей – героев).

Результаты и обсуждение. В рамках широкого значения выделим несколько философских подходов к трактовке «конфликта»:

А) Подход, ориентированный на актуальные действия (Р. Мак, Р. Снайдер), рассматривает термин в качестве частного вида социального взаимодействия участников, имеющих несовместимые цели и ценности. Согласно этому подходу, источниками конфликта можно назвать конкуренцию, соперничество, социальный раскол, антагонистический интерес, враждебность, противоречивое намерение, установку.

Б) Подход, ориентированный на мотивы действия (Р. Дарендорф), рассматривает термин более обширно, включая в его содержание противоречивые психологические состояния, а также открытые столкновения (действия) [10].

Кроме того, конфликт является:

- отрицанием двумя сторонами сосуществующих в рамках единства противоположностей, снятием напряжений в их противоборстве;
- конечной фазой существования коллизии;
- методом разрешения противоречий, сформировавшихся между сторонами конфликта

(их представляют члены бинарной оппозиционной группы);

- частным случаем определенного противоречия или его предельным обострением;
- столкновением мотивов (два и больше), неспособных быть удовлетворенными одновременно;

- неизбежным следствием противоречивой картины развития социума, результатом противоположного отношения представителей социальной или политической «группы к энтропийным процессам, к дезорганизации, к вызову истории» [1, с. 56];

- дуальной оппозицией, где полюсы сосуществуют и одновременно дезорганизуют друг друга (пытаются ликвидировать противоположную сторону, наносить ущерб) [1, с. 57].

Конфликт как научная и, тем более, философская категория, играет важную роль в понимании окружающего мира, поскольку затрагивает общество в целом и человека в нём (потребности людей, их нравственность, развитие родового человека и личность, религиозные предпочтения, мировоззрение общества). Термин «конфликт» является онтологической категорией. Например, данное понятие имеет широкое назначение с реализацией в физических, биологических, философских и социальных составляющих мира. По сути, онтология Гераклита уже являлась «конфликтологией отношений», но эта онтология определяла и характеризовала также антропологические и социологические знания. Так, главным конфликтом у Гераклита считался конфликт личности как относительно стабильного существа внутри нестабильной среды [5].

В настоящее время достаточно часто понятие «конфликт» употребляют как онтологическую категорию другого понятия – «противоречие». Мы считаем, что при употреблении терминов в онтологическом смысле можно считать их однопорядковыми и родовыми. Однако конфликт – это основная категория бытия. Кроме того:

1. Конфликт – это обострение противоречий, то есть крайность. В этом смысле противоречие является средним состоянием, а не основной категорией. К тому же «крайность» (в онтологии) – феномен более общий, в отличие от «усреднённости».

2. При употреблении термина «конфликт» с точки зрения социологии, он по своей сути является идеальностью, субъективностью знаний о мире. В этом случае конфликт – это категория общества (социума), которая не представляется миру в качестве чуждого.

3. Как мы писали выше, этимологическое значение термина «конфликт» происходит от латинского слова *conflictus* – столкновение. Противоречие же является не просто столкновением, а в некоторых случаях и содружеством, т.е. может употребляться как противоположность. Кроме того, направленность противоречия можно охарактеризовать сохранением и частичным видоизменением обеих сторон, а конфликт подразумевает полное уничтожение, подчинение другой стороной.

Приведем другие родственные понятия для уточнения категории «конфликт»:

- дуализм (является раздвоением, констатацией противоположных явлений, подразумевающих связь или отсутствие ее);

- дихтомия (деление единого на две противоположные стороны – положительную и отрицательную, которые являются внешними относительно друг друга; это разные аспекты и пути в развитии явлений);

- оппозиция (является противопоставлением различных сторон какого-либо явления; при этом первая сторона не только предполагает наличие другой, но и противоречит ей – как день и ночь; считается отношением субъекта к явлениям и констатацией дуальности);

- противоположность – синоним оппозиции; термин употребим в онтологии и социологии: а) как две грани явления в качестве наличного (привязанные или сопоставимые); б) гармоничность двух сторон не аналогичных, но одинаково важных; в) противоречие (получившее развитие, имеющее стабильность, но наиболее смягчённое);

- противоречие употребляется в нескольких значениях: а) является борьбой разных сторон какого-либо явления; б) это противоэлементы и противотенденции, присутствующие у одной из сторон; в) это противостояние различных сторон явления, находящихся в одной системе, с целью приоритета (например, социальное противоречие);

- антагонизм (острая форма противоречия, близкая по значению к конфликту; может быть глубинным и целостным противостоянием);

- конфронтация (является противостоянием общественных масс, классов общества при идеологическом противоречии);

- коллизия (является смягчённой и скрытой формой антагонизма, противоречивым развитием пути);

- альтернатива (тракуется отношением субъектов к явлению, дуалистичному по содержанию; является выбором одной стороны).

Получается, что конфликт и противоречие – это миры сущностной природы. Человек является частью этого мира; при этом он живет в двух мирах одновременно – в эмпирическом и ноуменальном (И. Кант) [3]. Поэтому человек изначально противоречивый и конфликтный: а) на физиологическом уровне прослеживается дуальность (тело разделено на две части, по две конечности, имеет пару сторон мозга – у всего свои функции); б) чувственность противопоставлена мыслительной и интеллектуальной способностям, духовность человека подразумевает противоречия).

Конфликтность, по мнению Н. Островского, базируется на трех основаниях: мире, человеческом теле и межлюдских отношениях. Охарактеризуем их.

1. Мир. С. Кьеркегор считал, что всё бытие человека является двусмысленностью [4, с.



61]. Это определение соотносимо и по отношению к миру в целом. Ведь материя по многим характеристикам идентифицируется враждебностью к духовной среде, но в то же время представляет собой её необходимость. Осуществление движения и процесса происходит посредством: смены этапов и периодов; борьбы, происходящей между внутренними силами; преодоления и разрушения материи, среды или субстрата. Частью такого мира является тело человека.

2. Тело человека, с одной стороны, поддерживается инстинктом самосохранения, но, с противоположной стороны, каждый человек – смертное существо. Такова природа конфликтности сознания людей: в глубину подсознания оседает идея о смертности; постепенно она становится отрицательной энергией, что приводит к внутренним стрессам. Последние проявляются в конфликтах.

3. Отношение к «другим», коммуникация внутри общества. К. Ясперс считал, что человек не способен полноценно существовать в обществе, но и не способен жить вне его [4, с. 61]. Поэтому люди постоянно приспосабливаются друг к другу, но, одновременно, и оказывают на окружающих духовное давление (причиной могут быть собственная природа, интересы, амбиции, эмоциональные состояния, статусы). Кроме того, существование нехватки чего-либо (имеются в виду блага, продукты) приводит человечество к борьбе, напряжённости, угрозам и насилию (так называемой «войне всех против всех» – Т. Гоббс) [9]. Выходит, что конфликтность присуща обществу, является его обычным и сущностным состоянием.

В нашем исследовании важное место занимает понятие «социальный конфликт». Оно рассматривается философией, социологией, конфликтологией, юриспруденцией, политологией, этикой, психологией и педагогикой. Обратимся к ним.

В философии социальный конфликт – это противостояние, борьба отдельных индивидов или социальных групп, которое пронизывает общественные отношения и сферы жизнедеятельности людей. Кроме того, это нежелательный «момент» реальной практики, устранение которого возможно посредством политики или духовными формами общества. Итогом устранения является консонанс отношений в социуме, идеальное состояние, счастливая гармония, жизнь без борьбы.

С точки зрения философии, социальный конфликт является процессом или ситуацией, где одна из сторон демонстрирует состояние противостояния (подразумевает открытую борьбу с другой стороной), в связи с восприятием предлагаемых идей как противоречащих собственным. При этом вероятны разноуровневые явления (столкновение представителей общества, межгосударственные вооруженные конфликты).

В социологии социальный конфликт рассматривается столкновением интересов

представителей социальных групп, выраженным противостоянием общественных сил (проблема – ядро конфликта), осознанием противоположности своих интересов и целей. Данный термин имеет специфику на макроуровне и микроуровне:

- на макроуровне предпосылка возникновения любого конфликта – саморазвитие компонентов социальной структуры, которое порождает появление противоречий, возникновение новых качеств, столкновение его с прошлым;

- на микросоциальном уровне конфликт характеризует деятельность индивида (граждан общества), который преследует какие-либо социальные интересы.

В юриспруденции данное понятие трактуется предельным случаем, возникающим при обострении социальных противоречий; это столкновение общностей (ими могут быть классы, нации, государства, социальные группы, социальные институты), которые имеют противоположные и (или) существенные различия в интересах, целях, тенденциях своего развития [11]. Основа возникновения и разрешения конфликта – какая-либо социальная проблема.

В конфликтологии социальный конфликт определяется как обострение противоречий в обществе, который принимает различные формы борьбы, направленность которой заключается в достижении определенного интереса (экономического, социального, политического, духовного), в воздействии на конкурента (оппонента) [2].

Конфликтологи придерживаются мнения, что социальный конфликт нежелательный в современном мире; по их мнению, это разрушительная сила социальной системы. Однако любой социальный конфликт ведет к возникновению социального института, целью которого становится поддержка системы в состоянии устойчивости. В дальнейшем это ведет к изменению людей, их окружения и мировосприятия.

В психолого-педагогических исследованиях социальный конфликт рассматривается таким типом социального взаимодействия, при котором происходит противоборство социальных субъектов (ими могут выступать индивиды, группы, общности, движения, страны). Причина конфликта кроется в разносторонних потребностях, интересах, целях, социальных статусах, ролях и функциях; он направлен на получение вознаграждения посредством навязывания своей идеологии и воли, при подчинении, ослаблении, устранении или уничтожении оппонента, который, в свою очередь, также стремится добиться аналогичного вознаграждения.

В политологии интересующее нас понятие считается явной или скрытой борьбой по причине существования несхожих интересов и целей; выступает особой формой движения, цель которого – социальное единство.

В этике социальный конфликт связан с понятием «общение». Оно рассматривается не

так масштабно и понимается насильственным межличностным противоборством, заключающимся в сознательном ущемлении нравственных достоинств и потребностей участника общения, «особенно ярко проявляющимся в молодежной среде и относительно изолированных от общества сообществах» [8, с. 235].

Но каковы причины возникновения социальных конфликтов? Выявление истинной причины социального конфликта представляется сложным процессом, поскольку, чаще всего, она запутанная и имеет сложную предысторию. Однако их основа – несовпадающие интересы, потребности, намерения, цели, ценности, а также жизненные установки представителей конфликта, которые существуют определенное время.

Управление социальными конфликтами предполагает использование разнообразных техник стимулирования конфликта. Часто используемые: техника коммуникации (манипулирование каналами коммуникации, содержанием и объемом информации). При их реализации результат может быть как положительный, так и отрицательный.

Считается, что техника коммуникации – это мощное средство в управлении общественным сознанием [6]. Согласимся, поскольку в настоящее время коммуникативная манипуляция затрагивает все страны мира (например, читателей, блогеров, телезрителей, пользователей социальных сетей). Это демонстрирует вероятность одних людей контролировать поведение других, при этом имея небольшие затраты; по сути, это психическое насилие над сознанием человека без его согласия. Можно сравнить данный процесс с зомбированием людей средствами массовой информации. Однако манипуляция может быть сведена к нулю, в случае если у человека (объекта воздействия) появились сомнения и он не смог стать «жертвой» (защитил свое мировоззрение и духовные ценности).

Выделим главные признаки манипуляции: воздействие в духовном и психологическом плане (при отсутствии физического насилия); скрытость воздействия (чаще всего, не замечается объектом манипуляции); перестройка воззрений, мнения, настроений, целей в результате воздействия информацией. На их основе выстраивается технология манипуляции. Увидеть ее осуществление можно из констатации составляющих:

- для реализации технологии манипуляции необходимо мастерство и знания (для составления эффективных сообщений, которые «упаковываются» в слова, тексты, речевые обращения, радиопередачи и телевизионные вещания);

- довольно часто в художественных образах «прячутся» скрытые смыслы (например, в картинах, фотографиях, кинофильмах, театральных постановках);

- синергетический эффект достигается путем интеграции языков манипулирования (объединение знаковых систем, сочетание знаний и видов искусства, средствами Интернета и телевидения);

- «монологическая, односторонняя оценка социальных явлений» [7, с. 48] и соответствующий ей монологический тип общения характеризует современное общество, при котором отсутствует свободная циркуляция информационных потоков; возникает два потока информации – «сверху вниз» (например, звенья государственного аппарата издают различные указы, распоряжения, инструкции, постановления и нормативные акты) и «снизу вверх» (субъекты, которые обязаны соблюдать официальные предписания).

Выводы. Итак, конфликт – это научная и философская категория, которая играет важную роль в понимании окружающего мира, поскольку затрагивает общество в целом и человека в нём. Конфликт – это противоречие, в котором две стороны переходят в стадию крайних противоположностей (имеются в виду полярность, антагонизм), постепенно подходя к моменту либо полного взаимоотрицания оппонента, либо к решению возникшего противоречия. Социальный конфликт – это важный тип конфликта субъектов – элементов социальной общности (ими могут быть личность, социальная группа, государство); он может возникнуть в рамках различных сфер и уровней общественных отношений. Если при разрешении конфликта в качестве объекта проекции выступает неодушевленный объект или явление реальности, оно может быть позитивным. При избрании же определенных личностей, групп, общностей или государств в роли «козла отпущения» субъекты конфликта наносят ущерб социальному здоровью как собственного окружения, так и объекта проекции, распространяя «социальную инфекцию» нетерпимости, которой поражены сами.

#### Список литературы

1. Ахиезер А.С. Социокультурный словарь (по книге «Критика исторического опыта»). М.: Наука, 1991. 102 с.
2. Бабосов Е.М. Социальные конфликты и управление ими. М.: Дикта, 2009. 396 с.
3. Бурханов Р.А., Любутин К.Н. Классическая философская антропология. И. Кант и Л. Фейербах: От трансцендентной антропологии И. Канта к туизму Л. Фейербаха. Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 1995. 239 с.
4. Габитова Р.М. Человек и общество в немецком экзистенциализме. М.: Наука, 1972. С. 61.
5. Гераклит Эфесский. Все наследие: на языках оригинала и в русском переводе / Сост. С.Н. Муравьев. М.: Ad Marginem, 2012. 346 с.
6. Кара-Мурза С.Г. Краткий курс манипуляции сознанием М.: Академик, 2013. 286 с.
7. Лукманова Р.Х., Сиразетдинова М.Ф. Основные принципы противодействия манипуляции сознанием // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. 2016. № 1(31). С. 43-49. URL: <http://dx.doi.org/10.15688/jvolsu7.2016.1.6> (дата обращения: 11.08.2019).

8. Рахматуллин Р. Ю. Эрих Нойманн о роли «козла отпущения» в формировании конфликта // Молодой ученый. 2014. №13. С. 235-237. URL: <https://moluch.ru/archive/72/12320/> (дата обращения: 11.08.2019).
9. Ческис А.А. Томас Гоббс – родоначальник современного материализма: его жизнь и учение. М.: Либроком, 2013. 138 с.
10. Шишков И.З. Философия. М.: Ленанд, 2018. 660с.
11. Ярычев Н.У., Цамаева А.А. Практико-ориентированная направленность в юриспруденции // Фундаментальные исследования. 2014. № 11-6. С. 1394-1397.

©Борисенков В.В., 2019

**Катрунов В.А., Фахрудинова Э.Р.**

**ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ВИЧ: СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

**Саратовский Государственный Медицинский Университет**

**имени В.И. Разумовского, Россия (Уфа)**

**Резюме.** в статье рассматривается актуальное состояние проблемы стигматизации и нарушения прав людей, живущих с ВИЧ, как одно из главных препятствий для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

**Ключевые слова:** ВИЧ, права человека, стигма, врачебная тайна.

**Katrunov V.A., Fakhrudinova E.R.**

**HUMAN RIGHTS AND HIV: SOCIO-ETHICAL ASPECT**

**Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Russia (Ufa)**

**Abstract:** this article discusses current state of the problem of stigmatization and violation of rights of people living with HIV, as one of the main obstacles to the prevention and treatment of HIV infection.

**Key words:** HIV, human rights, stigma, medical mystery.

Стигма и дискриминация в контексте ВИЧ/СПИДа является одним из главных препятствий для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. АнтиСПИДовские организации различных стран мира уделяют все больше внимания вопросам соблюдения прав человека. К сожалению, в России, по мере распространения ВИЧ-инфекции, все большее количество людей ежедневно сталкивается с проблемами, вызванными нарушением прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа. Самые различные группы населения оказываются по тем или иным причинам лишены права на сохранение здоровья. Подростки и молодые люди оказываются, лишены доступа к адекватной информации о безопасном сексуальном поведении. Зависимость от мужчины, лишает женщину контроля за своей безопасностью с точки зрения ВИЧ. Криминализация мешает потребителям наркотиков защитить себя от ВИЧ.

ВИЧ-положительные живут в обществе, имеют семьи, работают по различным специальностям. Дети с ВИЧ ходят в школы, ездят в летние лагеря, а некоторые из зараженных в больницах еще в конце 80-х-начале 90-х, уже подросли и создают собственные семьи. Естественно, что в такой ситуации требуются дополнительные усилия по просвещению населения, чтобы, с одной стороны, дать возможность каждому человеку жить нормально и пользоваться всеми правами гражданина своей страны, а с другой стороны, предотвратить новые заражения.

Поскольку проблема СПИДа получила в наше время большой общественный резонанс, эпидемия ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе некоторой активности по отношению к инфицированным людям, которые обнаруживают высокий уровень отрицательных воздействий. Реакция на произошедшее инфицирование может быть различной – от адаптивного варианта до выраженного патологического, в формировании которых принимают участие многие факторы. Среди них преморбидные свойства личности, конкретная ситуация, степень информированности больного о сущности болезни, поведение и отношение медицинских работников и лиц из ближайшего его окружения, а также сами проявления болезни. Анализируя переживания больных, можно обратить внимание на целый спектр тревожащих их проблем: беспокойство о будущем, продолжительности жизни и ее качества; страх по поводу разглашения диагноза и лишения работы; опасения по поводу возможного заражения членов семьи; чувство одиночества, вины, утраты самостоятельности, размышления о социальной изоляции, сексуальной неудовлетворенности. После сообщения о ВИЧ-инфицированности у пациентов наблюдаются реакции страха смерти, заражения близких и тревоги по поводу нарушения конфиденциальности, невозможности что-либо изменить, необходимости давать отчет о своей интимной жизни. Больные предъявляют жалобы на чувство беспокойства, напряженности, скованности, нервозности, раздражительности, невозможности взять себя в руки; ощущение беспомощности, неуверенности, бессилия перед внешними факторами; трудности засыпания и нарушения сна, концентрации внимания; учащенное сердцебиение, одышку, потливость. В поведении пациентов отмечается снижение работоспособности, ипохондрическая фиксация, агрессивность, как в отношении предполагаемого источника заражения, так и против окружающих, суицидальные намерения и действия, употребление алкоголя и психотропных препаратов.

Важной психологической проблемой, с которой приходится сталкиваться ВИЧ-инфицированным лицам, является социальная изоляция. Больных часто увольняют с работы, от них отказываются родственники и друзья, распадаются семьи, больные начинают чувствовать себя отверженными современным обществом. В качестве защитной реакции прослеживается стремление ВИЧ-инфицированных к объединению друг с другом (вплоть до знакомств с последующим заключением брака), поддержанию контактов с психотерапевтами и лечащими врачами, участию в создании общественных объединений для поддержки больных и проведения просветительной работы, поиску нетрадиционных методов лечения, получению поддержки со стороны различных религиозных организаций.

Следовательно, практически у всех больных на разных стадиях ВИЧ-инфекции в той или иной степени наблюдаются нарушения социально-психологической адаптации, которые

по мере прогрессирования заболевания могут приводить к развитию невротической симптоматики (уже в раннем периоде болезни) и психотических проявлений (на более поздних этапах) в различных сочетаниях между собой. Все это настоятельно диктует необходимость оптимизации лечебного процесса с использованием методов консультирования, а также определенных приемов психотерапии и психокоррекции выявленных отклонений.

Таким образом, эпидемия заболевания, вызываемого ВИЧ, привела к появлению в общественном сознании предубежденности в отношении инфицированных больных. Заражение ВИЧ в большинстве случаев расценивается обществом как закономерный результат аморального и антисоциального поведения. При появлении инфицированного лица в его окружении прослеживается реакция отторжения. Но если взрослые могут заразиться при половых контактах с ВИЧ-инфицированным, при пользовании общими шприцами, то вины детей в том, что они оказались ВИЧ-инфицированными, нет. Поэтому в отношении детей не должно быть никакой предубежденности и отторжения. Общество виновато в том, что они оказались ВИЧ-инфицированными, поэтому оно должно проявить к ним максимальную заботу.

Распространение ВИЧ выдвигает ряд новых проблем в сфере медицинской этики. При уходе за ВИЧ-инфицированными больными она имеет особо важное значение. Несомненно, что сам факт извещения человека об инфицировании ВИЧ является сильным психотравмирующим воздействием. Форма сообщения об этом должна быть подобрана с учетом индивидуальных характерологических особенностей личности, быть благожелательной и сочувственной. Ребенок, в отличие от взрослых, неавтономен: не может принимать самостоятельного решения, делать выбор, не может осознать своего положения, ему невозможно сообщить о страшном и пока неизлечимом заболевании. Поэтому если ВИЧ-инфицированным является маленький ребенок, то весь удар падает на его родителей. Это заболевание, как никакое другое, накладывает глубокий отпечаток на психоэмоциональное состояние родителей, семья живет в состоянии постоянных тревог и волнений, ведь ребенок может умереть в любой момент даже от обычной простуды. При работе с родителями ВИЧ-инфицированного ребенка многое зависит от медицинских работников.

При выполнении своих профессиональных обязанностей в работе с инфицированными ВИЧ, в том числе и больными СПИДом, медицинские работники должны руководствоваться следующими этическими принципами:

1. Сохрани врачебную тайну.
2. Не навреди.



3. Оптимально информируй.

4. Прояви милосердие.

Когда речь идет о ВИЧ-инфицированном ребенке, эти принципы имеют свои особенности и не всегда полностью приемлемы.

Обычно о праве на медицинское обслуживание и сохранении врачебной тайны людей с ВИЧ, говорится с точки зрения правозащитников. Существуют специализированные лечебные учреждения, где проводят медицинское обследование людей, живущих с ВИЧ, и где им оказывают медицинскую помощь. Безусловно, персонал таких лечебных подразделений знает, что существует тайна диагноза, право на конфиденциальность, анонимность и прочее. Проведены обследования людей, живущих с ВИЧ, показали, что наиболее острая проблема для них была связана с разглашением тайны диагноза. И чаще всего разглашение происходило тогда, когда диагноз ВИЧ-инфекция впервые устанавливался в медицинских учреждениях общего профиля. Во время обследования перед гинекологическими и хирургическими вмешательствами различного рода происходило разглашение тайны диагноза в рамках самого учреждения, где ВИЧ-положительные люди сразу подвергались определенным дискриминационным действиям, так и за пределами учреждения, когда информация в буквальном смысле передавалась из уст в уста. В результате этого права человека с ВИЧ, безусловно, ущемляются. И это принимает самые унижительные формы. Отсутствие интегрированных медицинских учреждений во многих странах существует система специализированной помощи ВИЧ-положительным людям, которая полностью интегрируется в общую систему здравоохранения. Это означает, что не может возникнуть никаких проблем с каким-либо специальным обследованием ВИЧ-положительного человека. У нас же нет никакой интеграции. Есть разве что довольно слабое взаимодействие между специалистами и специализированными учредителями, которые занимаются помощью людям с ВИЧ, и медицинскими учреждениями общего профиля. Вследствие этого сам диагноз «ВИЧ-инфекция» уже резко ограничивает объем медицинской помощи, которую может получить ВИЧ-положительный человек. Если, например, он нуждается в операции, ему могут либо вообще в ней отказать, либо уменьшить ее объем; бывают также попытки консервативного ведения этого больного в то время, когда ему необходимо, предположим, радикальное хирургическое вмешательство. Но это связано не только с хирургией, такое случается и в других областях. Если ВИЧ-положительный имеет какую-то проблему, которую могла бы решить общая система здравоохранения, то, как правило, он сталкивается с огромными трудностями. Мне кажется, что здесь очень многое зависит от людей. Сама структура здравоохранения отторгает людей, живущих с ВИЧ (администрация больниц, которая не хочет, чтобы у них лечились ВИЧ-положительные). Но

это позиция системы. Есть еще отдельные люди, благодаря которым удается решать некоторые вопросы. К примеру, если мы вызываем хирурга, который является специалистом в своем деле, то зачастую он соглашается делать то, что необходимо данному ВИЧ-положительному пациенту.

Нужно ли пациентам информировать о своем ВИЧ-статусе? Думается, что ВИЧ-положительный имеет полное право рассказывать и не рассказывать о своем статусе. Посмотрим на это с эпидемиологической точки зрения. Предположим, пациент скажет, что он ВИЧ-положительный. По большому счету, ему должна быть оказана такая же медицинская помощь, как если бы он не был ВИЧ-положительным. Кроме того, медперсонал должен соблюдать одинаковые меры предосторожности независимо от того, ВИЧ-инфицирован человек или нет. Если соблюдается санитарно-эпидемиологический режим, соблюдаются все правила безопасности, то, в общем, единственным сдерживающим фактором является психологический аспект. Конечно, врачу было бы проще разобраться с любой патологией, которая есть у данного пациента, имея он полную информацию о состоянии его здоровья. Если специалист не знает о факте ВИЧ-инфекции, иногда это уменьшает его понимание того, что происходит с данным человеком. На наш взгляд, выделение людей в отдельную группу, в отношении которой нужны особые меры предосторожности, абсолютно нецелесообразно. С одной стороны, это значительно снижает количество медперсонала. С другой стороны, многие медработники неправильно подходят к данной проблеме: это ВИЧ-положительный – мы будем соблюдать правила безопасности, а это не ВИЧ-положительный – мы не будем соблюдать правила безопасности.

Необходимо информировать всех медицинских работников о том, что такое ВИЧ-инфекция. Потому что дискриминация, разглашение тайны диагноза и большой ажиотаж вокруг этой проблемы, в первую очередь, существуют из-за того, что для наших врачей и медработников эта тема остается экзотической – это интересная информация, это страшная информация, но, тем не менее, это что-то невероятное. Чем больше будет конкретной и истинной информации в структурах здравоохранения, тем меньше будет мифов. Несомненно, необходимо создавать инфраструктуру и готовить квалифицированных специалистов, которые умеют проводить обследование ВИЧ-положительных людей и лечить ВИЧ-инфекцию как отдельную патологию. ВИЧ-инфекция сопровождается очень тяжелыми и для диагностики, и для лечения заболеваниями. Это крайне серьезная проблема, для решения которой необходимы квалифицированные кадры, которые сами собой не появятся: мы уже сейчас должны начать их подготовку. Это поможет как-то изменить ситуацию. Но люди должны заниматься практической деятельностью, а для этого нужны лаборатории и медицинские центры, где они будут работать. На наш взгляд, с одной стороны, должны быть

центры, где будут разрабатываться методические рекомендации, где будут обучаться – именно в процессе работы – кадры, и вместе с тем, конечно же, нужно интегрировать систему помощи людям с ВИЧ-инфекцией в общую систему здравоохранения. Это два взаимосвязанных процесса.

Врачебная тайна - как защитить себя от слухов и сплетен? Особенно, если они исходят от тех, кто, казалось бы, должен помогать и кому по роду занятий известно очень многое – от врачей. Хотя со времен Гиппократов врачевание – понятие священное, ее нарушение не такая уж и редкость. Закон не дает рецептов для каждого конкретного случая, но его знание помогает оценить ситуацию и найти выход из нее. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение врачебной тайны. Статья 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан раскрывает содержание врачебной тайны и дает исчерпывающий перечень ситуаций, в которых допускается ее разглашение. К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Под «иными сведениями» понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников. Человек, достигший 15 лет, вправе сам решать, кому и в каких целях могут быть доверены сведения, составляющие врачебную тайну. За несовершеннолетних в возрасте до 15 лет решение по этому вопросу принимают законные представители (родители, опекуны). С согласия гражданина или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе. Не будет нарушением врачебной тайны публикация в специальной литературе информации о течении болезни и способах лечения пациента без указания его имени. Врач может опубликовать фотографию пациента при условии, если по ней нельзя идентифицировать конкретного человека. Круг лиц, обязанных хранить тайну, определен законом. Если человек рассказал о своем диагнозе другу или сослуживцу, а тот передал эти сведения третьим лицам, то такой поступок может вызвать негодование и моральное осуждение, но не повлечет за собой ответственности за разглашение врачебной тайны. Обратим внимание на формулировку статьи 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан: пациент имеет право на сохранение врачебной тайны при обращении за медицинской помощью и ее получении. Следовательно, обязанность не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, распространяется прежде всего на медицинских работников (врачей, медицинских сестер, санитарок, сиделок, регистраторов) и фармацевтических работников. Студенты,

проходящие практику в лечебных учреждениях, также относятся к субъектам, обязанным хранить врачебную тайну. Не относятся к этому кругу лиц педагог, воспитатель, психолог, юрист (если он не является защитником, допущенным в установленном законом порядке к участию в уголовном деле). Разглашение, например, юристом сведений о состоянии здоровья гражданина, полученных во время консультаций, безусловно, будет нарушением профессиональной этики, но не будет нарушением закона. Поскольку к сведениям, составляющим врачебную тайну, относится информация и о самом факте обращения за медицинской помощью, то незаконной является демонстрация телевизионных репортажей из поликлиник и больниц, если в кадр попадает хотя бы один пациент, не выразивший своего согласия на съемку. Однако тележурналист не относится к категории лиц, обязанных по закону хранить врачебную тайну. В данной ситуации ответственность за разглашение врачебной тайны должен нести врач, допустивший съемку без согласия пациента. Наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками обязаны соблюдать врачебную тайну (и, следовательно, нести ответственность за ее разглашение) лица, которым эти сведения переданы в установленном законом порядке.

Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений (имеются в виду заразные болезни, распространение которых носит массовый характер; ВИЧ-инфекция к ним не относится.); 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебными разбирательствами; 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий. При оформлении больничного листа (официально он называется «листок временной нетрудоспособности») врач должен спросить согласие пациента на внесение сведений о диагнозе заболевания. Если пациент не согласен, указывается только причина нетрудоспособности, например, «заболевание» или травма» (статья 49 Основ законодательства об охране здоровья граждан), лечебные учреждения при оформлении медицинских документов должны использовать специальную печать или штамп без указания профиля.

Разглашение врачебной тайны в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, явление довольно распространенное. Во многом оно связано с тем, что люди, пострадавшие от разглашения врачебной тайны, не отстаивают свои права, и виновные не несут никакой ответственности. Смысл таких действий, однако, заключается в том, что лица, обязанные

соблюдать врачебную тайну, будут делать это только тогда, когда ответственность за ее разглашение будет неотвратимой. Если известно, кто разгласил сведения, составляющие врачебную тайну, и это доказуемо, то можно (и нужно) сделать следующее: - либо подать жалобу руководителю организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну, с требованием применить к такому сотруднику меры дисциплинарного взыскания (например, объявить выговор); - либо в порядке гражданского судопроизводства предъявить иск о возмещении морального вреда к той организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну.

Таким образом, сохранение врачебной тайны – один из самых важных этических принципов. Он предусматривает право на тайну личной жизни, соблюдение анонимности обследования и способствует созданию атмосферы доверия между медицинским работником и ВИЧ-инфицированным. Однако если сохранение профессиональной тайны представляет угрозу для общества или окружающих больного лиц, «не может быть речи о сохранении врачебной тайны». Поэтому в отношении ВИЧ-инфицированного ребенка принцип «сохрани врачебную тайну» находится в тесной взаимосвязи с принципом «не навреди».

Принцип «не навреди» заложен в основу юридических норм поведения не только медицинского персонала, но и пациента, и предусматривает определенный уровень взаимной ответственности. Ребенок в данном случае не несет никакой ответственности, ведь он не может сообщить окружающим о своей болезни. Однако такой ребенок подвергает окружающих опасности инфицирования. Вся ответственность должна ложиться на плечи его родителей. Именно они могут в данном случае предотвратить заражение других людей. Так, если не сообщить врачу о недуге ребенка, медицинские работники находятся под угрозой заражения при проведении инвазивных процедур, операций или других манипуляций, связанных с контактом с биологическими жидкостями и тканями инфицированного. А такая угроза реальна. Так, в США, по официальным данным, более 6 тысяч медицинских работников инфицированы ВИЧ, что лишило их не только здоровья, но и возможности работать по специальности. Однако законодательством в настоящее время не предусмотрена ответственность родителей ВИЧ-инфицированного ребенка за скрытие данных о наличии у него ВИЧ-инфекции, поэтому приходится рассчитывать только на их сознательность.

Для медицинского работника соблюдение принципа «не навреди» состоит в тщательном обследовании пациента, исключая поспешности в постановке диагноза или ошибку.

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, сложна. С одной стороны, в течение первого года жизни в сыворотке крови ребенка циркулируют материнские антитела, и, следовательно, обнаружение антител к ВИЧ у детей

первого года жизни не является достаточным основанием для постановки им диагноза ВИЧ-инфекции. С другой стороны, поскольку заражение ВИЧ в неонатальном периоде может индуцировать гипо-агаммаглобулинемию, исчезновение антител не может считаться достаточным основанием для снятия диагноза ВИЧ-инфекции, в связи с чем дети, родившиеся от ВИЧ-позитивных матерей, должны наблюдаться не менее чем в течении 36 месяцев от рождения. После этого вопрос о наличии у них ВИЧ-инфекции решается на основании анализа комплекса клинических, иммунологических и серологических данных. Но на время выяснения, болен ребенок или нет, его необходимо изолировать от здоровых детей. Это касается, прежде всего, тех детей, от которых отказались родители. В Калининграде открылись впервые в России ясли для ВИЧ-инфицированных детей. В городе зарегистрировано 50 детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. От 15 из них родители отказались. До настоящего времени детей, от которых отказались родители по этой причине, отправляли в специализированное отделение инфекционной больницы.

Принцип «не навреди» заключается также в соблюдении врачом деонтологических принципов по отношению к своим коллегам. Это наиболее актуально, если речь идет о ВИЧ-инфицированном ребенке. Направляя такого ребенка на обследование или консультацию к другим специалистам, врач должен известить их о наличии у пациента ВИЧ-инфекции.

Принцип оптимальной информированности позволяет врачу убедить инфицированного ВИЧ в возможностях медицины, достаточных для того, чтобы продлить ему жизнь, отдалить наступление клинических проявлений СПИДа и смертельного исхода. Такая работа в данном случае должна проводиться с родителями ВИЧ-инфицированного ребенка. Обязанность врача – донести до сведения родителей информацию о состоянии здоровья ребенка, о возможностях и ограничениях в жизни, необходимости периодического обследования и лечения.

Как показал мировой опыт, помимо особенностей течения ВИЧ-инфекции у детей по сравнению со взрослыми, существуют некоторые отличия ее проявлений в разных возрастных группах детей.

По данным литературы, у детей, инфицированных перинатально, при отсутствии профилактического лечения в 14% диагностируется СПИД в течение первого года их жизни, в 11-12% диагноз СПИД устанавливается в каждый последующий год, а к 4 году жизни у половины инфицированных детей устанавливается диагноз конечной фазы болезни – СПИДа. У этих детей отмечаются высокие показатели общей смертности: в возрасте до 5 лет умирает каждый четвертый ВИЧ-позитивный и 12% ВИЧ-негативных детей, тогда как в контрольной группе детей от здоровых матерей этот показатель не превышает 5%. По

данным большинства авторов, среди ВИЧ-инфицированных детей в результате вертикальной передачи большая часть умирает, не дожив до 5 лет.

Очень часто родители не в силах преодолеть психологический барьер и заботиться о ВИЧ-инфицированном ребенке, в большинстве случаев они сами являются ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, тогда они отказываются от ребенка и возлагают заботу о нем на плечи государства. Именно в такой ситуации особенно важно соблюдение принципа милосердия.

Принцип милосердия требует, чтобы все действия медицинских работников совершались во имя интересов и ради благополучия пациентов. Как ВИЧ-инфицированный ребенок в латентной стадии заболевания, так и больной манифестным СПИДом требует большего внимания, чем больные другими инфекциями. Клиника ВИЧ-инфекции у детей имеет ряд особенностей: чаще, чем у взрослых, встречаются рецидивирующие бактериальные инфекции; наиболее частыми клиническими признаками являются энцефалопатия и задержка темпов психомоторного и физического развития.

Естественно, уход за ВИЧ-инфицированным ребенком требует соблюдения особых мер предосторожности, но она не должна привести к тому, чтобы дети, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом, чувствовали себя отвергаемыми людьми. Как и всем другим детям, им необходима ласка, тепло и забота окружающих. Особенно это касается брошенных детей, помещенных в детские дома. В такой ситуации принцип «не навреди» распространяется на здоровых детей, которые, находясь рядом с ВИЧ-инфицированными, могут заразиться ВИЧ-инфекцией. В данном случае единственным правильным решением будет полная изоляция ВИЧ-инфицированных детей. Так, в Санкт-Петербурге создан детский дом для ВИЧ-инфицированных детей. Здесь больные дети получают необходимую заботу и не подвергают опасности заражения здоровых детей.

Таким образом, проведение в жизнь изложенных этических принципов зависит от конкретных людей, которые должны обладать не только соответствующей профессиональной подготовкой, но и высокими нравственными качествами, милосердием и состраданием. ВИЧ-инфицированному ребенку в настоящее время можно помочь заботой, вниманием, лаской и теплом. Особенно они нужны брошенным детям, для которых необходимы специальные детские дома. Это позволит защитить здоровых детей от инфицирования ВИЧ.

©Катрунов В.А., Фахрудинова Э.Р., 2019

Зайдуллин Р.Д.

**ПРАВО В ДРЕВНЕЙ ПЕРСИИ – РЕЛИГИЯ И ЗАКОН**

**БГПУ им. М.Акмуллы Россия (Уфа)**

**Резюме.** В данной статье рассматривается о влиянии древних постулат на современность.

**Ключевые слова.** Древняя Персия, закон, право.

**Zaidullin R.D.**

**LAW IN ANCIENT PERSIA-RELIGION AND LAW**

**BSPU named after M. Akmulla Russia (Ufa )**

**Summary.** This article discusses the influence of ancient postulates on modernity.

**Keyword.** Ancient Persia, law, law.

**Актуальность.** Актуальность работы обусловлена тем, чтобы рассмотреть, как древние постулаты влияют на современное состояние истории человечества. Ментальное наблюдение через диахронно-синхронный метод приведёт нас к определяемой цели.

**Цель работы.** Особо пристальное внимание обращено на религиозные традиции доисламской Персии и их влияние на позднейшую практику и предписания ислама, в том виде, в каком он получил распространение в иранских землях. Комплексное исследование истории, религии, культуры и литературы приведёт к определению самоотождествления иранцев и связи прошлого персидского народа с культурно-политическими сдвигами современности.

**Материалы и методы.** При исследовании поставленного нами вопроса мы применили ряд методов: методы теоретического познания (аксиоматический, формализация); методы эмпирического познания (описание, сравнение).

О жизни персов в глубокой древности известно из ассирийских источников, в которых описывались конфликты с разными горскими племенами. Известно, что в конце VIII века до н. э. возле озера Урмия образовался племенной союз под руководством вождей знатного персидского рода Ахеменидов. Эту землю завоевала сначала Ассирия, а в 7 в. до н. э. подчинила себе Мидия. Царь Мидии Астиаг выдал одну из своих дочерей за персидского царя Камбиза I, правнука легендарного основателя персидской династии Ахеменидов. В этом браке появился на свет Кир II, ставший в будущем Великим, царём всех персидских народов. С его рождением связана легенда, которую донёс до нас в своей «Истории» Геродот.

Староперсидское слово *data-*, «закон», в царских надписях Ахеменидов обозначает одновременно «царский закон» и «божественный закон». Однако в стране не существовало



кодекса законов, а вся правовая и юридическая система была основана на царских декретах. Любое нарушение воли великого царя строго наказывалось: мятежники и узурпаторы сажались на кол, им отрезали нос, уши и язык, они ослеплялись.

Восстания народных масс 522-521 гг. до н. э. показали непрочность Персидской державы. Учитывая их уроки, Дарий I осуществил важные административно-финансовые реформы, которые позволили создать устойчивую систему государственного управления и контроля над завоеванными странами, упорядочили сбор податей и увеличили контингенты войск. В результате проведения реформ была создана новая административная система, в дальнейшем до конца господства персидских царей не претерпевшая существенных изменений.

Дарий I разделил государство на административно-податные округа, которые назывались сатрапиями. Сатрапии по своим размерам превосходили провинции более ранних империй (например, Ассирии), границы которых совпадали со старыми государственными границами стран, входивших в состав Персидской державы (например, Египет).

Во главе новых административных округов стояли сатрапы (букв. «хранители царства»). Должность сатрапа существовала с начала возникновения Персидской державы, но при Кире, Камбизе и в первые годы царствования Дария I наместниками во многих странах являлись местные правители, как это было ещё в Ассирийской и Мидийской империях. Реформы же Дария должны были сосредоточить руководящие должности в руках персов.

Персы занимали в государственном аппарате особое положение, в их руках были сосредоточены важнейшие военные и гражданские должности не только в самой Персии, но и в других странах. После реформ Дария персы появились даже в провинциальных учреждениях покорённых стран в качестве судей. Вместе с тем персидская администрация широко прибегала к помощи представителей других народов. В Вавилонии, Египте, Малой Азии и других областях судьями, градоначальниками, управляющими государственными арсеналами, начальниками царских строительных работ обычно были вавилоняне, египтяне, иудеи, арамеи, эламиты, греки и т. д. с их многовековым техническим и административным опытом. Судя по именам собственных лиц административного персонала в царском хозяйстве Персеполя, счетоводами работали эламиты, а надсмотрщиками и заведующими сокровищницей – персы.

Интерес вызывает медицина Древней Персии.

В древней Персии господствовала дуалистическая религия, и в бесконечной борьбе добра и зла боги-целители представляли, конечно, светлую и благодетельную силу. Главным среди

них был Митра. Медицина же происходила из садов Амертат, богини долголетия, где произрастали тысячи целебных растений.

У древних персов не было анатомических знаний, а их отношение к болезни было основано на религии и магии. Медициной занимались исключительно служители бога Мазды, лечение состояло в очистительных церемониях, молитвах и ритуалах.

Вопрос о религиозных представлениях народов Древнего Ирана остается решенным не до конца. Большинство исследователей полагают, что примерно до 4—3 вв. до н.э. единых религиозных представлений у народов Древнего Ирана не было и ведущая роль принадлежала местным культам. С конца 7 в. до н.э. началась проповедь нового религиозно-философского учения – зороастризма (по имени основателя Заратуштры, греческое Зороастр: жил в 7–6 вв. до н.э.: по другим источникам – в 12–10 вв. до н.э.). Начиная с 3 в. до н.э. зороастризм стал единой религией народа Ирана, провозгласившей веру в верховное божество Ахурамазду (Ормазд). Ахурамазда – творец мира, единственный всемогущий бог добра, олицетворяющий свет, жизнь и правду. Ему противостоит верховное божество зла Ангро-Майнью (Ахриман), который олицетворяет мрак, смерть, болезнь. Человек создан Ахурамаздой, но свободен в выборе между добром и злом, а потому доступен воздействию духов зла. Он должен бороться против зла с помощью благих мыслей, благих слов и благих дел (триада зороастрийской этики). При этом аскетизм отвергался как фактор, ослабляющий тело человека и способствующий победе злых духов. Бытие мыслилось как постоянная борьба двух начал. Этика зороастризма, включавшая идею зависимости миропорядка творчества и справедливости в мировой борьбе добра и зла от свободного выбора человека, его активного участия в этой борьбе на стороне добра, а также отказ от непротивления злу и нирваны, стремление к самосовершенствованию, наложила печать своеобразия на культуру иранских народов. оказала большое воздействие на иранскую медицину

Древние иранцы создали одну из первых натурфилософских систем: представление о зависимости существования человека от четырех стихий — солнца, земли, воды и воздуха и четырех влаг организма — алой, черной, белой крови и желчи. Причем соки организма находятся то в состоянии борьбы, то поддерживают друг друга, что и дает начало здоровью или болезни. Важное место в общебиологических представлениях древних иранцев имело учение о свете, который они подразделяли на видимый и невидимый. Видимый свет ощутим, он исходит в природе от Солнца и огня. Однако более важную роль в жизнедеятельности играет невидимый свет. Он не ощутим, исходит от растительных и животных организмов и дает тепло организму. Если организм обладает способностью получать достаточное количество такого света, то в нем образуется тепло и человек уравновешен и здоров («добрый»). Если же человек поглощает мало света, то он близок к злу и становится во всех

отношениях «нехорошим». Центром распределения тепла считали желудок. Важная роль отводилась также печени, которая, по мнению древних иранцев, была местопребыванием страстей.

Изучение Авесты показывает, что ее создатели имели некоторые, хотя и весьма скудные, представления о строении и функциях человеческого тела. Различали три вида сосудов человека: несущие черную кровь (болезнь), несущие алую кровь (здоровье), сосуды без крови (очевидно, нервные стволы), от которых зависит вся жизнь.

Общей причиной любой болезни считали либо козни бога тьмы Ахримана (степень тяжести болезни зависела от степени греховности человека и озлобления), либо гнев бога добра Ахурамазды, если человек ушел «от добра к злу». Сама болезнь являлась нарушением равновесия между органами. Как козни Ахримана, так и гнев Ахурамазды реализовывались через конкретные причины, которые нарушали соотношения между соками организма или способность получать достаточное количество невидимого света. Среди этих причин возникновения заболеваний на первом месте стояло переохлаждение, затем невоздержанность в пище или недоброкачественность пищи, недоедание, злоупотребление работой, отдыхом, половой жизнью, нравственное падение – грех и, наконец, гнев Ахримана, передаваемый через ядовитых животных, насекомых и червей, а также посредством теплого и холодного воздуха. В происхождении болезней и их лечении существенная роль уделялась психике: гнев подавляет аппетит, а радость его возвращает, «глубокая дума» ведет к психическим расстройствам.

Врач в Древнем Иране был окружен ореолом совершенства и мудрости. Медицина учились долго, главным образом по книгам. Книги носили компилятивный характер, усиленно переписывались, покупались за границей, передавались из поколения в поколение; высоко ценились египетская медицинская литература и египетские врачи. В Авесте отражено положение врача в Иране. За лечение он получал плату, размер которой зависел от социального положения и материального достатка пациента. Медицина определялась, как искусство сохранять тело в здоровом состоянии.

Поэтому важное место отводилось предупреждению болезней: «Вырви недуг прежде, чем он коснется тебя». Далее следовали многочисленные рациональные предписания гигиенического характера: содержание в чистоте тела, одежды, дома, домашних животных, уничтожение всего гниющего, очищение одежды и предметов, находившихся в соприкосновении с больными и трупами. Рациональные элементы содержались и в предписаниях о режиме питания, семейной жизни, об отношении к беременным женщинам и кормящим матерям, в запрещении пить опьяняющие напитки и др. Учение о врачебной этике соответствовало этике зороастризма и было пронизано гуманизмом. Знание врачом

приобретается только для пользы другим; он обязан использовать любую возможность для самосовершенствования. Врач должен быть вежливым, ласковым в обращении, деликатным в беседе, не поверять врачебной тайны даже самым близким друзьям.

Анализ текстов Авесты показывает, что древнеиранские врачи в практической деятельности пользовались главным образом рациональными приемами. В диагностике большое место занимали осмотр внешнего облика больного, исследование мочи и пульса. Признание недуга самим больным и откровенность пациента в беседе с врачом считались важным условием успешного лечения.

Результаты и обсуждение. Большая часть врачей при дворе ахеменидских и сасанидских царей были иностранного происхождения. По всей видимости, Ахемениды очень доверяли своим египетским врачам (таким, как Уджахор - во времена Камбиза и Дария), «которые были лучшими в искусстве медицины», согласно заявлениям Геродота. На них также работали некоторые греческие врачи, добровольно или по принуждению. Наиболее знаменитыми греческими врачами были, без сомнения, Демокед Кротонский (личный врач Дария I и его супруги Атоссы) и Ктесий Книдский (один из врачей при дворе Артаксеркса II и автор труда, озаглавленного «Персика»). Сасаниды же чаще предпочитали призывать сирийских врачей христианской веры, таких, как Стефан из Эдессы или Гавриил из Шиггара, соответственно, личные врачи Кавада I и Хосрова II. Наиболее известный из врачей сасанидской эпохи был, без сомнения, Бурзой, врач при дворе Хосрова I. Однако его репутация менее связана с его медицинскими талантами, он более известен своим переводом (с санскрита на среднеперсидский) замечательного сборника сказок и басен «Панчатантра». Этот прямой перевод был потерян, но персидский перевод, базирующийся на арабской версии перевода Бурзоя, сохранился в форме «Калила и Димна» (имена двух шакалов в одной из басен). Кроме того, именно во время Хосрова I были построены первые больницы в Вех-Анти-ок-Шапур (Гундешапур, Джундишапур) в Хузистане.

Возвращаясь правовым вопросам, сам царь Дарий I в одной из надгробных надписей (DNb) излагает своё понимание того, что правильно и справедливо с его точки зрения:

Качества Ахеменидского царя:

«Царь Дарий I заявляет: “Милостью Ахурамазды я являюсь другом правды, я не друг несправедливости; я стремлюсь к тому, чтобы слабость не подвергалась несправедливости от могущественных; я также не хочу, чтобы могущественный подвергался несправедливости от слабого. Право – вот мое желание; я не друг лжецу; я не поддаюсь ярости; когда мне приходится решать спорный вопрос, я тщательно его обдумываю и мыслю твердо. Человека, который сотрудничает со мной, я защищаю, согласно его сотрудничеству; того, кто вредит, я

наказываю, согласно его вреду; мое желание состоит не в том, чтобы человек вредил; мое желание в том, чтобы он был наказан, если он вредит” (DNb 5 – 21).

Из этого пассажа ясно, что Дарий будет считать «ложью» все то, что идет вразрез с его законной царской властью и что несогласно с его божественной волей, как уже было записано в его надписи в Бехистуне.

В царствование Дария I велась интенсивная работа по кодификации законов покорённых стран и народов (например, Египта), а также изучались древние законы, особенно свод Хаммурапи. Действующие в различных странах законы были приведены к единообразию, а в необходимых случаях изменены в соответствии с политикой царя.

У персов было своё обычное право, позже ставшее основой законов царя, упоминающихся греческими авторами. Царь мог устанавливать новые законы и назначать судей для разбора наиболее важных дел. В правовой жизни персов большую роль играли семь знатных родов, представители которых входили в царский совет.

При Кире и Камбизе ещё не были установлены твёрдо системы податей, основанной на учёте экономических возможностей стран, входивших в Персидскую державу. Подвластные народы доставляли подарки или же платили подати, которые, по крайней мере частично, вносились натурой.

Около 519 г. до н.э. Дарий I ввёл новую систему государственных податей. Все сатрапии обязаны были платить строго зафиксированные для них денежные подати, установленные с учётом обрабатываемой земли и степени её плодородия.

Персы – господствующий народ – не платили денежных налогов, но не были освобождены от натуральных поставок.

Развитие товарно-денежных отношений требовало монетной реформы. После 517 г. до н. э. Дарий I ввёл единую для всей империи монетную единицу, основу персидской денежной системы, - золотой дарик весом 8, 4 г. Чеканка золотой монеты была привилегией персидского царя.

Могущество Персидской державы в значительной мере зависело от армии, ядро которой составляли персы и мидийцы.

Выводы. В царствование Дария I Персидская держава достигла расцвета. Упрочив свою власть и завершив реформы, он приступил к расширению владений. Около 517 г. до н. э. персы покорили северо-западную часть Индии. Одновременно продолжались завоевания в бассейне Эгейского моря, где на острове Самос существовало самое крупное государство. Было покорено персами в 517 г. до н. э.

©Зайдуллин Р. Д., 2019

Агеенкова Е.К., Сперанская Г.Л.<sup>1</sup>

## ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Белорусский государственный педагогический университет

им. М. Горького, Институт психологии

<sup>1</sup>Белорусский государственный университет культуры и искусств

**Резюме.** Проблема связи личности и здоровья / болезни представлена в статье как психолого-педагогическая и социальная. Монометрический подход к оценке личности рассматривается как малоэффективный и предлагается проективная методика «Персональная сказка» для характеристики личности как целостности. Представлена общая характеристика личности больных артериальной гипертензией, полученная при использовании методики «Персональная сказка».

**Ключевые слова:** жизненный сценарий, артериальная гипертензия, воспитание, личность, целостность.

Ageenkova E.K. Speranskaya G.L.<sup>1</sup>

## PERSONALITY AND HEALTH

Belorussian Pedagogical State University named after M. Gorky, Institute of Psychology

<sup>1</sup>Belorussian State University of Culture and Arts

**Abstract:** The article deals with the connection of personality and health / disease. This problem is considered as a pedagogical, psychological and social one. Personality questionnaires are considered unaffected for study health / disease problem because of split personality presentation. So the projective technique “Personal Tale” is suggested for personality description as a whole entity and personality description of arterial hypertension patients is presented.

**Key words:** life script, arterial hypertension, education, personality, wholeness.

Свойства личности являются тесно связанными как с общим состоянием здоровья человека так и с определенными заболеваниями. Такая связь прослеживается относительно общей жизненной концепции и установок личности и конкретного характера переживания в различных жизненных ситуациях. Психологический «триггер» заболевания нуждается в первую очередь в психотерапевтической помощи, которая может быть упреждающей или сопровождающей медикаментозное лечение. Такую помощь может оказать психолог, врач, и личность сама себе, если она обладает некоторыми знаниями и склонностью к рефлексии и самоанализу. Поэтому изучение и пропаганда психологических основ сохранения здоровья, соответствующее воспитание личности являются актуальным направлением в работе различных специалистов: педагогов, психологов, социальных работников, врачей.

Известно, что пусковым механизмом для различных заболеваний являются стрессы. Однако, как считают специалисты, запускается заболевание не столько модальными или уровневыми влияниями стресса, сколько реакцией на этот стресс личности в силу субъективного восприятия особенностей стресс фактора. Проблему тесной корреляции между психической и соматической системами у больных людей поставил М.И. Аствацауров, написав еще в 1938 году: «Повседневные клинические наблюдения не оставляют никакого сомнения в том, что различные эмотивные состояния непосредственно (т.е. без участия сознания) включаются в качестве самостоятельного звена в цепь гормонально-вегетативной корреляции, превращающейся в *circulus vitiosus*, в котором соматические и психические элементы непосредственно переходят друг в друга» [1, с. 310]. Такая связь прослеживается в исследованиях Е. К. Агеенковой, которая показала, что гипертоники проигрывают в своих представлениях после завершения действия стресс факторы ситуации с большей эмоциональностью, чем в момент её развёртывания. Содержание таких представлений является преимущественно негативным с конструированием в возможном будущем неприятных ситуаций, а также происходит мысленный диалог с оппонентом с переживанием преимущественно отрицательных эмоций [4]. Отметим в этой связи, что сила эмоциональной реакции на стимул может увеличиваться со временем после окончания его действия [5]. Таким образом, личностная переоценка негативного содержания стресс фактора, направленность на его последующее воссоздание в представлениях часто является провокацией заболевания.

Многие исследования стремятся выявить личностный профиль или соматический тип человека как предпосылку возникновения психосоматических заболеваний. В этом направлении популярным является рассмотрение психологического типа в рамках психоаналитической теории и попытки психологической помощи больному по технологии психоанализа, которые, однако, показали себя как трудоемкие и малоэффективные. В целом, поиски устойчивых личностных типов как предпосылки заболевания оказываются до настоящего времени бесполезными. Используемый повсеместно монометрический подход к оценке личности при помощи стандартизированных опросников предлагает рассматривать её через призму отдельных качеств, которые фрагментируют целостную картину психической жизни личности. Кроме того, подобная оценка личности базируется на самооценке и самонаблюдении и вряд ли может рассматриваться как достаточно объективная. Также в личности как системе необходимо выявлять системообразующий уровень, определяющий качества её целостного содержания, а монометрический подход реализуется в рамках элементаризма, доказавшего еще в начале 20 века свою теоретическую несостоятельность. Представляется также, что подобный психологический инструментарий создает слишком

обобщенную и отчасти искусственную характеристику личности, а также пытается установить свойства уже заболевшего человека без учета влияния заболевания на личностную трансформацию.

Однако личностные предпосылки заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, бесспорно, существуют. Например, обследование около 1,5 тыс. человек в Институте кардиологии Беларуси показало, что для больных артериальной гипертензией (АГ) более значимо состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время психоэмоциональной нагрузки, сколько после неё, что и было показано в публикациях [4]. Беседа с больными также показала, что они медленно восстанавливают эмоциональное равновесие, долго вспоминают негативные ситуации и переживают их длительное время. Больные АГ мысленно представляют даже незначительные стрессовые ситуации с нарастающей эмоциональностью, что было названо «продолжение психоэмоционального стресса» [2]. Было также выявлено, что у лиц с АГ восстановление фонового состояния после «информационной пробы» длилось более 10 положенных минут, а у здоровых испытуемых и больных неврозами фоновое состояние восстанавливалось в одинаковые нормативные сроки. Таким образом, можно утверждать, что неврозы и АГ имеют различные личностные предпосылки которые в значительной степени обусловлены воспитанием и самовоспитанием. Установление психологических причин произвольного усиления негативного эмоционального опыта является важным для понимания целостного психологического мира человека и важности именно психологической помощи ему. Поэтому необходимым является психологическое и педагогическое обоснование работы с личностью, формулирование соответствующих рекомендаций с учетом возраста, индивидуальных и культурных особенностей. Сеем предположить, что возможными причинами столь специфичного застойного эмоционального поведения могут являться завышенная самооценка, ослабление образа будущего и целевого поведения, дефицит личностного общения, эгоистическая ориентация и болезненное самолюбие.

Выявление определенных личностных характеристик, целостной картины личности требует особых подходов. К ним можно отнести разрабатываемую Е. К. Агеенковой проективную методику «Персональная сказка», позволяющую выявить при использовании методики проективного анализа целостный «жизненный сценарий» человека. Испытуемому предлагается сочинить сказку, которая начиналась бы словами «Жили-были...». При классификации жизненных сценариев выявились следующие наиболее значимые элементы поведения персонажа проекции: 1) оценка персонажа проекции (я – хороший или я – плохой); 2) наличие испытаний (есть испытания и персонаж идет им навстречу, испытаний нет или он уклоняется от них); 3) взаимодействие с противником (персонаж проекции



встречает противника и вступает в борьбу с ним или противника нет и он уклоняется от борьбы); 4) отношение к помощи (опирается только на свои силы, принимает помощь других, надеется на чудо, талисман или на удачу); 5) достижение блага персонажем проекции (приобретает блага или признание, блага не достигает или отказывается от него); 6) оценка других действующих лиц (вы – хорошие, вы – плохие; вас нет) [3]. Таким образом, было обнаружено восемь групп сказок со сходными линиями поведения их главных персонажей, которые воспроизводят «жизненные сценарии» сочинителей. Эти жизненные сценарии могут быть обозначены как жизненные девизы: «Я хороший, поэтому достоин блага»; «Все могло бы закончиться хорошо, если бы я не ...»; «Я мог бы сделать что-либо, но мне это не надо»; «И вечный бой, покой нам только снится»; «Достижение благодаря борьбе и победе»; «Я хочу жить в красивом мире с прекрасными людьми»; «Нет в жизни счастья»; «Если станешь на моем пути, я тебя уничтожу» [3]. Таким образом, был обнаружен ряд специфических жизненных планов у больных артериальной гипертензией, алкогольной зависимостью, тревожным расстройством [3].

Изучение жизненных сценариев людей с артериальной гипертензией показало наличие у них общих черт личности. Так, они, будучи людьми честными и добропорядочными, создают образ себя как личности безупречной на фоне других людей, обладающих различными недостатками. При этом больные АГ стремятся совершать только правильные, по их мнению, поступки, соответствовать неким стандартам нравственности. Кроме того, им свойственна определенная эмоциональная холодность и бедность эмоциональной жизни при переоценке значимости собственных переживаний и настроений. При этом ограниченность эмпатии и стремления понять других снижает степень глубины и содержательности отношений с окружающими. Как вывод - личность больного АГ испытывает дефицит личностно-ориентированного общения и эмоциональных отношений, имеет завышенную самооценку, ограниченность рефлексии.

Таким образом, здоровье и сбережение является не только медицинской, но психологической и социальной проблемой, в основе которой лежит воспитание личности и психологическая помощь ей. Обоснование связи личностной организации и здоровья\болезни является эффективным при характеристике личности как целостности, а не набора различных свойств. Одной из методик работы с личностью является проективная методика «Сочини сказку», позволяющая установить целостную картину психологической жизни человека.

### **Список литературы**

1. Агеенкова Е.К. Диагностические возможности применения авторской методики «Персональная сказка» в процессе психологического консультирования // Философия и

социальные науки в современном мире: материалы междунар. научн. конф. к 30-летию фак. философии и социальных наук Белорус. гос. ун-та. - Минск 26-27 сент. 2019 г. – Минск: БГУ, 2019. – С. 357-361.

2. Агеенкова Е.К. Произвольное пролонгирование психоэмоционального стресса как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие [Электронный ресурс] // Электронный журнал Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. - (2016)– 2017. - №4. – Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=241>. – Дата доступа: 27.01.2017.

3. Агеенкова Е.К., Асташенкова Е. С. Особенности эмоционального реагирования как фактор риска артериальной гипертензии // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: психология здоровья и здорового образа жизни: материалы III междунар. научн. конф. 19-20 мая 2011г., Минск. – Минск: Издательский центр БГУ, 2011. – С. 2 - 6.

4. Аствацауров М.И. Избранные работы. – Ленинград.: Изд-во военно-мед. академии РККА, 1939. – 438 с.

5. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.

©Агеенкова Е.К., Сперанская Г.Л., 2019

Зубаирова-Валеева А.С.

**ИСТОКИ АЛЬТРУИСТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ  
С ПОЗИЦИЙ АНТРОПОЛОГИИ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** Классический эволюционный подход объясняет происхождение человеческой морали действием естественного отбора и не делает качественного различия между близкими формами поведения, наблюдаемыми у животных, и моралью человека. Современные антропологи опираются на синтез идей эволюционизма с генетикой («эгоистичный ген», генно-культурная коэволюция, эпигенетика) и нейробиологией («зеркальные нейроны»). И всё же человеческую мораль невозможно свести к биологической обусловленности и популяционной выгоде. От так называемой «морали» животных она отличается наличием свободы выбора, антитезы между должным и сущим, обуславливающей известную противоречивость поведения человека.

**Ключевые слова:** альтруистическое поведение, мораль, эволюционная этика, антропология.

**Zubairova-Valeeva A.S.**

**THE ORIGINS OF ALTRUISTIC BEHAVIOR  
FROM THE POSITION OF ANTHROPOLOGY**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** The classical evolutionary approach explains the origin of human morality by the action of natural selection and does not make a qualitative difference between the close forms of behavior observed in animals and human morality. Modern anthropologists rely on a synthesis of the ideas of evolutionism with genetics (“selfish gene”, gene-cultural co-evolution, epigenetics) and neurobiology (“mirror neurons”). But human morality cannot be reduced to biological conditioning and population benefits. It differs from the so-called “morality” of animals in the presence of freedom of choice, the antithesis between the due and the existing, which determines the well-known inconsistency of human behavior.

**Keywords:** altruistic behavior, morality, evolutionary ethics, anthropology.

Происхождение морали и альтруистического поведения – важный аспект вопроса о соотношении биологического и социального в человеке.

Существует два основных подхода: подход классической (философской) этики и подход эволюционной этики, развиваемый в рамках антропологии.

Альтруизм в философской этике – нравственный принцип, предписывающий бескорыстные действия, направленные на благо других людей; способность приносить свою выгоду в жертву ради общего блага.

Альтруизм в эволюционной этике и биологии в целом – это поведение, ведущее к повышению приспособленности (репродуктивного успеха) других особей в ущерб своим собственным шансам на успешное размножение. В рамках данного подхода указывают на развитие сотрудничества, взаимопомощи и самопожертвования не только у человека, но и у животных, особенно социальных. Классический эволюционный подход, к примеру, объясняет происхождение человеческой морали действием того же естественного отбора и не делает принципиального, качественного различия между близкими формами поведения, наблюдаемыми у животных и моралью человека. В частности, ещё Ч. Дарвин объяснял появление альтруистичных моделей поведения у человека действием группового отбора: оптимальные возможности для выживания получают те сообщества, в которых поддерживается взаимопомощь членов группы [2, с. 244].

Эти идеи получили своё развитие в работе отечественного мыслителя и ученого П.А. Кропоткина [3]. Известный советский исследователь эволюционной генетики В.П. Эфроимсон в целом придерживался той же позиции и считал, что, так как направление эволюции человека было в значительной мере связано с дальнейшим развитием умственных способностей, это привело к удлинению срока беспомощности детей и резкому обострению отбора на альтруистические эмоции [5]. Английский биолог В.Д. Гамильтон при помощи математических расчетов показал, что альтруистичное поведение, направленное на близких родственников, даже если оно приведет к гибели данной особи, способствует распространению ее генотипа в данной популяции [см. 4, с. 31].

Современные антропологи опираются на синтез идей эволюционизма с генетикой («эгоистичный ген», генно-культурная коэволюция, эпигенетика) и нейробиологией (например теорией «зеркальных нейронов»<sup>1</sup>). В частности, Р. Докинз (р. 1941) полагает, что основным агентом отбора является не популяция, а набор генов. Особь – «машина» для выживания гена. Альтруизм индивида диктуется генетическим эгоизмом (концепция «эгоистичного гена»). Концепция «взаимного (реципроктного) альтруизма» Р. Триверса

---

<sup>1</sup> Зеркальные нейроны (англ. *mirror neurons*) — нейроны головного мозга, которые возбуждаются как при выполнении определённого действия, так и при наблюдении за выполнением этого действия другим животным. Такие нейроны были достоверно обнаружены у приматов, подтверждено их наличие у людей и некоторых птиц. Эти нейроны могут быть задействованы в эмпатии, в понимании действий других людей и в освоении новых навыков путём имитации.

(р.1943) объясняет альтруизм в т.ч. среди не родственных особей: индивиды оказывают содействие другим, полагая, что им отплатят тем же.

И всё же мораль человека невозможно свести к безликой биологической обусловленности и популяционной выгоде; от так называемой «морали» животных она отличается наличием свободы выбора, составляющей известную противоречивость человека. Как пишет д-р филос. наук, проф. Р.Г. Апресян, эволюционная этика вообще «обходится без понятий намерения, свободы, творчества, универсального требования, не рассматривает фундаментальную для понимания морали антитезу между должным и сущим» [1, с. 410].

#### **Список литературы**

1. Апресян Р.Г. Эволюционная этика // Новая философская энциклопедия. В 4 т. М.: Мысль, 2001. Т.4. С. 409-410.
2. Дарвин Ч. Происхождение человека и половой отбор // Дарвин Ч. Сочинения. В 8 т.. М.: Изд-во акад. Наук СССР, 1953. Т.5. С. 39-656.
3. Кропоткин П.А. Взаимопомощь как фактор эволюции. М.: Самообразование, 2007. 240 с.
4. Палмер Д., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
5. Эфроимсон В.П. Родословная альтруизма (Этика с позиций эволюционной генетики человека). URL: <http://www.ethology.ru/library/?id=29> (дата обращения: 30.09.2019)

© Зубаирова-Валеева А.С., 2019

**Abdullah Makbul Ali**

**RELIGIOUS TOLERANCE IN INDIA: PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** This article discusses the state of religious tolerance in India: the history of development, features and the current state. The most important events, problems and achievements of religious tolerance in India are analyzed. The author comes to the conclusion that India is one of the most tolerant countries in the world in relation to religious minorities.

**Keywords:** religion, tolerance, India, conflicts, respect.

**Relevance:** we are on the threshold of the birth of a New World, a world without borders, in which a person will not identify himself with any one culture. However, religious identity is a more conservative sphere, and we are faced with the task of educating such a public consciousness that would be the most plastic and tolerant in matters of religious faith. This is certainly an unprecedented experience in India. This study is devoted to the coverage of this experience.

**Objective:** to analyze the history of development, characteristics and achievements of religious tolerance in India.

**Materials and methods:** to achieve this goal, philosophical research methods were used: induction, deduction, analysis and synthesis, dialectical method.

**Results and discussion:** freedom of religion in India is a fundamental right guaranteed by Article 25-28 of the Constitution of India. Modern India came into existence in 1947 and the Indian constitution's preamble was amended in 1976 to state that India is a secular state. Every citizen of India has a right to practice and promote his or her religion peacefully [1].

However, there have been numerous incidents of religious intolerance that resulted in riots and violence, notably, the 1984 Anti-Sikh riots in Delhi, 1990 Anti-Hindu riots in Kashmir, 2002 Gujarat riots and the 2008 Anti-Christian riots. Some perpetrators of the 1984 Anti-Sikh riots in Delhi have not been brought to justice despite widespread condemnation. There were widespread riots during the Partition of India in 1947 - There was communal violence directed against Hindu & Sikh minorities in areas that became Pakistan while violence was directed against Muslim minorities in Hindu/Sikh majority areas.

India is home to 1.4 billion people – almost one-sixth of the world's population – who belong to a variety of ethnicities and religions. India is one of the most diverse nations in terms of religion, it being the birthplace of four religions: Jainism, Hinduism, Buddhism and Sikhism.

Even though Hindus form close to 80 percent of the population, India also has region-specific religious practices: for instance, Jammu and Kashmir has a Muslim majority, Punjab has a Sikh

majority, Nagaland, Meghalaya and Mizoram have Christian majorities and the Indian Himalayan States such as Sikkim and Ladakh, Arunachal Pradesh and the state of Maharashtra and the Darjeeling District of West Bengal have large concentrations of Buddhist population [1].

The country has significant Muslim, Sikh, Christian, Buddhist, Jain and Zoroastrian populations. Islam is the largest minority religion in India, and the Indian Muslims form the third largest Muslim population in the world, accounting for over 14 percent of the nation's population [1].

By 2050, India's Muslim population will grow to 311 million, making it the largest Muslim population in the world, according to Pew Research Center projections. Still, Indian Muslims are projected to remain a minority in their country [3].

The Indian version of secularism is a little bit different from what is understood in the western European countries. In the west, state and church (religion) is separate and do not intervene in each other's internal affairs. But this is not the case with India, here secularism means 'respect for all religions' and 'keeping a principled distance' from each religion. The Indian constitution permits the central government to intervene in religion but this intervention should be based on constitution only. If some tenets, principles or beliefs of any particular religion violates the constitution or the law of the land, then the Indian government is mandated to intervene and remedy the situation [1].

Some major religious holidays like Diwali (Hindu), Christmas (Christian), Eid (Muslim) and Guru Nanak's birth anniversary (Sikh) are considered national holidays. Private schools offering religious instruction are permitted while government schools are non-religious [1].

India, with its traditional tolerance, has served as a refuge for groups that have encountered persecution elsewhere:

- Jews: Jews in India were granted lands and trading rights. According to recordings by Jews, the date of the first arrival is given at 562 BC.
- Christians: Christianity is believed to have come to India in the 1st century.
- Tibetan Buddhists: Apart from sheltering Tibetan Buddhist refugees who fled their country after it was occupied by China in 1959, India is now home to the Dalai Lama, a high lama of the Gelug school of Tibetan Buddhism.
- Baha'i: India now has world's largest Baha'i population of 4572 Baha'is, who took refuge in India from religious persecution in Iran [1].

All this means that India is one of the most tolerant countries in the world in relation to religious minorities.

According to me, the present situation is different in different parts of India. For instance the Southern States have high level of Religious tolerance between Muslims and Hindus. But if we towards the Northern States, presently there is intolerance going on. The different groups look for

opportunities to hurt each other instead of trying to live together peacefully. Also the issue with Northern state Kashmir is due to religious intolerance. I feel people in India can live peacefully together as they have been in the past. Right now, we just need a uniting factor.

### **References**

1. Freedom of religion in India. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Freedom\\_of\\_religion\\_in\\_India](https://en.wikipedia.org/wiki/Freedom_of_religion_in_India) (date of the application: 16.09.2019)
2. URL: <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/06/29/5-facts-about-religion-in-india/> (date of the application: 16.09.2019)
3. Yasmin Anwar. Hindu and Muslim children show unexpected religious tolerance URL: <https://news.berkeley.edu/2018/06/15/indiareligious-tolerance/> (date of the application: 16.09.2019)

© Abdullah Makbul Ali, 2019



Габдуллина С.В., Чернова Е.И., Афанасьева О.Г., Ларшутин Р.С.

**ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА. НУЖНА ЛИ МЕДИЦИНЕ ФИЛОСОФИЯ?**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** Философия и медицина тесно взаимосвязаны, что объясняется их непосредственным интересом к пониманию природы человека. Эта связь сложилась в эпоху формирования этих областей знаний, но для нас особый интерес представляют отношения медицины и философии в процессе развития древней культуры, в том числе современной.

**Ключевые слова:** философия, медицина, связь, практика, наука.

Gabdullina S.V., Chernova E.I., Afanasieva O.G., Larshutin R.S.

**PHILOSOPHY AND MEDICINE. DOES MEDICINE NEED A PHILOSOPHY?**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract.** Philosophy and medicine are closely interconnected, which is explained by their direct interest in understanding human nature. This connection was formed in the era of the formation of these areas of knowledge, but for us the relations of medicine and philosophy in the process of development of the ancient culture, including the modern era, are of particular interest.

**Keywords:** philosophy, medicine, communication, practice, science.

Философия является основой и  
источником всех наук,  
в том числе и для медицины  
Р. Декарт

Актуальность. Несмотря на тесные исторические связи между наукой и философией, современные ученые часто воспринимают философию как совершенно отличную от науки и даже противоречащую ей. Философия и наука, в частности и медицина, имеют долгую историю пересекающихся идей, и лишь в 19 веке появилась отдельная ветвь философия медицины, когда философы и врачи задавались вопросом, «следует ли считать философию медицины отдельной областью?», и пришли к выводу, что это на самом деле самостоятельная дисциплина с набором отдельных проблем и вопросов. Философия практически всегда может дать ответы на вопросы, с которыми сталкивается медицина. Именно философия медицины развивает и совершенствует диалектическое мышление, и преодолевает односторонность в подходе к изучаемым проблемам в научной и практической деятельности.

Где бы ни находились люди, всегда исследуется внутренняя связь между людьми и природой. Прежде чем рациональное мышление было полностью развито, люди пытались

объяснить природные явления и влияние природы на себя, используя мифы и примитивные религии. Страх рождения и смерти превратился в страх перед призраками, а сомнение в боли превратилось в погоню за колдовством. Медицина родилась из первоначального выражения человеческих страданий и желания уменьшить боль. Чтобы объяснить различные явления, непрерывное исследование стало философией.

Философия – это теоретическое и систематическое единство мировоззрения и методологии и отражение отношений между мышлением и бытием, разумом и материей, которые каким-то образом возникли в медицине.

Между тем, медицина также оказывает большое влияние на философию. На заре истории человечества роль «врачей» играли волшебники и духовенство. Считалось, что они обладают магическими способностями для лечения болезней. Со временем, с развитием философии, медицина постепенно освободилась от иллюзии колдовства и богов. Роль «докторов» перешли к философам, таким как Пифагор и Эмпедокл, которые были одновременно врачами и философами. Между тем, «язык медицины» был выражен «языком философии». Например, Лао Цзы сказал: «все вещи оставляют позади себя мрак (из которого они произошли) и идут вперед, чтобы принять яркость (в что они появились). Он думал, что все является комбинацией Инь и Ян, а баланс между ними – это баланс природы.

Но как насчет современной медицины более конкретно? Как философия может способствовать медицинской практике? Нужно ли приглашать философов на медицинские конференции? Должны ли медицинские журналы публиковать философски ориентированные статьи? Нужно ли нанимать философов в медицинские отделения?

Но как на практике мы можем способствовать сотрудничеству между исследователями и философами? На первый взгляд, решение может показаться очевидным: каждое сообщество должно сделать шаг навстречу другому. И все же было бы ошибкой считать это легкой задачей. Препятствий много. В настоящее время значительное число философов презирает науку или не видит актуальности науки для их работы. Даже среди философов, которые предпочитают диалог с исследователями, лишь немногие имеют хорошее знание новейшей науки. И наоборот, лишь немногие исследователи понимают, какую пользу могут принести философские идеи. В современном научном контексте, в котором доминируют растущая специализация и растущий спрос на финансирование и результаты, только очень ограниченное число исследователей имеют время и возможность даже узнать о работе, написанной философами по науке, не говоря уже о ее чтении.

Ссылаясь на статью про связь науки и медицины из журнала PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences), авторами которой являются исследователи в области философии биологии и медицины, Люси Лаплан, Паоло Мантовани, Ральф Адольф,

ХасокЧанг, Альберто Мантовани, Маргарет Макфалл-Нгай, Карло Ровелли, Эллиотт Собер и Томас Прадеу, мы считаем, что для преодоления этих трудностей ряд простых рекомендаций, которые могут быть легко выполнены, могут помочь преодолеть разрыв между наукой и философией. Взаимосвязь между философией и наукой очень желательна и более осуществима на практике, чем предполагали десятилетия отчуждения между ними.

Ученые, воодушевленные этими примерами успешных междисциплинарных усилий, предлагают, как сделать это сотрудничество еще более продуктивным и систематическим. В частности, они ссылаются на следующее:

1) Предоставить больше философских тем на научных конференциях. Для исследователей это очень простой механизм оценки потенциальной полезности идей философов для их собственных исследований. С другой стороны, все больше исследователей могут участвовать в философских конференциях, развивая усилия таких организаций, как Международное общество истории, философии и социальных исследований биологии; Ассоциация философии науки; и Общество философии науки на практике;

2) Размещать философов в научных лабораториях и на кафедрах. Это мощный способ (который уже исследовали некоторые ученые) для философов для изучения естествознания и обеспечения более уместного и обоснованного анализа, а также для исследователей, чтобы извлечь выгоду из философского вклада и приспособиться к философии в целом. Это может быть наиболее эффективным способом оказания философией быстрого и конкретного воздействия на науку;

3) Совместно курировать аспирантов. Совместное наблюдение аспирантов со стороны исследователя и философа - это прекрасная возможность сделать возможным совместное использование этих двух областей. Это облегчает создание диссертаций, которые являются одновременно экспериментально богатыми и концептуально строгими, и в процессе, это готовит следующее поколение ученых-философов;

4) Создать учебные планы, сбалансированные в науке и философии, которые взаимодополняют две дисциплины. Такие учебные программы уже существуют в некоторых странах, но их расширение должно стать первоочередной задачей. Они могут дать учащимся, изучающим естественные науки, точку зрения, которая позволит им лучше осмыслить концептуальные проблемы современной науки и дать философам солидную основу для научных знаний, которая позволит максимизировать их влияние на науку. Учебные программы по естественным наукам могут включать занятия по истории науки и философии науки. Учебные планы по философии могут включать в себя научный модуль;

5) Чтение науки и философии. Чтение науки необходимо для практики философии науки, но чтение философии также может стать отличным источником вдохновения для исследователей, о чем свидетельствуют некоторые из приведенных выше примеров.

б) Открывать новые разделы, посвященные философским и концептуальным вопросам в научных журналах. Эта стратегия была бы подходящим и убедительным способом предположить, что философская и научная работа является непрерывной с экспериментальной работой, поскольку она вдохновлена ею, и может вдохновить ее в ответ. Это также сделало бы философские размышления о конкретной научной области гораздо более заметными для соответствующего научного сообщества, чем когда они публикуются в философских журналах, которые редко читаются учеными.

Недостаток философской идеи и недостаток медицинской практики.

Медицина и философия похожи. Аристотель неоднократно ссылался на сходство между работой философа и доктора в своих трудах. Медицина и философия интегрированы. Как упоминал Гиппократ, «медицина не может быть без медицинской правды, а философия не может быть и без медицинских фактов».

Медицина обеспечивает фактическую основу для философии. Эмпедокл предложил «четыре элемента», основанные на медицинской практике. Под влиянием этой гипотезы Гиппократ предложил «четыре жидкости», а именно кровь, мокроту, желтую желчь и черную желчь, что послужило основой для патологии на следующие 2000 лет.

Недостаток философской идеи и недостаток медицинской практики. Например, в прошлом Восток и Запад имели общие в медицине и философии: эмпирическая медицина, холизм и т. д. Однако, укоренившиеся в разных культурах, разногласия в древней китайской медицине и западной медицине были выведены.

В начале XX века выдающийся медицинский педагог Уильям Ослер правильно указал, что медицинская практика находится в невыгодном положении из-за «отсутствия исторического понимания, разрыва между наукой и человечеством, а также отчуждения технологического прогресса и гуманизма». Даже Сегодня эти три проблемы продолжают препятствовать развитию и инновациям современной медицины.

Исследование корней философии и достижения запредельной мудрости людей.

К счастью, одной из тенденций развития восточной и западной медицины является растущее число голосов, обращающихся к ее традиционному происхождению: «ориентированные на людей» медицинские ценности. В 2002 году *Annals of Internal Medicine* и *Lancet* опубликовали «Медицинский профессионализм в новом тысячелетии: устав врачей» с акцентом на «улучшение качества медицинской помощи». В 2011 году Ассоциация китайских врачей выпустила китайское издание декларации «Первенство благополучия

пациентов ». Современная медицинская модель трансформируется из традиционной биомедицинской модели в биопсихосоциальную медицинскую модель.

Эта трансформация медицинской модели также означает, что дуализм разум-тело должен вернуться к монизму разум-тело, что требует от врачей больше думать о потребностях своих пациентов. Гиппократ сказал: «Понять пациента гораздо важнее, чем понять его болезнь».

Связь между врачом и пациентом является важным звеном в процессе лечения. Чтобы облегчить этот процесс, предлагается принцип «ABCD», в том числе отношение, поведение, сострадание и диалог. Во-первых, это искреннее отношение, доверие между пациентом и врачом. Второе – это поведение между ними, которое должно отражать доброту и любовь. Сострадание – это природа доктора, сердце которого наполнено любовью и милосердием, а чувства доктора – источник фундаментальной медицины. Диалог является частью диагностики и лечения, необходимо уважать и прислушиваться.

Оглядываясь назад, мы понимаем, что медицина является выражением человеческих эмоций и порядочности, а быть доктором – это искусство и человечество, основанные на науке. Это профессия, а не сделка: выражение человеческой доброты и любящих эмоций, священная миссия, а также социальная ответственность. Медицина не является чистой наукой; напротив, это развивающаяся неуловимая система знаний, техники и сознания, потому что она служит живым существам с мыслью, эмоциями, менталитетом, волей и связанными ролями в семье и обществе. Следовательно, Гиппократ сказал: «Философия должна быть встроена в медицину, а медицина должна быть встроена в философию».

Вывод: Медицина как наука возродилась из философии вобрав в себя диалектическое мышление, и преодолев односторонность в подходе к изучаемым проблемам в научной и практической деятельности. Представители философии и медицины должны тесно работать друг с другом, чтобы развиваться и открывать новые возможности, выработать правила поведения на фоне меняющихся мировоззренческих позиций в отношении врач-пациент.

В ходе работы была выработана основная методология, такая как: представить больше философских тем на научных конференциях, размещать философов в научных лабораториях и на кафедрах, совместно курировать аспирантов, создавать учебные планы, сбалансированные в науке и философии, которые взаимодополняют две дисциплины, чтение науки и философии, открывать новые разделы, посвященные философским и концептуальным вопросам в научных журналах.

### **Список литературы**

1. Osler WS. A Way of Life: An Address Delivered to Yale Students on the Evening of Sunday, 20th April 1913. New York: Paul B. Hoeber, Medical Book Department of Harper and Brothers; 1937. С. 22;
2. Ланг Дж. Х. Китайское медицинское наследие, философия и гуманизм медицины. Chin Med J. 2011;
3. Ланг Дж. Х. Философия и гуманитарные науки врача. Chin J Obstet Gynecol. 2010;
4. Lucie Laplane, Paolo Mantovani, Ralph Adolphs, Hasok Chang, Alberto Mantovani, Margaret McFall-Ngai, Carlo Rovelli, Elliott Sober, and Thomas Pradeu. Opinion: Why science needs philosophy. PNAS March 5, 2019;
5. Хрусталеv Ю.М. Философия: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Ю. М. Хрусталеv. – 3-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. 320 с.

©Габдуллина С.В., Чернова Е.И., Афанасьева О.Г., Ларшутин Р.С.

**Мухаметгалина А.М.**

**РАЗВИТИЕ НАТУРФИЛОСОФИИ В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ XIII-XV ВВ.**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме:** в статье рассматривается развитие натурфилософии и ее влияние на становление медицины как науки, противоречия между религией и наукой, влияние системы образования на развитие науки, влияние востока на западноевропейскую философию и медицину.

**Ключевые слова:** натурфилософия, наука, медицина.

**Mukhametgalina A.M.**

**DEVELOPMENT OF NATURAL PHILOSOPHY IN WESTERN EUROPE  
OF THE XIII-XV CENTURIES**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** the article considers the development of natural philosophy and its influence on the formation of medicine as a science, the contradictions between religion and science, the influence of the education system on the development of science, the influence of the East on Western European philosophy and medicine.

**Keywords:** natural philosophy, science, medicine.

**Актуальность:** на сегодняшний день изучение истории медицины и философии актуально как для студентов медицинских вузов, так и для практикующих врачей, как источник знаний о становление медицины как науки.

**Цель работы:** изучить связь между развитием натурфилософии и становлением медицины как науки.

**Материалы и методы:** книги по истории медицины и философии.

**Результаты исследований и их обсуждение:**

К XIII веку в логике гносеологии Бл. Августина были нащупаны новые возможности рационального познания с помощью точных наук. Главный вопрос- понимание познаваемости законов природы через уточнение природы перводвижателя. В чисто богословском плане (без разработанной теологии невозможно понимание Бога-творца) многое сделано, теперь можно было определиться с натурфилософскими дефинициями. Развитие естествознания происходит последовательно только в том случае, когда между богословием и натурфилософией возникает синергия, и обрывается, соответственно, когда возникают неустранимые противоречия. Огромное значение имеют работы Фомы Аквинского и его коллег, они успешно разрешили огромной важности противоречие между

религией и наукой. Позиция Фомы Аквинского, разрешающая противоречие между богословием и развитием естествознания, может быть резюмирована следующим образом: 1) существование человека носит сверхъестественный характер, цели этого существования (спасение души и жизнь вечная) также сверхъестественны, однако эти цели решаются в рамках земного существования; 2) философия и теология- науки разные и обладают каждая своим понятийным аппаратом, однако их единство существует и объясняется единством конечной истины в Боге- Творце мироздания.

В историографии сложилось единое мнение об успешном развитии медицины в V-VIII вв. на территории Восточной Римской империи. Там в общих рамках натурфилософии Аристотеля и анатомо-физиологической системы Галена врачи существенно продвигаются в накоплении практического опыта и совершенствовании искусства врачевания. Также в историографии существует согласие в констатации факта наличия медицинских школ и значительного положительного участия восточной церкви в их создании и поддержании. Включение образованного христианского населения завоеванных византийских территорий в социальную жизнь халифата обеспечило его научный и культурный подъем X-XIII вв. Распался халифат, изменились условия развития- угасла и наука. Напротив, когда стабилизировалась военно-политическая ситуация в Западной Европе и окончательно утвердилось значение мощной интернациональной структуры католической церкви, центр развития науки переместился в Западную Европу.

Научная революция не могла состояться без создания системы образования. Именно в XII в., после установления определенного политического баланса сил в Европе, возникают первые университеты в Болонье, Падуе, Пизе, Флоренции. Мы не можем себе представить значимый прогресс медицины в условиях неразвитости институтов, признанных обеспечить этот прогресс,- университетов и больниц. Прежде чем осознавалась необходимость усиления практического компонента медицинского образования- анатомического и клинического, надо было пройти сложный путь. Это был путь взаимодополняющего развития- искусство врачевания развивалось вместе с образованием. Так, например, вскрытия трупов стали шире практиковаться во французских университетах начиная с 1438 г., когда в учебную программу для бакалавров медицины ввели испытания, требовавшие системных анатомических знаний. Мы пытаемся показать, что становление медицины как науки требовало разрешения огромного количества теоретических (развитие позитивисткой натурфилософии) и практических вопросов. Важно понимать, что должно было сложиться и единое образовательное пространство медицинских факультетов университетов, где на одном общем для всех языке (латынь) следовало наладить преподавание и исследования в рамках



общей, по возможности, программы. Такое научно-образовательное пространство и складывается в Европе в описываемый период времени.

Выводы: в результате проведенного исследования можно сделать выводы о том, что существует неоспоримая связь между развитием натурфилософии и медицины, что становление медицины как науки требовало разрешения огромного количества теоретических (развитие позитивистской натурфилософии) и практических вопросов.

#### **Список литературы**

1. Гусева Е.А., Леонов В.Е. Философия и история науки: учебник - М.: Инфа-М, 2013.-128 с.
2. История и философия науки: учеб. Пособие в 4 кн./ В.Г. Борзенков.- М.: Издал-во Моск. Ун-та, 2009.- Кн. 1. Общие вопросы.-264 с.
3. Лисицын Ю.П. История медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013.-400 с.
4. Сорокина Т.С. История медицины: учебник. – М.: Академия, 2008.- 560 с.
5. Степин В.С. Цивилизация и культура.- СПб.: СПбГУП, 2011.- 408 с.

©Мухаметгалина А.М., 2019

Мартыненко А.С.

## СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме.** Дети-инвалиды – самая незащищенная прослойка населения. Какие существуют законы и нормативные акты по их защите в нашей стране? Как они притворяются в жизнь?

**Ключевые слова:** Дети-инвалиды, права, защита, Башкортостан.

Martynenko Anastasia Sergeevna

## SOCIAL AND LEGAL PROTECTION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** Children with disabilities are the most vulnerable layer of the population. What laws and regulations exist to protect them in our country? How do they pretend to be?

**Key words:** children with disabilities, rights, protection, Bashkortostan.

Актуальность работы: Дети-инвалиды нуждаются в защите, которую должно предоставлять государство. Большинство законов написано на сложном для понимания большинства людей языке, поэтому присутствует необходимость объяснить их простым, доступным для понимания языком.

Цель работы: Выяснить какие существуют законодательные документы по защите детей-инвалидов, как они претворяются в жизнь в городе.

В ходе работы были использованы следующие методы исследования:

- поиск и анализ достоверной информации;
- личная проверка полученной информации.

Дети являются самой незащищённой прослойкой общества. Они не знают законов и соответственно не умеют ими пользоваться. Именно поэтому особенно остро встает вопрос о защите детей, с ограниченными возможностями. Помогать им должны взрослые, родители, государство. На данный момент существует множество терминов, обозначающих детей с травмами: «дети-инвалиды», «дети с ограниченными возможностями», «дети с нарушениями». Но намного важнее не подбирать название, а помогать. Многим из них не вернуть здоровье, но можно облегчить их и так нелегкую жизнь.

Численность детей-инвалидов в Башкортостане растет. [12] Статистика Федерального реестра инвалидов для Пенсионного фонда показывает, что в 2017 году численность детей-инвалидов составляла 15 973 человека, что равно приблизительно 5,77% от всей численности инвалидов на 2017 год, в 2018 году их число выросло до 16 660 и 5,80% соответственно. На

данный момент, по данным статистики сентября этого года их количество достигло 16 680 человек. Страшные цифры показывают, что помимо детской смертности, у нас есть проблема детской инвалидизации. Только 1901 ребенок получает статус инвалида в возрасте от 0 до 3-х лет. В основном это наследственные заболевания, врожденные аномалии, болезни нервной системы, эндокринной системы психические расстройства. [9, из доклада и.о. министра здравоохранения Республики Башкортостан Максима Забелина]

Причин для такого резкого роста инвалидности предположительно можно назвать несколько:

1. Недостаток специалистов в области гинекологии и неонатологии; Как следствие недоношенность, несвоевременная помощь.
2. Неосведомленность женщин о правильном образе жизни во время беременности;
3. Отсутствие должного внимания безопасности детей на улицах, дорогах. Бытовые травмы по неосторожности и невнимательности в детстве часто приводят к инвалидности.

В Российской Федерации и в Республике Башкортостан существует множество законов, посвященных защите и правам инвалидам. В них не разделяются взрослые и дети. По большей части, все те же законы, что приписаны взрослым, действуют и на детей, с поправкой на помощь родителям или законным опекунам детей с инвалидностью. Тем не менее, наиболее этой темы касаются такие пункты как: «Статья 5. Обеспечение инвалидов жильём», «Статья 7. Образование инвалидов.», «Статья 13. Ежемесячная выплата инвалидам.» из Закона Республики Башкортостана от 17 декабря 2004 года N 130-з о социальной поддержке инвалидов в Республике Башкортостан (с изменениями на: 23.05.2016). Из них можно узнать, что дети-инвалиды обладают теми же правами, что и остальные дети, но также имеют право на получение недвижимости и земли в частном порядке, обучаться как в специальных образовательных учреждениях или на дому, а также претендовать на материальную поддержку от государства в виде социальных выплат. В данный момент, государство, судя по недавно вышедшим законам, считает особенно важным, равноправие инвалидов и здоровых людей. [11] Тем не менее, это не значит, что для людей с ограниченными возможностями не должно быть послаблений. Наоборот, они должны получать максимальную помощь и содействие со стороны государства и общества в целом, особенно дети-инвалиды.

На сегодняшний день действует постановление «Об утверждении государственной программы "Доступная среда в Республике Башкортостан" и внесены изменения в некоторые решения Правительства Республики Башкортостан». Данные нормативно-правовые акты внедрены с целью «сформировать без барьерную среду жизнедеятельности маломобильных граждан Республики Башкортостан; создать условия, способствующие интеграции

инвалидов в общество и повышению уровня их жизни». Программа работает с 2017 года, и будет действовать по 2022 год. Данные документы предоставляют возможность использовать свои права как взрослым инвалидам, так и детям-инвалидам, что способствует их социализации и интеграции в общество.

На данный момент на территории Республики действуют 36 государственных коррекционных школ, школ-интернатов, начальных школ-детских садов, в которых обучаются более 5 тысяч несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья. [4] В них, помимо обучения и воспитания, проводится реабилитация, интеграция детей в общество, а также всестороннее развитие ребенка по мерам его возможностей. Детям младшего возраста предоставляется возможность творческого и спортивного потенциала, подростки 9-11 класса имеют возможность получать профориентацию и поступать в последствии в выбранные ими ВУЗы.[1, V План мероприятий по реализации в субъектах РФ программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействия в последующем трудоустройстве на 2016-2020 годы, утверждённый распоряжением Правительства РФ от 16 июля 2016 года № 1507-р, пункт 1.] Образование в данных школах бесплатно. Но конечно же, каждый родитель или законный опекун имеет право обучать своего ребенка на дому. Центры социальной адаптации являются важным механизмом взаимодействия ребенка-инвалида с обществом. Они, словно костыли, помогают детям делать шаги в социум. Большинство центров работает на базе коррекционных школ и детских садов. На данный момент на территории Башкортостана созданы, и работают 21 филиал и отделения Республиканских реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями. Многие из них существуют на базах школ и больниц.

Доступность среды для инвалидов представлена следующим образом. Для лиц на инвалидных колясках присутствуют специальные кнопки вызова, для подъема по лестницам, открытия дверей. Также в лифтах предусмотрено для больше места, пандусы для подъема и спуска стараются делать по правильным технологиям и без нарушений. Дверные проёмы делаются шире, во многих местах предусматриваются поручни. Для людей с нарушениями зрения присутствуют специальные ярко-желтые наклейки на ступеньках, поручни, выкрашиваются бордюры, зебры. Озвучиваются остановки в общественном транспорте, светофоры. Во многих местах, например, автобусах и больницах, предусмотрены надписи на шрифте Брайля. Для инвалидов с нарушениями слуха барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие зрительной информации, отсутствие возможности подключения слуховых аппаратов к системам информации, электромагнитные помехи при проходе через турникеты, отсутствие сурдопереводчика. Важно понимать, что несмотря на

всё, всегда присутствуют нарушения. Не хватает поручней, людей, ресурсов, где-то скользкий пол, где-то узкий коридор. Не хватает даже обычного человеческого взаимоуважения, понимания и отзывчивости. Именно поэтому существует специальная этика при общении с инвалидами, которая помогает людям помогать, проникаться ситуацией. В тех случаях, когда инвалидам не обеспечивается доступность услуг и архитектурных объектов, происходит их дискриминация.

На данный момент для семей с детьми-инвалидами в Башкортостане предоставляются следующие льготы:

1) Транспортные льготы:

— бесплатный проезд на городских автобусах ГУП «Башавтотранс», троллейбусах, трамваях, пригородных электричках;

— бесплатный проезд один раз в год к месту лечения и обратно аналогичные скидки распространяются на сопровождающего ребенка;

2) Жилищные льготы:

— 50% скидка на оплату коммунальных услуг, в том числе стационарного телефона и взноса на капитальный ремонт;

— первоочередное право на приобретение земельного участка для индивидуального жилищного строительства;

— приоритетное право на улучшение жилищных условий;

3) Льготы по трудовому законодательству:

— нельзя уволить родителя, который в одиночку содержит ребенка-инвалида (исключение — полная ликвидация предприятия);

— четыре выходных в месяц сверх лимита;

— право на сокращенный рабочий день или неделю;

4) Налоговые льготы:

— скидка 100% на транспортный налог на один автомобиль мощностью до 150 л. с.;

— социальный налоговый вычет 12 000 рублей каждому из работающих родителей и усыновителей, 6000 рублей из дохода опекуна либо приемного родителя;

Важно знать! Специальный вычет предоставляется на каждого ребенка-инвалида, который воспитывается в семье. То есть на двоих детей с инвалидностью каждый трудящийся родитель получит льготу 24 000 рублей. Если ребенка воспитывает родитель-одиночка, то он сможет оформить вычет в двойном размере.

5) Социальные выплаты:

— социальная пенсия выплачивается детям-инвалидам до 18 лет. В Башкирии это 14 297,30 руб.;

—ежемесячная выплата одному неработающему трудоспособному родителю на период ухода за ребенком-инвалидом. В Башкирии это 6325 руб. для родителя, опекуна либо усыновителя. Если за ребенком ухаживает другой человек, сумма составит 1380 руб.;

—ежемесячная денежная выплата (ЕДВ). С февраля 2019 года это 2701,62 рублей, если человек отказывается от полного набора социальных услуг, и 1580,20 рублей, если их сохраняет.

В этот набор входит: лекарственные препараты для медицинского применения по рецептам, медицинские изделия по рецептам, специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов; путевки на санаторно-курортное лечение для профилактики основных заболеваний.

—бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно, в том числе для сопровождающего.

6) Льготы на обучение:

—внеконкурсное зачисление в ссузы и вузы. Льгота предоставляется лишь один раз в жизни;

—зачисление в общеобразовательные школы и детские сады вне очереди;

—бесплатное питание в школе;

—обучение в специализированных учреждениях.

7) Материнский капитал:

—приоритетное право на использование материнского капитала на социальную адаптацию детей-инвалидов;

В 2019 году размер материнского капитала составляет 453 тысячи рублей, в 2020 году он вырастет до 470 тысяч, а в 2021 — до 489 тысяч рублей.

8) Пенсионные льготы:

—досрочный выход на пенсию;

—льгота предоставляется одному из родителей (опекуну) ребенка-инвалида при условии, что он воспитал ребенка до 8-летнего возраста. Женщины могут воспользоваться таким правом с 50 лет, если стаж составляет, как минимум, 15 лет, мужчины — с 55 лет, если общий трудовой стаж составляет 20 лет. При этом время ухода за ребенком учитывается как трудовой стаж. [3]

Вывод: Проведя исследование, и анализируя достоверную информацию с целью выяснения социально-правовых аспектов жизни детей-инвалидов в Республике Башкортостан, было выяснено какие существуют законы, нормативно-правовые акты, и как они претворяются в жизнь. Важно понимать, что инвалиды, а особенно дети-инвалиды не должны чувствовать себя зависимыми, отделенными от общества, ограниченными в своих

возможностях. Только тогда можно будет добиться того, что эти дети станут в будущем ответственными взрослыми, полезными членами общества, такими же, как и остальные их сверстники. Этого добиться можно только совместными усилиями, универсальностью законов, распоряжений и их полным и повсеместным исполнением.

### Список литературы

1. Единая «дорожная карта» реализации Министерством образования РБ мероприятий межведомственных планов по вопросам образования инвалидов (детей-инвалидов) и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в РБ на период до 2020 года.
2. Закон РБ от 17 декабря 2004 года N 130-з «О социальной поддержке инвалидов в РБ (с изменениями на 22 июня 2018 года)»
3. Информационное агентство «Башинформ», статья от 30 января 2019 «Что положено от государства детям с инвалидностью и их родителям?» // <http://www.bashinform.ru/news/1266820-chto-polozheno-ot-gosudarstva-detyam-s-invalidnostyu-i-ikh-roditelyam/>
4. Информационная справка «Инклюзивное и специальное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов РБ» (2016-2017 учебный год)
5. Официальный сайт Министерства образования РБ <https://education.bashkortostan.ru/activity/2367/?nav-documents=page-1>
6. Официальный сайт Республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями // <http://bashrrc.mintrudrb.ru/>
7. Постановление правительства РБ от 31 октября 2016 года N 463 «Об утверждении государственной программы "Доступная среда в РБ" и внесении изменений в некоторые решения Правительства РБ» (с изменениями на 15 июля 2019 года)
8. Постановление правительства РБ от 5 августа 2019 года N 484 «Об утверждении Порядка выдачи и реализации сертификата на реабилитацию ребенка-инвалида, Формы сертификата на реабилитацию ребенка-инвалида и Порядка предоставления субсидий юридическим лицам, не являющимся государственными (муниципальными) организациями, на возмещение затрат по обеспечению детей-инвалидов реабилитационными услугами.»
9. Пресс служба Главы РБ // [https://glavarb.ru/rus/press\\_serv/novosti/122745.html](https://glavarb.ru/rus/press_serv/novosti/122745.html)
10. Федеральный закон № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в РФ».
11. Федеральный закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» (с изменениями на 18 июля 2019 года).
12. Федеральный реестр инвалидов для РБ на 2017-2019 года.

©Мартыненко А.С., 2019

УДК 101.1: 316

УДК 351.761.3

Муталлапова А.В.

**ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ  
РЕГУЛЯЦИИ НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНЕ**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** Статья посвящена вопросам по изучению проблемы наркотизации и ее социально-правовой регуляции в стране. Проведен анализ государственных профилактических мероприятий антинаркотической направленности. Освещены вопросы толерантности стран по отношению к различным наркотическим препаратам. Приведена статистика об изъятии в сфере наркобизнеса новых психоактивных веществ за последние 7 лет. Показано влияние «дизайнерских» наркотиков на здоровье зависимого. На основе проведенного исследования автором предлагается применить комплекс задач для решения проблемы наркотизации в стране.

**Ключевые слова:** наркозависимость, правовая регуляция, профилактика наркомании, синтетические наркотики.

Mutallapova A.V.

**PROBLEMS OF SOCIAL AND LEGAL  
REGULATION OF DRUG SITUATION IN THE COUNTRY**

**Bashkir state medical University, Russia (Ufa)**

**Abstract:** The article is devoted to the study of the problem of drug addiction and its social and legal regulation in the country. The analysis of the state preventive measures of anti-drug orientation is carried out. The issues of tolerance of countries in relation to various narcotic drugs are highlighted. The statistics of withdrawal of new psychoactive substances for the last 7 years is given. The influence of "designer" drugs on the health of the dependent is shown. Based on the study, the author proposes to apply a set of tasks to solve the problem of drug addiction in the country.

**Key words:** drug addiction, legal regulation, prevention of drug addiction, synthetic drugs.

На сегодняшний день проблема наркоситуации в стране все еще продолжает быть актуальной, становясь перманентной, и одним из главных вопросов решения проблемы является борьба и регуляция со стороны общества и государства. Наркозависимость из серьезной медицинской проблемы превратилась в проблему международного масштаба, и является одной из главных угроз для страны и мира в целом. В 2010 году вышел Указ Президента Российской Федерации об утверждении стратегии государственной



антинаркотической политики РФ до 2020 года. По данным РИА новости, за прошедшие 9 лет, Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) совместно с органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления муниципальных образований в сфере профилактики незаконного потребления наркотиков органами наркоконтроля, а также волонтерами страны было организовано и проведено более 55 тысяч профилактических мероприятий антинаркотической направленности. Антинаркотическая работа с детьми и подростками осуществляется деятельностью программы «Неприкосновенный запас – дети Отчизны», проекты «Юный спецназовец», «Молодежь против наркотиков» и др. Еще одно важное мероприятие по профилактике наркомании направлено на популяризацию массовых и дворовых видов спорта, занятия физкультурой и спортом по месту проживания детей. Современный американский стендап-комик Джордж Карлин саркастично высказался: «Совет подросткам: кайфуйте от спорта, а не от наркотиков [3]. Если же в вашем районе нет баскетбольной площадки – черт с вами, колитесь, нюхайте, курите». В своем выступлении он дал явно понять о том, что все зависит от самого человека, если он ленив, психологически слаб и азартен, он не поедет в другую часть города искать площадку для занятий спортом, а будет довольствоваться своим «неправильным» окружением. Под «неправильным» окружением понимается группа людей, подростков, которые ведут нездоровый образ жизни, распространяя и употребляя различные наркотические и психотропные вещества. Сейчас для любого наркотика растительного происхождения существует множество аналогов, ввоз которых производится из Юго-Восточной Азии и стран Европы. В России отношение к наркотикам исключительно отрицательное, в отличие, например, от толерантности Швейцарии или Голландии, где травка доступна в любом месте питания, кафе, магазине; в Британии легализовано медицинское применение марихуаны; в Германии функционирует сеть пунктов бесплатной раздачи и употребления слабодействующих наркотических препаратов. Америка же славится бродячим фольклорным сюжетом о наркотиках. Даже сериал «Доктор Хаус», вроде бы о врачах и медицине, но и там идет откровенная пропаганда наркотиков: «У меня с утра был сердечный приступ. Так что никаких наркотиков...до обеда» [4]. В художественном фильме о бизнесменах из Нью-Йорка «Волк с Уолл-стрит» - Я пью Метаквалон 15 раз в день, чтобы спина не болела. Адрал, чтобы быть в фокусе. Ксанакс, чтобы снять напряг. Травку, чтобы уснуть. Кокаин, чтобы проснуться. И Морфин, ну, потому что он вкусный» [5]. Наше российское толерантное отношение к наркотикам не входит в нашу культуру, однако, зарубежная пропаганда для нас в легком доступе.

Первый заместитель начальника Главного управления по контролю за оборотом наркотиков МВД России генерал-майор Кирилл Смуров докладывал о настоящем положении в сфере наркобизнеса на собрании Шанхайской организации сотрудничества (ШОС): «Продолжается распространение новых психоактивных веществ и использование новых высоких технологий в наркопреступности, в последние годы синтетические наркотики активно завоевывают глобальный наркорынок, что не миновало и Россию. Удельный вес синтетики в общем массиве изымаемых в РФ подконтрольных веществ на протяжении последних 7 лет увеличился в 13 раз, по итогам прошлого года составил более 26 процентов от общих объемов изъятия» [1]. Это говорит о том, что те традиционные наркотики, в виде кокаина, героина, морфина, уходят в прошлое, и на смену приходят более дешевые, простые в употреблении, среди зависимых, а также доступные в приобретении (на улице, через интернет) синтетические психоактивные вещества. Синтетические наркотики, еще их называют «дизайнерские», изготавливаются искусственным путем, и с каждым годом их разновидность увеличивается. «Синтетика» воздействует на организм по-разному, но в основном либо это галлюцинации, либо психостимулятор. Нынешнее поколение «синтетики» ведет к основательному разрушению нервной системы. Употребляющим «дизайнерские наркотики» гарантирован ряд побочных эффектов, в том числе аллергические реакции, плохой сон, ухудшение памяти, расстройства настроения, перепады давления, мышечные спазмы, что впоследствии приводит к истощению организма, болезням печени и почек, мышечной и сосудистой слабости, и наконец, к снижению интеллекта. «...предупреждаю всех, кому выпадет на долю такая же участь, как и мне, не пробовать заменить морфий кокаином. Кокаин – сквернейший и коварнейший яд» - в цитате из произведения Михаила Булгакова «Морфий» автор повествует, что, в принципе, нет ничего страшнее, чем быть зависимым от наркотиков [2]. А зависимость от него неминуема: «Проклятый наркотик. Приход ты чувствуешь безошибочно, но сказать, когда он тебя отпускает, невозможно. Если он вообще когда-нибудь отпускает. Он либо навсегда накладывает на тебя отпечаток, либо ты начинаешь так думать» - Филипп Дика «Лейтесь, слезы» [7].

Проблема наркотизации в стране вызывает особую тревогу не только из-за катастрофических масштабов зависимых, но и из-за стремительных темпов распространения яда. Сама по себе проблема рассосаться не может, она требует внимания и решения со стороны общества и государства в целом. Несомненно, государству, как гаранту качества здоровья населения, необходимо разрабатывать все новые методы борьбы с наркоманией, но и обществу не нужно забывать о своих обязанностях по отношению к близким людям. Ведь социума сейчас как такового не существует, каждый сам за себя, не обращая внимания на

беды и проблемы других. Все больше государств становятся, вовлечены в нелегальный оборот наркотиков, тем самым, расширяя масштабы криминализации общества и увеличивая число зависимых, зараженных ВИЧ-инфекцией, СПИД, гепатитом. Все это, однозначно, ведет к деградации общества в целом.

По данным ФКСН, с каждым годом количество разновидностей синтетических наркотиков прогрессивно растет. Химики-изготовители, добавляя новый элемент в состав уже известного психоактивного вещества, получают «легальный» вид наркотика или психотропного вещества. По этой причине, потребители не имеют возможности узнать состав наркотика, следовательно, не могут предугадать воздействие на их здоровье веществ, с которыми они экспериментируют.

«Хорошо еще, мне есть куда возвращаться. А у большинства из нас уже нет дома. Родители не выдержали всего этого и отказались от свои детей. Некоторые, правда, борются за них до конца, но потом все равно все кончается красивыми похоронами, и остаются только воспоминания о счастливых семейных денечках. Какое у матери должно быть каменное сердце, чтобы все это вынести!» - Барбара Росек «Дневник наркоманки» [6]. Проблема наркомании разрушительно влияет на институт семьи, родительскую культуру, а также понижает воспитательный потенциал семьи. Наркотическая зависимость молодого поколения рано или поздно приводит к криминалу. Большинство совершенных преступлений зафиксированы в момент наркотического, алкогольного или токсического возбуждения.

Несомненно, наркомания и наркобизнес стали масштабной проблемой для человечества, не имея территориальных границ, встав в один ряд с такими общечеловеческими глобальными угрозами, как ядерное оружие и международный терроризм. Это сложный комплекс, сочетающий в себе политическую, медицинскую, биологическую, психологическую и социальную составляющие. И только комплексная терапия может решить задачу противодействия наркотизации.

#### Список литературы

1. К. Смулов. Доклад о наркоситуации в России.  
(<http://mpgu.su/novosti/sinteticheskie-narkotiki-stali-odnoy-iz-novyih-ugroz-bezopasnosti-rossii>)
2. М. Булгаков. «Морфий». Журнал «Медицинский работник» № 45-47, 1927.
3. Д. Карлин. Будущее уже не то, что прежде. When Will Jesus Bring the Pork Chops / Перевод Николая Мезина. — Альпина нон-фикшн, 2011. — 312 с.
4. «Доктор Хаус» («*House, M.D.*») реж. Д.Шор, 2004)
5. «Волк с Уолл-стрит» («*The Wolf of Wall Street*»), реж. М.Скорсезе, 2013)
6. Б. Росек «Дневник наркоманки», 1990.

7. Ф. Дик «Лейтесь, слезы», 1974.

© Муталлапова А.В., 2019.

Хусаинова Л.А.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА – ПРОБЛЕМА ДИСКУРСА**

**Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)**

**Резюме.** Любое современное описание реальности должно опираться на все, что мы знаем о живом и неживом. Поскольку мы сами являемся живыми существами, мы знаем, что значит быть живым, из нашего собственного опыта. Следовательно, наша философия жизни, помимо того, что начинается с того, что эмпирическая наука говорит нам о неорганической и органической реальности, должна также начинаться с нашего собственного непосредственного опыта жизни в себе и в других; тогда он может показать, как они встречаются в живом существе. Поскольку жизнь, в конечном счете, является единой реальностью, наша теория должна реинтегрировать психику с сомой так, чтобы ни один компонент целого не был коротким, ни объективным, ни субъективным. В этой статье излагаются основополагающие компоненты такой теории, разъясняются определяющие свойства живых существ как полярности. Описываются три полярности: бытие против небытия, связанность с миром против замкнутости, зависимость и независимость.

**Ключевые слова:** психосоматика, психосоматическая медицина, философия жизни.

**Khusainova L.A.**

**PSYCHOSOMATIC MEDICINE - A PROBLEM OF DISCOURSE**

**Bashkir State Medical University, Russia (Ufa).**

**Abstract:** Any present-day account of reality must draw upon everything we know about the living and the non-living. Since we are living beings ourselves, we know what it means to be alive from our own first-hand experience. Therefore, our philosophy of life, in addition to starting with what empirical science tells us about inorganic and organic reality, must also begin from our own direct experience of life in ourselves and in others; it can then show how the two meet in the living being. Since life is ultimately one reality, our theory must reintegrate psyche with soma such that no component of the whole is short-changed, neither the objective nor the subjective. In this article, we lay out the foundational components of such a theory by clarifying the defining features of living beings as *polarities*. We describe three such polarities: being vs. non-being; world-relatedness vs. self-enclosure; dependence vs. independence.

**Key words:** psychosomatics, psychosomatic medicine, philosophy of life.

Психосоматическая медицина требует философии, которая преодолевает дуализм разума и тела. Такой дуализм преследует западную мысль с момента возникновения современной науки в Европе семнадцатого века. В дальнейшем науке, возможно, нужно

было отделить разум от тела, чтобы отделить религиозные интересы от научных. Если религия касалась главным образом человеческой души, то утверждение Декарта о том, что человеческая душа (*res cogitans*) полностью отличается от физической реальности (*res extensa*), подразумевает, что физическая наука не имеет отношения к человеческой душе. Пока наука обещала не вторгаться в дискуссии о человеческой душе, она могла свободно исследовать физическую материю совершенно по-новому. Следовательно, современная наука могла отказаться от аристотелевской концепции природы, которую католическая церковь продолжала защищать, потому что наука уступала церкви монополию на все вопросы духа. Таким образом, метафизический дуализм завоевал терпимость к новым способам мышления, разделив реальность на две совершенно отдельные концептуальные системы: одну теологическую, а другую научную и математическую [1–3].

Однако этому мирному сосуществованию богословия и науки всегда угрожали глубокие напряжения, потому что картезианский дуализм с самого начала подвергался угрозе со стороны враждующих монизмов. Неоднократные неудачи в объяснении отношений между разумом и телом делали дуализм кажущимся неправдоподобным, потому что из нашего ежедневного опыта было очевидно, что разум и тело были тесно связаны. Но поскольку дуализм настаивал на абсолютной разнице между разумом и телом, философы и теологи чувствовали себя вынужденными принять одну или другую сторону. Материалисты будут настаивать на том, что одна физическая природа имеет истинное существо, а разум – просто видимость. Идеалисты будут противостоять, считая разум единственной реальностью, а все физическое – мыслью, представленной мыслью. Таким образом, в борьбе с дуализмом материалисты и идеалисты просто предполагали навязанные им варианты дуализма. Для каждого монизма считалось само собой разумеющимся, что единственными альтернативами для определения реальности были либо материя, либо разум. Ничто другое не казалось мыслимым [1].

Теория эволюции Дарвина, однако, подорвала мир, который пытался установить метафизический дуализм. Дарвиновская теория объясняла, что человеческая душа эволюционировала через те же регулярные процессы случайной мутации и естественного отбора, которые породили все другие живые существа. Следовательно, человеческая душа была включена обратно в царство животных, и, как следствие, душа не нуждалась ни в каком другом объяснении, кроме того, что наука могла теперь предложить. Тем самым эмпирическая наука стала универсальной: вся действительность могла быть понята в одних и тех же основных научных терминах и законах [4, 5].

Эта универсализация научной концептуализации, казалось, означала победу метафизического материализма. Если бы вся реальность могла быть объяснена наукой, тогда

вся реальность могла бы быть в конечном счете объяснена в терминах самых основных составляющих, которые наука раскрыла, а именно, неорганической материи. Следовательно, нам больше не нужно говорить о «разуме», «духе» или «душе», за исключением демонстрации того, как даже эти субъективные явления могут быть полностью объяснены закономерной физической причинностью.

Но, как показал Ганс Йонас [4], существует другой способ интерпретации включения всего человека обратно в научную теорию. Если в этот пост-дарвинистский век мы теперь должны учитывать все живое и неживое в единой системе мышления, то мы должны иметь возможность использовать все, что мы знаем о живом и неживом, в нашем изложении реальности. Это должно включать в себя все, что мы встречаем с живыми и неживыми в нашем собственном непосредственном опыте. И здесь мы можем претендовать на привилегированный доступ: поскольку мы сами являемся живыми существами, мы знаем, что значит быть живым, исходя из нашего личного опыта. Каждый момент нашей бодрствующей жизни мы непосредственно ощущаем жизнь, жизнь в себе и в других. Наш самый близкий жизненный опыт находится в нашей собственной жизни. Но это постоянное переживание нашего собственного живого существования позволяет нам понять существование других людей и, в некоторой степени, животных. Следовательно, мы должны иметь возможность начать с обеих сторон - со стороны того, что эмпирическая наука может рассказать нам о неорганической и органической реальности, и со стороны нашего непосредственного непосредственного опыта жизни в себе и в других - и показать, как эти двое встречаются в живое существо. Если дуализм был подорван, то мы должны стремиться к единому пониманию жизни, пониманию, которое в полной мере ценит как биологические процессы организма, так и внутренний, ощущаемый опыт бытия живым. Следовательно, стремясь к их пересечению, мы будем рассуждать с обеих сторон. Мы делаем это в уверенности, что жизнь в конечном счете одна реальность, какой бы сложной она ни была. Человеческие существа являются психосоматическими целыми, и поэтому теория, которая реинтегрирует психику с сомой, может быть развита, пока ни один компонент целого не является коротким. Мы будем искать признаки, которые характеризуют жизнь как таковую, будь то «объективный» или «субъективный». Эти черты живых существ в целом проявляются, по нашему мнению, как полярность. Живые существа существуют как висящие между противоположными полюсами реальности. Теперь мы попытаемся описать некоторые из этих жизненно важных полярностей [4].

Существование каждого живого существа поддерживается метаболизмом. В отличие от неорганической материи, само существование живого существа зависит от его собственной непрерывной деятельности [1]. В результате существование организма от момента к моменту

является его собственным динамическим достижением. Неорганическая материя не должна активно что-либо делать, чтобы выжить, как есть, но организмы должны. Эта неизбежная необходимость настойчиво вызывать свое собственное продолжение через свое собственное метаболическое функционирование доказывает, что организмы являются существами, которым угрожают: если они не достигают активно и постоянно повторно достигают своей собственной реальности, они умирают. Непрерывно зависящие от их собственного функционирования для их выживания, организмы висят над пропастью небытия. Следовательно, мы можем признать одну из полярностей, которые определяют жизнь: всегда находясь под угрозой небытия, организм должен постоянно подтверждать свое существование своей собственной деятельностью [6–8].

Эта деятельность, однако, должна быть организованной деятельностью. Метаболические процессы - это структурированные процессы, и именно эта структура и процессы, которые она направляет, должны поддерживаться как таковые. Когда структура не может определить направление процессов, организм погибает. Соответственно, идентичность организма зависит от поддержания его внутренней структуры. Можно даже сказать, что идентичность организма - это идентичность структуры. Это становится более очевидным, когда мы отмечаем, что компоненты, составляющие организм, постоянно меняются. Материальные компоненты организма приходят и уходят, но важно, чтобы организм оставался таким же. «Остаться тем же самым» означает сохранять ту же структуру даже в условиях постоянной смены компонентов. Однако, чтобы поддерживать это постоянное изменение своих компонентов, организм должен в какой-то степени быть открытым для окружающей среды, являющейся основным источником компонентов. Теперь мы в состоянии оценить одну из отличительных полярностей живых существ. Живые существа заключены в себе, определены границами, которые отделяют их от окружающей их среды, в то же время они также непрерывно обращаются к своей среде и проводят с ней операции [7]. Эта полярность обнаруживается даже в одной клетке.

С одной стороны, клеточная мембрана определяет границы клетки: реальность клетки распространяется не дальше этой мембраны. И действительно, эти границы должны быть сохранены, чтобы клетка продолжала существовать. Если мембрана разрушается достаточно, клетка умирает. Следовательно, мембрана должна поддерживать отделение клетки от остальной реальности. Смерть состоит в потере этого разделения. Эта потребность оставаться ограниченной и отличной от того, что находится снаружи, наблюдается на всех уровнях органической жизни. От отдельной клетки, через различные органы животных тел, до уровня человека как целого человека, «я» и «другие», безусловно, различаются [6]. Это различие между собой и другими наиболее четко проявляется, конечно, в иммунной системе.



Иммунная система направлена на обнаружение того, что не является я; и как только происходит это обнаружение, иммунная система активно противодействует захватчику.

С другой стороны, мембрана является полупроницаемой, так что клетка может постоянно обмениваться своим материалом с реальностями за ее пределами. Буквально через свою мембрану клетка метаболически взаимодействует с тем, что не является собой. Действительно, это взаимодействие с другими сущностями необходимо, если клетка должна поддерживать свое существование: клетка физически зависит от внешнего мира для продолжения существования. Эта зависимость от того, что не является самим собой для выживания, свидетельствует о необходимости организма: в отсутствие самодостаточности живое существо должно обязательно приобретать средства для своего существования из окружающей среды. Однако это неизбежное воздействие окружающей среды, порожденное необходимостью, вновь демонстрирует рискованность органического существования. Окружающая среда может оказаться вредной и даже смертельной. Чужеродная и неконтролируемая природа окружающей среды создает дополнительную угрозу для и без того опасного предприятия - органической жизни. Следовательно, и ячейка заключена в свои собственные границы, чтобы поддерживать свое отдельное и автономное существо, в то время как она также должна взаимодействовать с внешними реальностями и даже обмениваться с ними своей собственной материей [6].

Благодаря метаболическому обмену материальными компонентами клетка претерпевает непрерывные изменения в своей физико-химической структуре. Но это изменение, как мы видели, организованное изменение: оно определяется внутренней структурой клетки. Таким образом, благодаря изменению клетка сохраняет свою собственную индивидуальную идентичность, в то же время изменяя физико-химические составляющие, которые ее составляют. как в движении, так и стабильности. Сохраняя свою устойчивую идентичность посредством непрерывного оборота материальных составляющих, существо организма не зависит и не зависит от этих составляющих. Некоторые материальные составляющие всегда необходимы для существования организма; отсюда и зависимость организма. Но так как эти компоненты в конечном итоге будут заменены на другие, поскольку организм продолжает жить, организм не зависит от именно этих компонентов, то есть от того, какие компоненты составляют его в любой момент времени. Поэтому мы можем распознать одну из других полярностей живых существ: они зависят от материальных компонентов, которые составляют их в любой данный момент, и не зависят от каких-либо конкретных группировок этих компонентов во времени [6, 7]. Эта полярность зависимости и независимости всегда пронизывает органическое существование.

Как мы уже говорили, метаболическая активность организма направлена на поддержание существования организма. Эта направленность на поддержание своего собственного существа показывает, что метаболизм организма "ради" своего собственного продолжения существования. То, что деятельность направлена на сохранение, является будущим существом организма. Метаболическое функционирование ради преодоления временной пропасти, которая отделяет организм в настоящем от его собственного существования в будущем. В несколько ином смысле метаболическая активность служит временному переносу организма. Следовательно, именно временная продолжительность представляет основную угрозу условному существованию организма: вопрос о том, будет ли организм выживать от момента к моменту, всегда остается без ответа, пока будущее не станет настоящим, а организм все еще живет. И угроза может быть побеждена только при условии поддержания активности обмена веществ. Жизнь, таким образом, телеологична: текущая деятельность живого существа направлена на его будущее существо [8, 9].

Если мы можем говорить о метаболической активности организма как происходящей "ради" будущего существа организма, это означает, что на некотором фундаментальном уровне организм позиционирует свое собственное продолжение в реальности как "добро". Другими словами, организм полагает, что его собственное существование имеет положительную ценность. Таким образом, ценность встроена в реальность органической жизни: сама органическая жизнь помещает туда ценность. Это не человеческие существа и, конечно, не человеческое посредничество, которое вносит ценность во вселенную, свободную от других ценностей. Сами живые существа, стремясь к самосохранению, уже сигнализируют о том, что, по крайней мере, для вовлеченного в это человека его собственная жизнь является хорошей [10–12].

Вывод: Таким образом, мы видим, что ценности, которые мотивируют медицинскую практику, основаны на самой органической жизни. Сами живые существа обладают добротой деятельности, которая предотвращает смерть и облегчает страдания. Если для организма его собственное продолжение хорошо, то его смерть будет плохой. Отсюда и моральная необходимость бороться с проблемами смерти от собственного внутреннего стремления организма. И поэтому необходимость лечения и, как мы надеемся, лечения больного организма, чтобы он не умирал - по крайней мере, не раньше его естественного времени - основана на ценности, которую сам организм придает. То же самое можно сказать о страданиях и боли, по крайней мере, о тех организмах, которые могут чувствовать. Чувство страдания и боли воспринимается организмом, чувствуя их как плохие. Следовательно, моральная потребность облегчить и даже искоренить боль посредством медицинского лечения возникает на самых базовых уровнях жизни, даже если только люди могут признать

эту ценность как моральную потребность и разработать медицинские методы для ее удовлетворения [11, 13].

Историк биологии, Жорж Кангильхайм, также настаивает на этой положительной ценности здоровья и отрицательной ценности болезни, как полагает сам организм, а не просто с помощью какого-то внешнего суждения, задуманного практикующими врачами [14]. Кангильхайм находит, что эта оценка, сделанная самими живыми существами, лежит в основе фундаментального различия между «нормальными» и «патологическими» состояниями организма. Медицина просто опирается на это основное различие, которое сама жизнь делает при разработке научно-технических средств для их лечения. Кангильхайм пишет:

Мы думаем, что медицина существует как искусство жизни, потому что сам живой человек называет определенные ужасные состояния или поведения патологическими (следовательно, требующими избегания или коррекции) относительно динамической полярности жизни, в форме отрицательной ценности. Мы думаем, что, делая это, живое человеческое существо более или менее ясным образом направляет стихийное усилие, свойственное жизни, бороться с тем, что препятствует его сохранению и развитию, воспринимаемому как нормы ... тот факт, что живой человек реагирует на поражение, инфекцию, функциональную анархию посредством болезни, выражая фундаментальный факт, что жизнь не безразлична к условиям, в которых это возможно, что жизнь является полярностью и, следовательно, даже неосознанной ценностной ценностью; короче говоря, жизнь на самом деле является нормативной деятельностью [[14], с. 338-339].

Поскольку мы упомянули чувства, хотелось бы в заключение указать их важность для любой философии жизни. Хотя трудно точно определить точный уровень, на определенном уровне жизни отношения организма с миром становятся отношениями чувств: многие организмы чувствительны к элементам окружающей среды. Опять же, это относится к отдельным клеткам, а также к конгломератам клеток и целых организмов. Чувствительность является первым проблеском субъективности в организмах, если мы можем применить слово «субъективность» даже к самым примитивным и элементарным видам чувств. И когда мы продвигаемся вверх по живому царству к более и более сложным организмам, чувствительность тоже становится все более сложной; и в определенный момент мы можем говорить о организмах, воспринимающих предметы, составляющие окружающую среду. Конечно, было бы трудно отметить прогрессивную разницу между элементарной чувствительностью к внешнему виду и ее фактическим восприятием, поскольку любая форма чувствительной чувствительности уже может считаться опытом, по крайней мере, очень базовым. Наша точка зрения здесь, однако, заключается в том, что первые проблески

субъективности возникают относительно рано в филогенетическом масштабе. И когда появляется субъективность, она становится все сложнее, утонченнее и острее. «Ум» тогда, конечно, не является исключительной привилегией людей. Это даже не исключительное владение высшими животными. Умственная жизнь начинается там, где чувствуется внешняя чувствительность [8, 15].

Это рождение субъективности отмечает другой аспект самости живых существ. Поскольку субъективность растет и становится все более сложной, организм способен ощущать свое окружение на пространственных расстояниях и чувствовать стремление к вещам во времени. Если мы добавим к этой субъективности движение тела организма, тогда живое существо сможет перемещаться по пространственным расстояниям и собирать объекты, пока их желания не ощущаются. Таким образом, с растущим опытом и подвижностью живые существа сталкиваются с миром, который растет в своем пространственном масштабе и временной продолжительности. Разум делает органическую связь с миром более богатой и всеобъемлющей, даже если это более широкое воздействие извне также расширяет сферу, из которой могут возникать угрозы жизни [15].

#### **Список литературы**

1. Jonas H: Introduction. On the subjects of a philosophy of life. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:1-6.
10. Jonas H: Fifth essay. Cybernetics and purpose. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:108-134.
11. Jonas H: Concerning ends and their status in reality. In *The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethics for the Technological Age*. Chicago: University of Chicago Press; 1984:51-78.
12. Grene M: Biology and teleology. In *The Understanding of Nature: Essays in the Philosophy of Biology*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co; 1974:172-179.
13. Jonas H: Epilogue. Nature and ethics. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:282-284.
14. Canguilhem G: *A Vital Rationalist*. New York: Zone Books; 1994.
15. Jonas H: To move and to feel. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:99-107.
2. Jonas H: First essay. Life, death, and the body in the theory of being. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:7-37.
3. Grene M: *The Knower and the Known*. Washington, D.C.: University Press of America; 1984.
4. Jonas H: Second essay. Philosophical aspects of Darwinism. In *The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology*. New York: Dell Publishing Co., Inc; 1966:38-63.

5. Jonas H: Mortality and Morality: A Search for the Good after Auschwitz. Evanston: Northwestern University Press; 1996:63.
6. Jonas H: Third essay. Is God a mathematician? In The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology. New York: Dell Publishing Co., Inc.; 1966:64-98.
7. Jonas H: Biological Foundations of Individuality. In Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man, Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, Inc; 1974:185-205.
8. Jonas H: Evolution and freedom: On the continuity among life-forms. In Mortality and Morality: A Search for the Good after Auschwitz. Evanston: Northwestern University Press; 1996:59-74.
9. Thompson E: Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2007:128-165.

© Хусаинова Л.А., 2019.

Алибаев Д.Р.

## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ

### ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Башкирский государственный медицинский университет, Россия (Уфа)

**Резюме.** В статье изучены демографические особенности населения Российской Федерации, рассмотрены основные факторы, препятствующие увеличению рождаемости, их связь с социально-экономическими изменениями в обществе, а также предложены возможные направления социально-экономического развития для повышения рождаемости.

**Ключевые слова:** демография, урбанизация, инфраструктура.

Alibaev D.R.

## LEGAL BASES OF DEMOGRAPHIC POLICY OF THE RUSSIAN FEDERATION

Bashkir State Medical University, Russia (Ufa)

**Abstract:** The article studies the demographic characteristics of the population of the Russian Federation, considers the main factors preventing the increase in fertility, their relationship with socio-economic changes in society, and suggests possible areas of socio-economic development to increase the birth rate.

**Key words:** demography, urbanization, infrastructure.

Основой любого государства является его население, с уникальной и сложной структурой, культурными и национальными особенностями народов, входящих в его состав, а значит, социальные проблемы, возникающие у разных слоёв населения, имеют первостепенное значение для государства. Одной из ключевых проблем, ставящих под угрозу дальнейшее существование государства, является сложная демографическая ситуация, корни которой кроются во многих сферах деятельности общества. Целью работы – изучить демографические аспекты населения РФ в условиях ускоряющихся темпов урбанизации и глобализации общества. Задачами являются: изучить изменения в демографических и социальных показателях, выявить основные проблемы, тормозящие рождаемость среди населения РФ, предложить возможные варианты решения выявленных проблем.

Для исследования были взяты официальные данные Росстата, в частности, итоги исследования «Семья и рождаемость» 2009 года. В первую очередь, была изучена динамика возраста вступления в брак, согласно официальному источнику, с 60-х годов и по 2017 г. в возрастных категориях до 25 лет внутри всех категориях преобладает женское население, после 25 – мужское. При этом, если до 2010 года неизменно наибольшее число браков

совершалось и у женщин и мужчин в возрасте от 18 до 24 лет, то с 2011 года наибольшее число браков с тем же постоянством заключается для обоих полов от 25 до 35 лет. Что говорит о кардинальных изменениях в обществе, его старению, связанному, в том числе, с постепенным его переходом к постмодерну, а значит, усложнением жизни и изменением устоявшихся моделей поведения общества в целом. Парадоксом, отражающимся в особенностях сознания человека, является недостаток его уверенности в себе в связи с дестабилизацией жизни и рисками на волне инновационных факторов эпохи глобализации [4]. Одним из наиболее важных моментов является наличие образования. Согласно исследованию, в 2009 года по отношению к 2002 году изменился процент родителей с полным и неполным высшим образованием: для мужчин возрос с 21,8 до 36%, и понизился с 27,2 до 52,5% для женщин. Выравнивается соотношение величин распределения доходов между женщинами и мужчинами, наблюдается в разной степени обратная связь между оценкой уровня жизни, жилищных условий и уменьшением числа желаемых детей. Это также является индикатором глобальных социально-экономических перемен и старением общества. Одними из наиболее острых помех среди респондентов для рождения ребенка были названы материальные (до 85%!) и жилищные (62,6%) трудности, неуверенность в завтрашнем дне (82,1%), а также отсутствие работы, что также может быть объяснено сложностями перехода к рыночным отношениям. Другой стороной данного вопроса является тот факт, что современная модель поведения предполагает, прежде всего, получение стабильной высокооплачиваемой работы, что является причиной другой группы проблем, встречающихся в среднем у 30% респондентов. Среди них большая занятость работой обоими полами – около 50%, стремление к карьерному росту – более 30%, нежелание партнёра – 30-38%. Из этого вытекают ещё более фатальные группы, обусловленные, старением и приближением менопаузы у женщин: до 46% женщин и 39,5% мужчин называют слабое женское здоровье как помеху к появлению ребёнка и только 33,8% и 35,2% соответственно называют причиной мужское здоровье. При этом до 38,9% женщин отнесли к помехам отсутствие мужа или партнёра на 10% больше, чем мужчины, отмечают сложные отношения в семье. При этом также отмечается обратная корреляция между увеличением возраста девушек и количеством желаемых детей.

Из вышеуказанного следует, что наиболее острыми являются две – материальная нестабильность и высокая загруженность работой. При этом обе проблемы имеют экономический характер, из чего следует вывод, что наиболее оптимальным решением первой проблемы является модернизация экономики для наиболее плавного перехода к рыночным отношениям и занятию на международном рынке наиболее благоприятных позиций и появлению новых высокооплачиваемых мест. Важным аспектом является тот

факт, что параллельно экономике должна развиваться социальная инфраструктура, которая решит вторую проблему: во-первых, позволит приобретать социальную стабильность в более раннем возрасте за счёт материальных и нематериальных вложений, во-вторых, исключит трудности, обусловленные старением и нарушением состояния здоровья [3]. Среди первых стоит отметить создание экономических льгот и субсидий для молодых семей. Среди вторых – создание благоприятной социальной базы для детства и материнства.

Стоит отметить, что одной из первостепенных причин подобной нестабильности является достаточно поздняя интеграция нашей страны в мировой рынок и связанные с этим последствия. Но, помимо трудностей, он предлагает нам немало готовых альтернативных решений. Среди прочих стоит отметить, что в ряде западных и азиатских стран, включая Китай, Японию, США, достаточно широко распространены крупные объединения для получения образования самого разного уровня и направления. В первую очередь, это студенческие городки, включающие также дошкольные и школьные учреждения на базе высшего образования, которые, во-первых, целенаправленно подготавливают детей к получению основной специальности, во -вторых, позволяют работникам и студентам не быть в отрыве от семьи и не тратить время и силы на дорогу с работы и домой. Подобные комплексы создаются также на крупных предприятиях, в которых необходимо готовить узкоспециализированных специалистов, при этом содержание образования переходит в руки частной компании, а качество образования устанавливается необходимыми для предприятия нормативами.

Таким образом, в основе демографических проблем российского общества лежат экономические проблемы, обусловленные глобализацией и переходом к рыночным отношениям, решением которых является модернизация экономики, которая позволит выделить средства для развития инфраструктуры и создания благоприятной среды для детства и материнства.

#### Список литературы

1. Электронный ресурс [http://www.gks.ru/free\\_doc/2010/family.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm).  
[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
3. Линевич В.Л., Асянова С.Р. Психологическое обеспечение лиц с личностными расстройствами, подлежащих государственной защите // Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. 2017. № 4. С. 44-50.
4. Храмова К.В., Азаматов Д.М. Особенности формирования самосознания личности в условиях рискогенности российского общества//Исторические, философские, политические



и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики.  
2012. № 7-2 (21). С. 206-210.

© Алибаев Д.Р., 2019.