

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

Северный государственный медицинский университет  
Кафедра гуманитарных наук

XLII Ломоносовские чтения

Итоговая научная сессия СГМУ и СНЦ СЗО РАМН  
«Северная хирургическая школа: к 100-летию  
со дня рождения Н.М. Амосова».

*Симпозиум 21*

**«Медицина и гуманитарные знания:  
области соприкосновения»**

**Материалы межвузовской научной  
студенческой конференции**

**14 ноября 2013 года**

**Выпуск 1**

Архангельск  
«КИРА»  
2014

УДК 61(082)+608.1(082)  
ББК 5я431+87.751.5я431  
М 42

**Редакционная коллегия:**

Г.Н. ЧУМАКОВА, доктор медицинских наук, профессор  
Т.И. ТРОШИНА, доктор исторических наук, доцент  
М.Ф. ЛОЗОВИЦКАЯ, кандидат исторических наук, доцент  
А.Ю. ЛАВРЕНТЬЕВА, кандидат философских наук  
М.А. СМИРНОВА, кандидат исторических наук

**Составитель и ответственный редактор:**

А.В. МАКУЛИН, кандидат философских наук, заведующий кафедрой гуманитарных наук

*Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета*

М 42 Медицина и гуманитарные знания: области соприкосновения : материалы межвузовской научной студенческой конференции, 14 ноября 2013 года / М-во здравоохранения Рос. Федерации [и др.] ; сост. и отв. ред.: А. В. Макулин]. Вып.1. – Архангельск: КИРА, 2014. – 279 с. : табл., рис.  
ISBN 978-5-98450-307-5.

В сборнике представлены статьи студентов, аспирантов и преподавателей СГМУ и САФУ им. М.В. Ломоносова. Они отражают основные направления научной работы кафедры гуманитарных наук СГМУ и развитие гуманитарных аспектов медицинского знания в рамках научного студенческого общества СГМУ.

УДК 61(082)+608.1(082)  
ББК 5я431+87.751.5я431

ISBN 978-5-98450-307-5

© Северный государственный  
медицинский университет, 2014  
© Макулин А.В., составление, 2014  
© ООО «КИРА», 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>От составителя</b> .....	5
<b>I. История и медицина</b>	
<i>Гомзякова А.А.</i> Суицидальные мотивы в русской культуре .....	7
<i>Карпов Ю.В.</i> Йога в системе здорового образа жизни .....	11
<i>Лагунова Е.А.</i> Интеграция инвалидов в трудовую деятельность: исторический аспект .....	13
<i>Лочехина Г.А.</i> Меркантильный промискуитет в Архангельске в конце XIX – начале XX в. ....	20
<i>Повилайтис А.В.</i> Кремлёвская медицина как инструмент политической власти в советской России .....	27
<i>Сафин Р.М.</i> Доминирующий темперамент жителей современного Русского Севера.....	32
<i>Сергеев В.Д.</i> Роль отряда «Ковдор» в реализации стратегии сохранения памяти о павших советских воинах .....	39
<i>Смирнова М.А.</i> Несбывшаяся мечта краеведов .....	45
<i>Чех А.Н.</i> Влияние Авиценны на становление медицины .....	50
<i>Шкурова А.С.</i> Вклад святого праведного Иоанна Кронштадтского в сохранение общественного здоровья в конце XIX – начале XX вв.....	53
<b>II. Философские вопросы медицины</b>	
<i>Аишурко Д.Г.</i> Чудеса в медицине: божественное вмешательство или достижение науки? .....	59
<i>Бойченко В.А.</i> Философское осмысление причин самоубийства .....	64
<i>Модянов Н.Ю.</i> Медицина и практика через призму философии. Первые шаги к профессии врача .....	68
<i>Пропп К.В.</i> Зачем медику философия? .....	72
<i>Родина М.И.</i> О чем говорит клятва Гиппократова.....	77
<i>Хромцова Ю.А.</i> Исцеление философией .....	80
<i>Шинкаревская А.С.</i> Проблема пластической хирургии с точки зрения философии .....	87
<b>III. Актуальные проблемы биоэтики</b>	
<i>Amit Mishra.</i> Cloning (Ethical Issues) .....	91
<i>Балуева Ж.Е., Исмаилова Р.М., Паничева Е.А.</i> Проблемы этики и деонтологии в медицине .....	95
<i>Бирюкова А.А., Маслова В.А.</i> Трансплантация органов: быть или не быть донором? ..	100
<i>Гойджаев Р.С., Агафонова А.И.</i> Биоэтика в медицине .....	106
<i>Дерягина Н.С.</i> Новые репродуктивные технологии: этический аспект .....	109
<i>Дрочнева Е.С.</i> Этика медицинского эксперимента: юридические и философские проблемы.....	114
<i>Канева Л.А.</i> Социальное и физиологическое бесплодие: конфликт мировоззрений.....	117
<i>Лочехина Е.Б.</i> Отношение молодежи к абортам (на примере средних и высших учебных заведений г. Архангельска) .....	120
<i>Мальцев Д.С.</i> Эвтаназия в прошлом и настоящем.....	128
<i>Маслова Н.А.</i> Проблема клонирования человека: за или против?.....	132
<i>Неверова Н.В., Репина Л.А.</i> Трансплантация органов: проблемы и пути их решения..	137
<i>Новрузова М.К.</i> Этические проблемы взаимодействия пациентов в стационаре: темперамент, характер и стратегия этического поведения .....	142
<i>Пахомова К.И., Коряковская К.В.</i> Причины и последствия раннего материнства.....	147
<i>Разумова Е.Ю.</i> Этические аспекты общения врача-педиатра с детьми-инвалидами....	151
<i>Телюкина Я.А.</i> Деонтология и актуальные вопросы абортирования при выявленной патологии плода .....	159

<i>Тишкова И.Н., Асадова З.Х.</i> Этическое отношение медицинских работников к неизлечимо больным и умирающим .....	166
<i>Шумов А.В.</i> Аспекты внутриутробного воспитания .....	171
<i>Южакова О.С.</i> Социально-психологические аспекты реабилитации больных с ампутацией нижних конечностей .....	174

#### **IV. Неклассические проблемы медицины**

<i>Бабкина В.М.</i> Псевдоцелительство и секты: анализ феномена .....	179
<i>Бодрова Е.О., Новикова К.А.</i> Специфика водительской этики в медицинском аспекте .....	182
<i>Видманова Ю.Г.</i> «Здоровый» фаст-фуд: миф или реальность? .....	187
<i>Видманова Ю.Г.</i> «Эффект ореола» в медицинской рекламе .....	191
<i>Виноградов М.В.</i> Влияние гормонального фактора на сознание .....	195
<i>Ермолинская Д.В.</i> Следуя за модой – себя не уродуй, или Как современная молодежь «украшает» свое тело: тату и пирсинг. Медико-социально-эстетические аспекты .....	199
<i>Зеленцов Р.Н.</i> Ресурсосберегающие технологии получения дериватов альгиновой кислоты .....	203
<i>Кондратова М.В.</i> Медицина и поэзия .....	205
<i>Коробова С.Н., Ярцева К.С.</i> Боязнь белых халатов .....	212
<i>Костин Г.А.</i> Что такое нейротеология? .....	218
<i>Новиков Е.И.</i> Физическое бессмертие – то, что нужно человеку от медицины? .....	221
<i>Поникардовская Е.Н.</i> Прокрастинация. «Жизнь на потом» .....	225
<i>Сидоренко В.С.</i> Связь искусства и медицины: психофизиологические аспекты .....	232
<i>Шабанова А.В.</i> Проблема жизни ипохондрика на примере СПИД-фобии .....	238

#### **V. Студенчество, медицина и биоэтика**

<i>Головина М.И.</i> Деградация молодежи в современном обществе .....	244
<i>Лаврентьева А.Ю.</i> Религиозное образование в медицинских образовательных учреждениях: принципы организационной формы взаимодействия .....	251
<i>Ларионовская М.В.</i> Жизненные ценности студентов медицинского вуза .....	257
<i>Макеева Т.Д., Гасанова А.Т.к.</i> Влияние социальных сетей на жизнь и здоровье человека .....	263
<i>Макулин А.В.</i> Принцип пролиферации в деятельности НСО .....	268
<i>Невзорова Д.А., Сухановская А.А.</i> Студенческая семья и ее проблемы .....	270
<i>Савина Н.П.</i> Особенности синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских вузов .....	274
<i>Фирсова К.И., Мусаева И.В.</i> Сновидения студентов медицинского факультета .....	278

## От составителя

Сборник является первым опытом обобщения научно-исследовательской деятельности преподавателей кафедры гуманитарных наук Северного государственного медицинского университета, а также образованного на ее базе научного студенческого кружка «Колумбово яйцо».

СНК «Колумбово яйцо» был создан 29 мая 2013 г. заведующим кафедрой гуманитарных наук СГМУ А.В. Макулиным и в декабре 2013 г. включал в свой состав около 100 студентов из разных факультетов СГМУ. Название и девиз кружка были выбраны не случайно. Они напоминают студентам о знаменитой истории, произошедшей с первооткрывателем Америки Христофором Колумбом. Однажды великий мореплаватель, обедая у кардинала, рассказывал о своем путешествии. Один из гостей заявил: «Что может быть проще, чем открыть новую землю»? В ответ на это Колумб предложил гостю простое задание: поставить яйцо на стол вертикально. Неудивительно, что, несмотря на все попытки, ни один из собеседников не смог этого сделать. Тогда Колумб разбил яйцо с одного конца и поставил на стол. Гости запротестовали, сказав, что так смогли бы и они. Колумб ответил: *«Вы могли бы это сделать, а я сделал это на самом деле»*. В кружке также действует и так называемое отрицательное правило, т. е. положение которого каждый начинающий исследователь должен избегать: *«Если я не могу это сделать, то и тебе не позволю сделать это»*. Эта распространенная в различных организационных объединениях позиция нейтрализуется главной установкой кружка на коллективную мыследеятельность, диалогическое творчество и эвристические беседы.

Следует отметить, что среди студентов-естественников, посвятивших себя изучению законов природы, бытует мнение, будто нет ничего проще, чем написать статью по гуманитарной тематике, не касаясь при этом вопросов физики, химии, биологии и математики. Однако на самом деле, эта ситуация очень сильно напоминает историю с Колумбом. Именно, памятуя об этой истории, работают и студенты клуба. Подход «сначала попробуй, а потом говори о “простоте” гуманитарных знаний» подкрепляется также принципом свободы в выборе темы. Единственное требование, предъявляемое к автору будущей статьи, – это желание творчески совместить три стороны познания: медицинскую проблематику, гуманитарную дисциплину, преподаваемую на кафедре, и собственный взгляд на актуальную междисциплинарную проблему.

Основное содержание сборника – это материалы студенческой научно-практической конференции, проведенной 14 ноября 2013 г. в рамках 42-х Ломоносовских чтений и Итоговой научной сессии СГМУ и СНЦ СЗО РАМН «Северная хирургическая школа: к 100-летию со дня рождения Н.М. Амосова». Тема 21 симпозиума – «Медицина и гуманитарные знания: области соприкосновения» – показала интерес студентов к дисциплинам,

которые они изучают на кафедре. Высокая активность студентов и разнообразие заявленных тем позволили сформировать пять разделов: История и медицина; Философские проблемы медицины; Актуальные проблемы биоэтики; Неклассические проблемы медицины; Студенчество, медицина и биоэтика.

Студенты делают первые шаги в науке, они учатся собирать и анализировать материал, проводят социологические опросы, находят интересные факты, которых нет в учебниках. Не все статьи глубоки по содержанию, иногда явно можно увидеть первооснову тех или иных мыслей. Тем не менее, редколлегия решила не отклонять эти материалы. Часть статей перекликается по тематике, но они – разные, поэтому помещены в сборник. На английском языке оказалась пока одна статья, хотя пробовали написать на другом языке несколько студентов. Надеемся, что в этом направлении кафедра будет работать и в дальнейшем, вовлекая студентов в сферу международной науки. В процессе учебы студенты должны выработать навык логического мышления, научного обобщения, тактичного использования интеллектуального наследия. Участие в конференциях, подготовка докладов и статей для публикации – это хорошая школа для будущей медицинской науки.

Внутри разделов материал расположен по алфавиту авторов. При наличии нескольких статей одного автора учитывался алфавит заглавий статей. Среди студенческих статей есть публикации их преподавателей и аспирантов. Они не выделены из общего массива, а включены в соответствующие тематике заглавий разделы. Все статьи снабжены библиографическими списками использованной литературы и внутритекстовыми сносками.

Предполагается обозначенную тему конференции сделать постоянной для нашей кафедры, поэтому сборник считается первым выпуском в ряду последующих.

# I. История и медицина

## СУИЦИДАЛЬНЫЕ МОТИВЫ В РУССКОЙ КУЛЬТУРЕ

ГОМЗЯКОВА Ангелина Андреевна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: angelinka.gomzyakowa@yandex.ru  
Науч. рук.: канд. ист. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
СМИРНОВА Марина Александровна

*Чем лучшие люди узнают сущность  
влияющих на сознание технологий,  
тем больше вероятность,  
что они поймут их назначение,  
и тем менее вероятность,  
что эти технологии будут использованы*  
Дж. Маркс

Суицид – болезнь миллионов людей. Как правило, кончают жизнь самоубийством люди, которые не могут найти выход из сложившейся ситуации или повторяют судьбу своего кумира. Это проблема не только нашего времени. Суицид, как способ уйти из жизни, пришёл к нам из глубокого прошлого и входит в число 10 ведущих причин смерти населения во всех странах, а для молодежи в возрасте 15–34 лет – в тройку. В России за последние 20 лет покончили жизнь самоубийством около 830 тысяч человек. В нашем мире большое количество стрессовых ситуаций, которые могут вывести человека из привычного жизненного русла и подвести к «чёрной черте».

К 2020 году суицид выйдет на второе место в мире, как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям [1].

Тенденция суицидальных мотивов неоднократно отмечалась в мировой культуре и литературе. Как мы знаем, поэты и писатели отражают действительность бытия, строй государства, настроение общества, а также внутренние переживания в своих произведениях.

**Цель** нашего исследования: изучить влияние различных средств информации на человека, вызывающих суицидальное поведение человека; рассмотреть Синдром Вертера, как яркий пример суицида.

Художественная литература является сильным средством воздействия на людей, особенно молодых, с неокрепшими взглядами на жизнь. Талантливо созданные образы литературных героев вызывают интерес, стремление к подражанию. Одним из ярких примеров является роман И.В. Гёте «Страдания юного Вертера», в котором на фоне картин немецкой действительности отражены драматические личные переживания героя,

закончившиеся для него самоубийством. Распространение романа вызвало в Европе волну подражающих самоубийств, что впоследствии было названо «эффектом Вертера». В России подобным произведением является повесть Н.М. Карамзина «Бедная Лиза». Синдром Вертера или смерть из подражания некоторым образом оправдывает суицид так называемых «фанатиков» знаменитостей, которые уходят из жизни вслед за своим кумиром именно такой же смертью. На наш взгляд, эти люди психически не устойчивы, легко восприимчивы к жёстким реалиям жизни. Люди, которые «примеряют» судьбу своего «идола», как правило, не реализовавшие себя в каком-либо поприще.

На рубеже XIX–XX вв. формируется новое направление в русской культуре – декаданс. Декадентские мотивы встречаются в произведениях реализма (А.И. Куприн «Молох»), романтизма (В.М. Гаршин «Красный цветок»), символизма (А.А. Блок. «Незнакомка»). Читая произведения в стиле декаданса, одни люди размышляли о бытие, об устройстве жизни, другие, не выдержав душевного дискомфорта, бросались под поезд.

Художники, так же как и литераторы, отражают действительность на фоне своих волнений, переживаний народа и общества. Наблюдая окружающий мир, художник часто пытается отобразить на полотне весь трагизм ситуаций. Например, творчество В.В. Верещагина, где своей главной задачей художник считал борьбу средствами искусства с «ужасным призраком войны» [2]. Такой атмосферой пронизаны наиболее сильные и резкие в своей правдивости произведения: «Забытый» (1871), «Панихида по убитым» (1877–79), «На Шипке все спокойно!» (1878–79) и другие [2].

Одним из мощных распространителей суицидальных наклонностей человека является СМИ. Например, некоторые телеканалы показывают всё, что касается смерти, убийств и самых разнообразных видов насилия.

Несмотря на то, что официальная позиция специалистов служб программирования наиболее «популярных» в этом плане телекомпаний часто заключается в том, что «демонстрация насилия на экране отвращает от насилия в реальной жизни»[3], не следует и забывать об эффекте Вертера.

Смотрят телепрограммы не только взрослые, которые могут «отфильтровывать» ненужную информацию, но и дети, подобно губкам, впитывающие в себя всё. Какие мультфильмы предпочитают сейчас дети? Не секрет, что дети тянутся к тому, что запрещено, – их бессознательно притягивают сцены с драками, насилием... Девочки выбирают мультфильмы с полуобнаженными девушками, которые сражаются с монстрами. Естественно «это всё» оставляет неизгладимый отпечаток на психике ребёнка. Психологи все го мира отмечают, что дети стали более жестокими, неуправляемыми, неуравновешенными. Возможно, в детском возрасте это не отразится на психике, т.к. будет нейтрализовано статусом ребенка в обществе, но в дальнейшем даст о себе знать, будет ответом на вопрос, почему так велик суицид среди детей? Среди взрослого населения тоже есть психически неустойчивые, которым нельзя смотреть телепередачи с



мотивами насилия. Посмотрев их, они могут захотеть повторить то, что увидели на экране, почувствовать себя «героями».

Композиторы-романтики, чувствуя разлад с действительностью, стремились «укрыться» от враждебного им мира в вымысле или прекрасной мечте. В музыке начинались фиксироваться тонкие душевные колебания, минорные ноты, изменчивость настроений – отражение реальных волнений и жизненных судеб музыкантов, сложившихся порой трагически. В XXI в. классическую музыку стали вытеснять рок-музыка, тяжёлый металл. Слушая её, возникает чувство с одной стороны чувство отрешенности, бессилия, равнодушия, апатии, с другой желание потерять себя в «неуправляемой массе», которая всегда живет только за счет некоего «внешнего врага». Когда человек живет в этом «облаке трагизма», вряд ли ему захочется вернуться к нормальной «светлой» жизни. Не секрет, что многие выдающиеся люди из мира рок-музыки заканчивали жизнь суицидом или погибали от наркотических средств.

Кино находит поклонников своей реалистичностью. Фильмы не всегда показывают прекрасные моменты в жизни человека и не всегда заканчиваются счастливым концом. Там, в современном отечественном кинематографе, то ли по причине нехватки средств, то ли по причине отсутствия действительно творческих идей, наиболее распространенным являлся акцент на бытовом реализме, на страданиях человека, испытаниях, которые заставляют главного героя идти по трагическому сценарию, а зрителей убеждают в невозможности изменения этой реальности к лучшему. Психологические триллеры со своими напряженными сюжетами заставляют зрителя постоянно переживать за героев, ждать с нетерпением развязки. И хитрые режиссёры «подают» кинолюбителям желаемое – главные герои трагически терпят поражение. Нельзя точно определить, какой смысл несут в себе фильмы подобного рода, однако зрителю это нравится.

Не секрет, что некоторые программы телевидения сделали много положительного, например голливудская концепция «хэппи энда», позволившая выйти Америке из «великой депрессии» 30-х гг. XX в.

Можно сделать вывод, что СМИ действует на человека негативно с точки зрения психики. Испуганный человек не всегда может избежать проявления спонтанной агрессии в реальной ситуации, его реакция, обусловленная множественными систематически подогреваемыми страхами, может быть наоборот, крайне негативной и агрессивной. Стоит вспомнить, к чему привели массовые страхи и истерии населения перед ведьмами и колдунами в Средневековье. В Германии XV в. было сожжено в общей сложности 100 тыс. человек. Утверждать, что все они были сторонниками «сил зла», здравомыслящему человеку вряд ли подобает.

Русские люди во все времена стремились доказать свою непобедимость, используя самобичевание – «Бей своих так, чтобы другие боялись», «Бьет – значит любит». В русском народном фольклоре Иван-дурак должен был обязательно пройти испытания: Змей Горыныч, Баба Яга, Кощей Бессмертный – но при этом достигал нужной цели. Во время

многочисленных войн, русские люди не раз отличались самопожертвованием: бросались под танки, сгорали заживо, терпели насилие, боль, издевательства – ради победы, не ради того, чтобы умереть, а чтобы, жертвуя частью сохранить основу. Этот несомненный героизм без сомнения оправдан как в моральном, так и в историческом плане, но все же, мирное оптимистичное созидательное строительство также необходимо. В культуре нельзя постоянно ориентироваться на смерть, т.к. это подтачивает жизненные силы народа изнутри, делает бессмысленными все попытки что-то изменить «здесь» в лучшую сторону, создать что-то разумное и полезное для человека и человечества в целом.

Не следует забывать и еще об одной «традиции», т.к. не менее 25% всех лиц, совершающих суициды, алкоголики, у еще большего процента во время самоубийства отмечалась высокая концентрация алкоголя в крови. Научные исследования показали, что суицидальный риск у алкоголиков в 10 раз выше, чем у лиц без алкогольной зависимости [4]. Почему на фоне алкогольной зависимости происходит большое количество суицидов? Одни утверждают, что причиной смерти алкоголиков являются проблемы со здоровьем, отсутствие работы, депрессия, проживание в одиночестве и т.д. Другие считают, что косвенное химическое воздействие алкоголя на головной мозг заключается в ослаблении процесса торможения. Сильное пьянство приводит к утрате защитного барьера, который препятствует самоуничтожению.

Суицид – это болезнь, которая уничтожает тысячи людей. Психологи утверждают, что если человек решился на такой шаг, то вряд ли его что-то остановит, он найдет возможность это сделать. К такому страшному шагу его подводят те моменты, раскрыть которые была попытка в статье. Кто зомбирует людей? Для чего все это необходимо? Можем ли мы оградиться от жестких нападков внешней среды и человечества? Цензуру на СМИ ввести нельзя, запретить показ жестоких, депрессивных фильмов тоже невозможно. Но что-то нужно делать, чтобы ликвидировать воздействие всего этого, избежать подобных моментов.

### **Список литературы:**

1. Смертность российских подростков от самоубийств : исследование / [авт. кол.: А.Е. Иванова и др.]. М.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011.
2. URL: <http://www.artcontext.info/pictures-of-great-artists/>
3. Мониторинг ВЦИОМ. 2000, июнь. М., 2000. С. 38–53.
4. URL: [http://www.astromeridian.ru/psychology/prichiny\\_suicida.html](http://www.astromeridian.ru/psychology/prichiny_suicida.html)

## ЙОГА В СИСТЕМЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

КАРПОВ Юрий Владимирович

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

3 курс. Лечебный ф-т

E-mail: karпов\_yury@bk.ru

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Феномен йоги – духовной дисциплины, получившей бурное развитие в европейском обществе в последние десятилетия, вызывает вокруг себя много споров и недомолвок. Именно неоднозначность в её восприятии побуждает рассмотреть ситуацию более подробно. **Целью** работы является анализ научно-обоснованных данных по заданной тематике и синтез её с мнением современного общества, чтобы на выходе получить трезвую оценку феномена и его роли в системе здорового образа жизни.

Йога – религиозно-философская система, исповедование и следование канонам которой должно привести к соединению души человека с абсолютной душой – Богом. Но мистический ореол йоги, неприятие ее религиозности и философской сути отталкивает от нее многих адептов материализма, вызывает резкую критику и часто – полное отрицание. Одна из задач йоги заключается в соединении в человеке физических и психических начал и потенциалов, все методы йоги направлены именно на это. Поэтому йога, вне всяких сомнений, заслуживает внимания при обсуждении проблем оздоровления. В европейском обществе под йогой чаще всего понимают одну из её разновидностей, а именно хатха-йогу, которая является комплексом физических упражнений, исключая духовные и философские аспекты практики. Основным компонентом хатха-йоги являются асаны – специальные положения тела, в которых практикующий йогу должен находиться некоторое время. Асаны влияют на организм человека через разные механизмы: гуморальные, рефлекторные, гормональные – все эти воздействия приводят к изменениям, похожим на действие лечебной физкультуры, поэтому одним из направлений исследований является сравнение их влияний.

Перед разговором о йоге стоит упомянуть такие важные понятия как спорт и физическая культура. Термин «спорт» несёт в себе профессиональный оттенок, связан с надрывом организма, борьбой за высшие достижения и к оздоровлению имеет опосредованное отношение. Соревновательный момент в йоге отсутствует, если не учитывать динамику собственных результатов, но и это не основополагающий момент, главное – гармоничное развитие тела без срывов и резких скачков. Физическая культура в первую очередь – повседневная тренировка, изменение режимов

функционирования организма и окружающей обстановки в допустимых пределах и, безусловно, полезна для здоровья.

Многие элементы йоги в отдельности давно нашли применение и в современной спортивной тренировке, и в лечебной физической культуре. Например, методика аутогенной тренировки, предложенная Иоганном Шульцем, основана на методах концентрации внимания и расслабления, применяемых в йоге. Изометрические нагрузки, тренировки при гипоксических условиях, используемые многими атлетами для достижения специфических целей, давно нашли применение в практике йоги. Но, несмотря на всю ширину использования методик йоги в профессиональном спорте, сам комплекс йоги можно рассматривать как вариант занятия физической культурой.

Стоит упомянуть несколько позиций в отношении занятий йогой. С одной точки зрения, заниматься ей могут только физически здоровые люди, без проблем с артериальным давлением и заболеваниями внутренних органов, но практический опыт многих адептов йоги показывает, что регулярная практика может привести к значительному улучшению самочувствия при многих хронических заболеваниях.

Йога как комплексная оздоровительная система направлена на развитие таких качеств как гибкость, мышечная сила, способствует поддержанию правильной осанки, профилактике дегенеративного артрита. Как показывают исследования Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, практика йоги улучшает плотность костной массы позвоночника. Йога улучшает периферическое кровообращение, способствует оттоку венозной крови к сердцу, дренаж лимфы. Важным компонентом йоги является концентрация. Исследования показали, что регулярные занятия йогой улучшают координацию, время реакции и даже показатели IQ. Йога понижает концентрацию кортизола в крови, в результате этого наблюдается понижение последствий сахарного диабета и нормализация артериального давления.

Особой разницы между влиянием йоги и физической культуры нет, оба направления при рациональной практике дают стойкий положительный эффект. Особенность йоги в её мягком влиянии на тренирующийся организм, сами занятия проходят практически без энергетических затрат, в отличие от стандартных физических упражнений, что является несомненным плюсом при выборе методов достижения здоровья.

Регулярные занятия йогой оказывают комплексное положительное влияние на организм, являются мощным профилактическим средством. Внедрение практики йоги в систему здорового образа жизни должно приветствоваться, потому что её благоприятный терапевтический эффект подтверждается практическим опытом последователей и теоретическими изысканиями исследователей.

### **Список литературы:**

1. Бойко В.С. Йога: искусство коммуникации. Изд. 2-е, испр. М.: Светочъ, 2006.

2. Давыдов В.Ю., Шамардин А.И., Краснова Г.О. Новые фитнес-системы (новые направления, методики, оборудование и инвентарь) : учеб. пособие для студентов физкультурных вузов. 2-е изд., перераб. и доп. Волгоград : Изд-во Волгогр. гос. ун-та, 2005.
3. Эберт Д. Физиологические аспекты йоги / [пер. с нем. Р.С. Минвалеева]. СПб.: Веди, 1993.
4. Дорохов А.Н. Механизмы действия системы йога: теории, гипотезы. Анализ теоретических и экспериментальных исследований / Одесский нац. ун-т им. И.И. Мечникова // Общая патология и патологическая физиология. 2008. Т. 3, № 3. С. 4–16.

## **ИНТЕГРАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

ЛАГУНОВА Екатерина Александровна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [bakmysora@ya.ru](mailto:bakmysora@ya.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

В современном мире идет четкое разграничение между нормой и отклонением. Людей с ограниченными возможностями стали считать отдельным социальным слоем. В литературе по данному вопросу можно увидеть, что интеграция в трудовую деятельность инвалидов зависит не от законов и постановлений, которые контролируют эту сферу, а только от самоопределения их как личности, их целей и степени интеграции в общественные отношения, уверенностью в собственные силы, а также готовностью общества принять человека с ограниченными возможностями, как непосредственного участника трудовой деятельности.

Несмотря на предпринимаемые усилия, уровень интеграции остается по-прежнему низким, социальная активность и профессиональная самореализация, социальные и семейные сценарии деформируются ограничениями, налагаемыми дефектами здоровья.

Инвалиды, номинально обладающие всей полнотой прав человека, наделены «достоинством, присущим всем членам человеческой семьи», что является основополагающим принципом Всеобщей Декларации прав человека. Инвалиды должны быть интегрированы в социальную действительность, однако они в той или иной степени подвергаются социальному ограждению.

Ситуацию усугубляет наличие субъективных оснований выделения и вынесения за рамки инвалидов: неразвитость общественного сознания, самоизоляция инвалидов, их слабые мотивационные механизмы и неустойчивость побуждений к независимой жизни.

Деятельность государства и общества, направленная на содействие интеграции инвалидов, недостаточно реагирует на острые нужды инвалидов, предотвращающих обострение их социальных проблем.

Современное развитие общества приходит к пониманию некоторых проблем инвалидов, но пока еще далеко до их реализации. Актуальность вопроса очевидна. Чтобы принять правильное решение, необходимо знать исторический аспект интеграции в трудовую деятельность людей с ограниченными возможностями. Известны биографии знаменитых деятелей науки, политики, культуры, которые не могли полноценно владеть своим телом, но оставили заметный след в тех сферах деятельности, которыми они стали заниматься.

**Цель** нашей работы – доказать, что человек с ограниченной возможностью может полноценно заниматься общественно значимым трудом.

**Задачи:** выявить информацию о знаменитых людях с ограниченными возможностями и их участие в жизни; проследить исторический аспект интеграции инвалидов в общество.

Способность инвалидов быть независимыми экономическими субъектами, участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества отражает уровень реализации их прав как граждан социального государства. Этот уровень зависит от степени участия государства в решении проблем инвалидов, вкладе общественных движений инвалидов в формирование социальной политики и общественного признания инвалидности как следствия социальной несправедливости, а не только медицинского диагноза.

Современные подходы к инвалидности заставляют задуматься о происхождении политики исключения и выделения по отношению к людям с ограниченными возможностями.

В средние века инвалидность рассматривалась как некое неизменное состояние, вызванное действием сверхъестественных сил, как правило, наказанием за грехи. Распространившаяся в XVIII в. медицинская модель переформулировала инвалидность в физическую недостаточность, подлежащую профессиональному лечению, которое могло бы, пусть и не исправить положение, но скорректировать большую часть недостатков и помочь инвалидам функционировать в обществе в меру своих возможностей. В рамках данного подхода в XIX–XX вв. произошли перемены в области здравоохранения, социальной защиты, появились специальное образование, трудовая реабилитация и частная благотворительность. На практике, все-таки, инвалиды оставались за пределами «нормальности».

Медицинская модель определяет инвалидность, т. е. неспособность полноправно участвовать во всех сферах экономической и общественной жизни, как следствие наличия у индивида органической патологии. Такой подход автоматически исключает участие инвалидов во всеобщей деятельности, ограничивает возможность работать и учиться наравне с остальным населением, получать услуги, предназначенные для общего

пользования. Задача преобразования и адаптации всеобщей среды с учетом потребностей инвалидов в рамках медицинской модели не рассматривается. В современной социальной модели понимания инвалидности акцент с коррекции «недостатков» и «отклонений» у людей с инвалидностью переведен на более широкую проблему равенства и определения барьеров, препятствующих участию инвалидов в общественной жизни и их личностному развитию.

В США, в конце 1960-х гг., в период правления президента Джона Кеннеди, ранее скрывавшиеся проблемы инвалидов стали широко обсуждаться в газетах и на телевидении. Активно развивались идеи реформирования всей системы жизнеустройства инвалидов, велись экономические исследования, которые, по крайней мере, в теории, доказывали возможность существенной экономии государственных средств на поддержку инвалидов.

Канада стала первой в мировой истории страной, включившей в конституцию положение о равноправии и прямое указание на инвалидность как на основание, по которому запрещается проводить ограничение прав и свобод. Канадская Хартия прав и свобод, принятая канадской конституцией в 1983 г., гласит: «Закон не делает различий для лиц и в равной мере применяется ко всем, и все имеют право на равную защиту и равное покровительство закона, независимо от каких-либо различий, в частности, основанных на признаках расы, национального или этнического происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, или вследствие психических или физических недостатков».

Само по себе определение социальной роли и позиции в обществе отягощается социальными стереотипами, человек с инвалидностью зачастую «балансирует» между статусно-ролевыми позициями «нуждающегося в помощи», с одной стороны, и равноправного участника социальных процессов, с другой. Люди с инвалидностью считаются пассивными получателями услуг социальных служб и государства, в то время как они могут быть независимыми участниками социальных взаимодействий, их идентичности могут быть разными, что утверждается, в том числе и посредством коллективного действия, осуществляемого в публичной сфере сообществом или общественным движением людей с инвалидностью.

В истории было немало людей с ограниченными возможностями, которые проявляли себя как великолепные политические, научные и общественные деятели. Вот некоторые из них:

**Франклин Делано Рузвельт** (1882–1945) – 32-й президент США (1933–1945). Его имя и сегодня тесно связано с восхождением США к современной мировой державе, хотя решающая основа для этого прорыва была создана до его президентства. В 1921 г. он заболел полиомиелитом, но, несмотря на болезнь, продолжил активную политическую деятельность. С инвалидным креслом он уже не расставался, не мог стоять без помощи стальных шин весом в десять фунтов, передвигался только на костылях. Пережить эту трагедию ему очень помогала жена.

Рузвельт проявил железную волю и огромные усилия в ежедневных физических упражнениях. На заброшенном курорте Уорм-Спринг («Горячий ключ») на юге США, в штате Джорджи, он организовал курорт для больных, а для себя построил небольшой дом. В результате многочисленных тренировок Рузвельт научился держаться на воде «Горячих ключей»; с помощью специальных ортопедических приспособлений на ногах, тяжелой палки и при поддержке одного из сыновей ему удавалось даже передвигаться без коляски.

Несмотря на свой недуг и проигранные выборы 1920 г., он вернулся в активную политическую деятельность. В 1928 стал губернатором штата Нью-Йорк и два срока был на этом посту. С помощью общения с избирателями посредством радио (знаменитые «беседы у камина») он узнавал и выяснял проблемы, которые их волнуют и какие пути решения видят избиратели. В 1931, в момент обострения экономического кризиса, он создал в штате Временную чрезвычайную администрацию по оказанию помощи семьям безработных. В ходе президентской избирательной кампании 1932 г. Рузвельт изложил основные идеи социально-экономических преобразований, получившие по рекомендации его советников («мозгового треста») название «Нового курса». С марта 1933 по апр. 1945 г. он был 32-м президентом США. В этот период были проведены важные экономические реформы, позволившие стране выйти из «великой депрессии» – восстановлена банковская система, подписан закон о создании Федеральной чрезвычайной администрации помощи голодным и безработным; принят закон о рефинансировании фермерской задолженности, закон о восстановлении сельского хозяйства, который предусматривал государственный контроль за объемом производства сельскохозяйственной продукции, закон о восстановлении промышленности, который предусматривал целый комплекс правительственных мер по регулированию промышленности и мн. др. В нояб. 1933 г. подписал дипломатическое признание СССР, провозгласил политику «добраго соседа» в отношении стран Латинской Америки, которая способствовала созданию межамериканской системы коллективной безопасности. Своим величайшим достижением на президентском посту Рузвельт считал установку во время Первой мировой войны минного заграждения в Северном море — от Англии до Норвегии, перекрывшего германским подводным лодкам выход в Атлантику. Во время второй мировой войны Рузвельт, в соответствии с конституцией, принял на себя все обязанности главнокомандующего в военное время. Он приложил немало усилий для укрепления антигитлеровской коалиции, придавая большое значение созданию Организации Объединенных Наций.

**Стивен Уильям Хокинг** (р. 1942) – физик и космолог, в 1960-е гг. был практически полностью парализован из-за развития неизлечимой формы атрофирующего склероза и остался в этом состоянии. У него двигались только пальцы правой руки, которыми он управлял своим движущимся креслом и специальным компьютером. В 1970-е гг. Хокинг провел ряд исследований, которые внесли существенный вклад в космологию: было



сделано открытие радиации черных дыр. В 1974 г. Хокинг стал членом Лондонского Королевского общества, в 1979 г. – Лукасовским профессором Кембриджского университета и занимал эту должность до 2009 г. В 1980-х гг. профессор Хокинг и Джим Хартл предложили модель Вселенной, которая не имеет космических границ и времени. Концепция была описана в «Краткой истории времени», по всему миру было продано 25 миллионов экземпляров. В 1985 г. Хокинг из-за тяжелого воспаления легких перенес серию операций, остался без голоса. Он впал в коматозное состояние, из которого его чудом вывели. Вдобавок к прикованности к ортопедическому креслу прибавилась прикованность к аппаратуре, поддерживающей жизнеобеспечение пациента.

В последние годы профессор Хокинг исследовал отношения между наукой и религией, подготовил книгу «Великий замысел» (опубликована в 2010 г.), где спорит с Исааком Ньютоном, верившим в божественное участие в создании Вселенной и считавшим, что из хаоса она сама по себе возникнуть не могла. Гипотеза Хокинга объясняет происхождение и механизмы Вселенной при помощи законов гравитации. В 2013 г. ему была присуждена специальная Премия по фундаментальной физике за открытие излучения черных дыр и его глубокий вклад в исследование квантовой гравитации и квантовых процессов в ранней Вселенной.

**Джон Форбс Нэш-младший** (р. 1928) – выдающийся математик, который с молодости страдал шизофренией. Его болезнь могла закончиться трагически, но вместо этого 30-летняя борьба против психического заболевания увенчалась успехом – присвоением Джону Нэшу Нобелевской премии по экономике в 1994 г. (за фундаментальный анализ равновесия в теории некооперативных игр). На основе этих событий был снят фильм «Игры разума», который вышел на экраны в 2001 г.

Математика не относилась к его любимым школьным предметам, но в 14 лет он прочитал книгу Э.Т. Белла «Творцы математики», что позволило ему тогда же самостоятельно доказать малую теорему Ферма. Окончил Политехнический институт Карнеги с двумя дипломами и Принстонский университет. В 20 лет создал основы научного метода для развития мировой экономики, в 21 год – защитил диссертацию (1949) о теории игр. Нэш занимался так называемыми играми с нулевой суммой, в которых победа одной стороны неизбежно означает поражение другой. В 1950–1953 гг. опубликовал четыре работы, в которых представил глубокий анализ «игр с ненулевой суммой» – особого класса игр, в которых все участники или выигрывают, или терпят поражение. Примером такой игры могут стать переговоры об увеличении зарплаты между профсоюзом и руководством компании. Эта ситуация может завершиться либо длительной забастовкой, в которой пострадают обе стороны, либо достижением взаимовыгодного соглашения. Нэш сумел разглядеть новое лицо конкуренции, смоделировав ситуацию, впоследствии получившую название «равновесие по Нэшу» или «некооперативное равновесие», при которой обе стороны используют идеальную стратегию, что и приводит к созданию устойчивого равновесия.

Игрокам выгодно сохранять это равновесие, так как любое изменение только ухудшит их положение. В 1950-е гг. он сотрудничал с корпорацией RAND, занимающейся аналитическими и стратегическими разработками, в которой работали ведущие американские ученые, стал одним из ведущих специалистов в области ведения «холодной войны».

**Валерий Андреевич Фёфёлов (1949–2008)** – диссидент. Работая электромонтером, упал с опоры ЛЭП и сломал позвоночник, после чего на всю жизнь остался инвалидом-колясочником. В мае 1978 г. вместе с Юрием Киселевым и Файзуллой Хусаиновым создал Инициативную группу защиты прав инвалидов в СССР. Группа ставила перед собой следующие задачи: 1. сбор и распространение информации о положении инвалидов в СССР; 2. выступление с ходатайствами перед компетентными органами СССР об улучшении социального обеспечения инвалидов (увеличение пенсий пропорционально росту цен; производство или закупка различных механизмов, облегчающих жизнь инвалидов; проектирование специальных микрорайонов для инвалидов с учетом особых потребностей; улучшение положения в домах инвалидов – отделение молодёжи от стариков и обеспечение её достойной работой; развитие в СССР инвалидного спорта); 3. в случае отказа в удовлетворении этих ходатайств – обращение за помощью к международной общественности; 4. налаживание контактов с международными организациями по делам инвалидов.

Своей главной целью группа называла создание Всесоюзного общества инвалидов (образовано в 1988), был начат выпуск информационного бюллетеня (всего вышло 14 номеров), в котором публиковались документы группы и различные материалы о положении инвалидов. 25 окт. 1978 г. члены группы собрали в Москве пресс-конференцию, на которой объявили иностранным корреспондентам о своем существовании. Деятельность группы была признана антисоветской, начались преследования. В 1982 г. покинул страну с семьей, жил во Франкфурте-на-Майне. Работая в Международном обществе прав человека, продолжал заниматься проблемой защиты прав инвалидов в СССР.

**Ольга Ивановна Скороходова (1911–1982)** – советский учёный-дефектолог, педагог, литератор, кандидат педагогических наук. Единственная в мире слепоглохой научный сотрудник, работала в НИИ дефектологии Академии педагогических наук СССР. При полном отсутствии зрения и слуха создала ряд научных работ, затрагивающих проблему развития, воспитания и обучения слепоглухонемых детей. В 1961 г. защитила кандидатскую диссертацию на учёную степень кандидата педагогических наук по психологии. В 1947 г. опубликовала первую свою работу: «Как я воспринимаю окружающий мир», в 1954 г. вторую: «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир», в 1972 г. третью: «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир».

Хелен Адамс Келлер (1880–1968) – американская писательница, лектор и политическая активистка. В возрасте восемнадцати месяцев перенесла заболевание, предположительно, скарлатину, в результате которого

полностью лишилась слуха и зрения. В 7 лет ее стала обучать Энн Салливан, почти слепая педагог, которая выработала в процессе работы с Хелен новые подходы в специальной педагогике. Под руководством Салливан Хелен научилась осмысленно думать и говорить по методу Тадомы: прикасаясь к губам говорящего человека, она ощущала их вибрацию, в то время как Салливан обозначала буквы на её ладони. Хелен также научилась читать по-английски, по-французски, по-немецки, по-гречески и по-латыни по методу Брайля. Она получила образование в Школе Перкинса для слепых, в Школе Райта-Хьюмаса для глухих, в Кембриджской школе для девушек и в Колледже Рэдклиффа. В ее судьбе принимали участие Марк Твен и Генри Роджерс. Она зарабатывала на жизнь публикациями и лекциями – вместе с Э. Салливанн они разъезжали по США и по всему миру. В 1919 г. она снялась в фильме под названием «Сокрушение ига», повествующем о ее судьбе. Келлер стала заметным филантропом и активистом, была членом социалистической партии Массачусетса. Она поддерживала фонды обучения и социализации инвалидов, была активным деятелем Американского союза защиты гражданских свобод. За её заслуги в 1964 г. Линдон Джонсон наградил её Президентской медалью Свободы. С 1980 г. указом Джеймса Картера её день рождения отмечается как День Хелен Келлер. Ее образ был популяризован У. Гибсоном в пьесе «Сотворившая чудо», по которой был снят одноимённый фильм, спектакли ставились и в российских театрах. Келлер – автор семи художественных книг, одна из которых – автобиографическая повесть «История моей жизни» («Story of my life») в 2003 г. издана на русском языке.

На примере знаменитых инвалидов показано, чего могут добиться люди с ограниченными возможностями и как твердо они могут стоять за свое дело, несмотря на все трудности. Недуг вырабатывает терпение, твердость характера, надежду только на свои силы.

Инвалидам должен быть открыт путь во все сферы деятельности и ко всем посильным видам труда. Все мы рождаемся равноправными, несмотря на болезни, отклонения и недуги. Современное общество должно стремиться помогать и поддерживать людей с ограниченными возможностями в любых начинаниях, содействовать их развитию в трудовой деятельности, чтобы возможности стали безграничными, как и у нас всех. Нужно помогать им стараться, пытаться, двигаться к их цели.

### **Список литературы:**

1. Басилова Т.А. К 100-летию со дня рождения Ольги Скороходовой – слепоглухой поэтессы, писательницы и исследователя [Электрон. ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49867.shtml> (14.11.2013).
2. Домбровская А.Ю. Измерение влияния средств массовой информации на социальную адаптацию людей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Института социологии. 2012. № 4. С. 138–157.

3. Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. 10, № 2 : История инвалидности в России.
4. Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11, № 2 : Инклюзивная культура и социальная политика.
5. Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов : руководство для наблюдателей в области прав человека. Серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17. Нью-Йорк; Женева, 2010. URL: [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities\\_training\\_17RU.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17RU.pdf)
6. Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации»: проект. URL: [http://www.social.saratov.gov.ru/international\\_projects/rehabsys](http://www.social.saratov.gov.ru/international_projects/rehabsys) (14.11.2013).
7. Цыганов М. Е. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза // Труд за рубежом. 2003. № 4. С. 28–56.

## **МЕРКАНТИЛЬНЫЙ ПРОМИСКУИТЕТ В АРХАНГЕЛЬСКЕ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX В.**

**ЛОЧЕХИНА Галина Александровна**  
Архангельск, Россия  
Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова  
Институт социально-гуманитарных и политических наук  
3 курс. Кафедра отечественной истории  
E-mail: [loch.galya@gmail.com](mailto:loch.galya@gmail.com)  
Науч. рук.: канд. ист. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
СМИРНОВА Марина Александровна

Современные СМИ нередко сообщают информацию о раскрытии нового «публичного дома», разоблачении крупного «домовладельца» и десятков проституток; в рекламных газетах можно увидеть простые телефонные номера без всяких подписей и комментариев. Индустрия порока окружила нас со всех сторон, пытается проникнуть во все сферы современной жизни и невозможно закрывать глаза на некогда диковинные явления. Логично, что общество не может не реагировать на это. В качестве такой реакции мы часто слышим возгласы тех, кто ратует за тотальный запрет проституции, за введение нового и ужесточение уже действующего законодательства в этой сфере; кто-то считает, что необходимо лишь взять этот «бизнес» под жесткий контроль.

Известны проекты современных отечественных законодателей по легализации проституции в России. По этому поводу в СМИ ведутся ожесточенные споры: одни угрожают грядущим падением нравов и чуть ли не анархией во всем обществе; Другие ссылаются на западный и отечественный опыт и обещают только положительные результаты этого нововведения. Именно эти споры и возродили в научном сообществе интерес к российской истории самой древней профессии. Становится актуальным

изучение легализации проституции во второй половине XIX в. и, как следствие этого, появление в печати публикаций на данную тему. Их не очень много, тема достаточно специфичная и, в какой-то мере, закрытая.

Изучение практики легализации проституции стало междисциплинарной проблемой. В области ее изучения наравне с историками трудятся медики, они ищут причины и пути предотвращения венерических заболеваний. Юристы изучают криминальный аспект проблемы, социологи обращают внимание на социальный аспект проституции, психологи, этнологи, культурологи и др. находят свои аспекты этой темы.

Проблема половой преступности существует с древнейших времен во всем мире и на территории России. Она разнообразна в проявлении своего характера, зависит от национальных традиций и особенностей конкретного региона страны. Архангельск не стал исключением. Одной из особенностей, но не уникальной, архангельского меркантильного промискуитета стал преимущественно портовый его характер, в отличие от других регионов, где также была развита портовая проституция, иных форм этого занятия мы здесь не обнаружим.

Архангельск того времени имел облик типичного портового города, с размеренной жизнью, но только до наступления периода навигации. В навигацию (май – ноябрь) город заполнялся прибывшими на сезонные заработки рабочими из окрестных сел и деревень, моряками из разных стран и прочим народом. Съезжались сюда и те, кто обеспечивал им досуг – молодые девушки с разных регионов страны. Они работали в небольших, похожих на торговые, неприметных лавочках, где активно заманивали клиентов, которые часто уходили отсюда без ценных вещей и даже без одежды. Были также и женщины, кто занимались «бизнесом» самостоятельно. Родоначальниками меркантильного промискуитета в Архангельске можно считать т. н. «шкивидорок», участниц женских артелей грузчиков, которые в период навигации основной доход получали отнюдь не с основной работы.

Разумеется, женщины шли на такой метод заработка не от хорошей жизни. Основной причиной было плохое материальное положение. Проституткой могли стать незамужние девушки, оставшиеся без попечения родственников, и замужние женщины, у которых муж по какой-либо причине не имел заработка. Стоит отметить еще одно отличие архангельского меркантильного промискуитета – здесь обительницами публичных домов редко становились девушки из окрестных деревень. Этот факт объясняется большей терпимостью населения северных сел и деревень по отношению к девушкам, забеременевшим вне брака, а также крепким связям между родственниками, живущими в деревне и в городе [7, с. 122]. Поэтому «девами полумрака» чаще всего становились приезжие «гастралерки» из соседних регионов.

Начиная с 1844 г., в конце навигации, в сентябре – ноябре каждого года, открывалась Маргаритинская ярмарка, на которую прибывало в Архангельск большое количества населения. Это время считалось прибыльным не только

у торговцев, крестьян, промысловиков и ремесленников, но и у торговцев товаром особого рода – своим телом. Здесь особо проявлялась дифференциация в интересующей нас среде. Были те, кто работал в гостиницах, постоялых домах, кто снимал на время квартиру или комнату и приводил туда клиентов; но встречались и те, кто работал на дому у практичного дельца или какой-нибудь предприимчивой вдовы, организовавшей притон в своем просторном доме. Хозяева таких «заведений» выступали содержателями этих девушек, полностью их обеспечивали, получая взамен почти весь их доход. Еще одной из отличительных черт Архангельска, является тот факт, что до первой половины XX в., несмотря на имевший силу закон о легализации проституции, в городе не было ни одного официального публичного дома. Только в первой четверти XX в. появляется первый официальный дом терпимости, организованный некоей Евгенией Васильевной Барбанель. Конечно, заведения подобного рода существовали в городе и до этого, и соседи постоянно жаловались на них в полицию, но подобное обстоятельство было крайне трудно доказать, и арендаторы или квартиросъемщики отделялись штрафами. Известны случаи, когда на некоторых горожан заводили по несколько подобных дел, но им удавалось уйти от обвинения. Яркими примерами таких случаев служат дела Язвиц и Айзенберх, имеющиеся в фондах Государственного архива. Были случаи, когда полиция жестко разбиралась по поданным жалобам. Так из жалобы гражданки Антонины Бородиной, составленной на имя губернатора в 1903 г., мы видим пример решительных действий полицейских по закрытию публичного дома, функционировавшего под прикрытием арендованной несколькими девушками квартиры. Такой неодинаковый подход к решению проблемы мы можем объяснить лишь коррумпированностью силовых органов и нежеланием Бородиной «играть по правилам»[5].

Проституции всегда сопутствует распространение венерических заболеваний, что является несомненной головной болью государства, поэтому отдельный аспект интересующей нас проблемы – меры по регулированию проституции и по медицинскому освидетельствованию проституток. В 1843 г. в Архангельск, как и во все остальные губернии, пришло постановление МВД от Медицинского Департамента о необходимости принятия мер по профилактике «любоэрастной болезни», медосмотру должны были быть подвержены все относящиеся к зоне риска: прислуга в гостиницах, в банях, парикмахерских и даже в частных домах (считалось, что проституция может существовать только среди малоимущего населения). Основываясь на архивных данных, мы можем сделать вывод, что предписанные действия выполнялись, и это способствовало некоторым мерам по успешной борьбе с распространением опаснейших для общества заболеваний: «В связи с введением мер о предупреждении распространении любоэрастной болезни ее последствия постепенно уменьшались. Таким образом, к 1852 г. больных ею по всей губернии было 501 человек, а 1855 г. 289 человек. Но в 1856 г. по случаю значительного приезда больных этою

болезнью на иностранных кораблях, число их возвысилось до 422 человек...» [2]. Вообще иностранные суда и архангельский гарнизон – главные пути проникновения и распространения «любоэрастной болезни». Архивные документы сообщают нам, что губернские власти пытались держать ситуацию под контролем, принимали некоторые весьма действенные меры, к 1870 г. в городе насчитывалась всего 51 проститутка, и все они проходили регулярное освидетельствование. Ответить на вопрос «а какие же такие меры принимались?» нам помогут «Протоколы и труды общества Архангельских врачей». В этих документах подробно расписаны решения, которые принимались Обществом совместно с городским и губернским главами, а так же подробные планы исполнения этих решений. Одной из целей деятельности Общества, как ее обозначил губернатор на одном из заседаний в 1876 г. – пресечение распространения сифилиса в городе, он же предложил регулярное массовое медицинское освидетельствование, как лучший способ ее решения: «...но при таких условиях, что бы это освидетельствование имело характер непринужденный, но по возможности добровольный, ни в каком случае не накладывало бы на исследуемого известной позорной печати и приучало бы население с доверием и без опасений обращаться к врачебной помощи» [6, с. 2]. Эту идею губернатор обосновывает успешностью данных мер в некоторых других регионах. В понимании губернатора, массовость – осмотр как можно большего числа рабочих и людей, занятых в «сфере услуг»: «вся прислуга в общественных местах, как-то: в гостиницах, трактирах, банях, цирюльнях, булочных и проч.» [6, с. 2]. Причем результаты обследования должны предъявляться при поступлении на работу. С небольшими оговорками получается современная санитарная книжка.

Но прежде издания постановления об обязательности подобного освидетельствования, губернатор, а вместе с ним и мы, узнает о возможностях архангельских больниц. Медики сообщают, что единственным наиболее сообразным цели местом является лечебница Императора Александра II, принадлежавшая Обществу архангельских врачей, но и она нуждается в усовершенствовании и пристройке флигеля. На заседании отметили, что для большей эффективности и удобства для простого населения нужно также модернизировать больницу Приказа Общественного Призрения, потому что минимум треть горожан, подлежащих обследованию, будут обращаться именно туда. Участники заседания подробно расписали губернатору, сколько и на что нужно выделить средств для реализации идеи, указав все, от устройства кабинета и приобретения в него ширмы до необходимого количества дров. Интересен тот факт, что хотя коллегия врачей и указала на необходимость оплаты работы фельдшеру и сестрам милосердия, свои услуги они готовы предоставлять на бесплатной основе, из соображений гуманизма и человеколюбия.

Единственным недостатком рассматриваемого нами источника – Протоколы и труды Общества архангельских врачей – является, обусловленная возможностями Общества, известная доля идеальности их решений. Подобно государственным законам, которые показывают, как

должно быть (как обычно не бывает), так и меры, предлагаемые медиками к решению проблемы венерических заболеваний, скорее показательны и напоминают утопию, которую, на самом деле осуществить весьма проблематично. Так, например, по вопросу о предоставлении врачебной помощи сифилитикам и прочим больным венерическими заболеваниями врачи пришли к некоторым выводам, осуществимость которых, любому трезвомыслящему человеку покажется сомнительной (скорее всего и медики понимали этот факт, но высказывали, то к чему хотя бы нужно стремиться). Взять хотя бы один из их «выводов», что «лечение не только сифилитиков, но и всех вообще венериков должно быть бесплатное» [6, с. 2] и «необходимо изыскать средства для бесплатного отпуска лекарств всем обращающимся за советом и помощью в эти амбулатории, сифилитикам и венеритикам» [6, с. 2]. Конечно, еще в 1871 г. архангельский губернский инспектор докладывал, что уже в 1867 г. введено в практику бесплатное лечение венерических заболеваний. Но, нужно учесть, что тогда под бесплатное лечение попадали лишь некоторые категории горожан, оговоренные в 584 ст. XIII т. Устава Приказа Общественного Призрения и, например, проститутки не входили в число имеющих право на лечение за счет государства, а они, как известно – первый разносчик болезни. Получается, держателю публичного дома было невыгодно оформлять свое заведение еще и потому, что ему пришлось бы оплачивать регулярные осмотры и лечение. Следствием этого стало огромное количество нелегальных борделей, а с ними огромное количество проблем. Поэтому предложение Общества (лечить бесплатно всех нуждающихся) становится логичным и обоснованным, оно бы решало сразу несколько проблем: распространение сифилиса, искоренение нелегальной проституции, рост налоговых поступлений в казну от легальных борделей и проч.

Общество в своих выводах основывалось на практической целесообразности и имеющемся у его членов врачебном опыте. Но ими был допущен ряд ошибок. Так, например, по их подсчетам в 1896 г. в Архангельске проживало около 11 тысяч горожан: «считая средним числом на одну семью, состоящую из четырех человек, по одному человеку прислуги, число последней достигнет до 2000 человек, следовательно, и число освидетельствований будет около 2000; сверх того будет являться на освидетельствование прислуга из общественных мест... которой тоже наберется по крайней мере 1000 человек. Таким образом, число подобных освидетельствований в год будет никак не менее 3000», несложно перемножить 2000 на 5 и прибавить тысячу, но, по данным справочника «Административно территориальное деление Архангельской губернии и области XVIII–XX вв.», подготовленного в Государственном архиве Архангельской области, в 1895 г. в Архангельске проживали 17328 податных. Получается, что врачи не учли треть населения, т.е. нуждающихся в освидетельствовании будет больше, а значит, выделенных денег опять не хватит и из льготных категорий снова исключат проститутки, что в свою очередь приведет к ранее уже обозначенным последствиям. Интересно, что



вопрос о надзоре за проституцией вынесен отдельно. Члены Общества имели некие идеи по поводу решения этой проблемы, но не решились что-либо предложить ввиду собственной недостаточной осведомленности. Общий вывод, который сделало Общество, гласит, что «при нынешних условиях и материальных средствах, даже при даровом труде врачей, эта полезная мера в более или менее близком будущем не осуществима...» [6, с. 6].

Распространению венерических заболеваний способствовали, в основном, незарегистрированная проституция и непосещение проститутками еженедельных медицинских досмотров. Причем последнее, вопреки распространенному мнению, было чаще вызвано объективными причинами, нежели частным нежеланием. Об этом пишет Архангельская губернская врачебная управа, комментируя низкую посещаемость еженедельных медосмотров девушками легкого поведения: «Зимой же некоторые за недоступком работы и не приобретению развратом, кроме насущного пропитания, преимущественно от солдат, по малолюдству городского населения рабочим классом, с которым большую часть распутствуют, проводят зиму по близости военных казарм в Кузнечевском селении в бедности, не имея даже теплой одежды».

В деле регулирования деятельностью публичных домов и частных проституток полиция и властные органы были вынуждены взаимодействовать с общероссийскими органами, занимавшимися этой проблемой. Так в 1851 г. Департамент Медицинского отделения полиции сообщил Архангельскому генерал-губернатору, что циркуляр, изданный в 1846 г., и обязывавший Главных Начальников Губерний, в случае прошения половой преступницы о смягчении ей наказания за непотребство, доставлять в Министерство краткие записки по имеющемуся делу, хоть и исполняется, но данных из этих записок недостаточно для должного рассмотрения прошения. Поэтому, Департамент просит генерал-губернатора распорядиться, чтобы начальники составляли более подробные записки, в которых содержались бы сведения о «степени прикосновенности, поводе привлечения публичных женщин к уголовным делам и о том, не были ли они прежде замечены в делах подобного рода» [1]. На что генерал-губернатор уже в феврале 1851 г. отвечал распоряжением по градским и земским полициям: «при передаче таковых следствий в судебные места всегда уведомить оныя, что подсудимые женщины состоят под врачебно-полицейским надзором, и с которого имянно времени, и доставляя при том сведения, не были ли они прежде замешаны в делах подобного рода» [1]. Интересен тот факт, что Министерство Внутренних Дел делает эти дополнения обязательными для всех регионов только в конце 1851 г. Таким образом, можно сделать вывод, что власть губернии, в лице генерал-губернатора старалась всеми силами содействовать губернской полиции в деле регулирования половой преступности. И в случае обращения полиции с какими-либо просьбами, эти просьбы рассматривались и скорейшим образом выполнялись.

Одним из главных помощников полиции в деле борьбы за регулирование женского промысла, разумеется после исполнительной власти, были, как ни странно обыватели. Трудно себе представить, чтобы сегодня жители целого квартала вместе написали жалобу в полицию по поводу существования в их районе нелегального публичного дома. А на рубеже XIX–XX вв. писали. Известным примером является жалоба «обывателей по 4-м околотке 3-й части г. Архангельска». В ней горожане сообщают о том, что в 3-й части города Архангельск «много есть домов, в которых проживают женщины, которые разврат обратили в ремесло» [3]. Главное на что жалуются жители – на существование нелегального, буквально, притона, и отсутствие порядка и законности в участке. Помимо основной жалобы заявителя сообщают много интересных для исследователя фактов, в частности о быте и бесправности проституток, организации работы притона и проч. Главным виновником беспорядков жители называют процентщика Биндера, который, мало того, что держит незарегистрированный публичный дом, так еще и незаконно торгует в нем выпивкой, что ведет к еще большим беспорядкам. Семья Биндеров известна историкам не по одному архивному делу. Помимо жалобы со стороны простых городских жителей, на имя Архангельского генерал-губернатора от Еврейской общины Архангельска поступало ходатайство на выселение семьи Биндеров за черту города. Но помимо Биндеров в подобных делах фигурируют еще несколько имен: Боруха Язвич с женою и дочерью, Герсна Пацевич с женою, Элька Вайнерцах и Ривка Айзенберг [4].

Власть, полиция, медики, обыватели боролись со злом, приносящим столько бед, но достичь серьезных результатов не смогли. Продажная любовь калечила души женщин, но помогала им кое-как содержать себя и свои семьи. Им требовалась социальная помощь, а не полицейский надзор. Однако, на пути решения этого вопроса вставали казалось бы обычные, но столь не преодолимые препятствия. История борьбы с нелегальной проституцией и венерическими заболеваниями не окончена и сегодня, а значит современным политикам, врачам и органам правопорядка будет весьма интересен опыт тех, кто занимался этой проблемой ранее.

### **Список источников и литературы:**

1. Государственный архив Архангельской области (ГААО). Ф. 1. Оп. 4, т. 5а. Д. 512. Л. 2.
2. ГААО. Ф. 1. Оп. 5. Д. 642. Л. 31.
3. Там же. Ф. 1. Оп. 8, т. 1. Д. 1578. Л. 8.
4. Там же. Ф. 37. Оп. 1, т. 1. Д. 2217. Л. 39об.
5. Боднарук Р.В., Давыдов Р.А. «Торговля особого рода...» : (проституция в Архангельске XIX – нач. XX в.) // Экология человека. 1997. № 1. С. 61–66.
6. Протоколы и труды Общества архангельских врачей. 1896 год. Вып. 1–2. Архангельск, 1897.

7. Трошина Т.И. История социальной работы на Архангельском Севере, конец XVIII – середина XX века: учеб. пособие для студентов вузов. Архангельск : Помор. ун-т, 2007.

## **КРЕМЛЁВСКАЯ МЕДИЦИНА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВЛАСТИ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ**

**ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
ст. препод. КГН СГМУ

Тема политического фактора в советской медицине является одной из неразработанных. Но между тем её актуальность является неоспоримой для исследователей. Доказательством этому являются процессы, факты, происходившие в истории России XX в. – как скандальные, так и малоизвестные. Самые знаменитые из них – это «дела врачей» (1937 и 1952 гг.).

**Целью** данного исследования является раскрытие характера взаимоотношений между сферами политики и медицины в советский период на конкретных исторических примерах, в особенности, в аспекте болезни и смерти советских вождей.

Главной трудностью в изучении данной темы является проблема закрытости источников, нежелание специалистов открыто, официально заниматься исследованием взаимоотношений представителей высшей власти и кремлёвской медицины. Опубликованные в 1990-е гг. некоторые работы вновь стали закрытыми для их использования в исследованиях, например, труды В.Д. Тополянского [8], которые специализировался на проблемах коррупции в медицине и в истории лечения политических вождей, или воспоминания Ф.М. Бурлацкого [2]. С другой стороны, в официально опубликованных и доступных трудах, например, знаменитых медиков Е.И. Чазова [10] или А.Л. Мясникова [7], практически ничего нет, что могло бы пролить свет истины на существующие «белые пятна» в заявленной теме. Но, несмотря на это, есть исторические факты, которые можно системно проанализировать и, уже благодаря этому, сделать вполне определённые выводы.

В истории царской России отсутствуют какие-либо серьёзные сведения о неформальных отношениях представителей власти и медицины и, тем более, о каком-либо контроле одной из этих сфер над другой. Более того, отдельные представители медицины позволяли себе быть достаточно независимыми в отношении представителей политической власти. Хрестоматийным является пример беседы русского хирурга Николая Пирогова с будущим Александром II о наглом воровстве, царившем в армии в годы Крымской войны. Наследнику престола пришлось поверить в то, во что ему не хотелось верить. В православной дореволюционной России

нередко вступали в конфликт с государственной идеологией исследования и выводы физиологов Ильи Мечникова и Ивана Павлова.

Совершенно иной характер взаимоотношений проглядывается в советский период российской истории. В октябре 1917 г. в стране установился авторитарный режим, который в конце 1920-х гг. станет тоталитарным. Историк Николай Сванидзе в документальном цикле «Исторические хроники 1903 г.» достаточно удачно сравнивает коммунистический эксперимент в России с «собакой Павлова». В данном эксперименте по разным причинам были вынуждены принять участие и представители кремлёвской медицины, иногда даже вступая в противоречие с клятвой Гиппократата.

Одним из первых проявлений неформальных отношений власти и медицины стал «политический заказ» на бальзамирование тела В.И. Ленина. Культ умершего вождя, который раздувала советская пропаганда, был необходим новой власти для последующего утверждения собственного культа. И ведущим светилам от медицины – В.П. Воробьёву, Б.И. Збарскому пришлось в этом невольно соучаствовать.

Конец 1930-х гг. вошёл в советскую историю, как период «большого террора». Не обошёл он и медицину. Появились термины: «врачи-убийцы», «врачи-вредители», «заговор врачей». Им приписывали преждевременные смерти таких видных советских деятелей, как В.Р. Менжинский (руководитель ОГПУ), А.М. Горький (глава Союза писателей), В.В. Куйбышев (нарком тяжёлой промышленности). С точки зрения подавляющего большинства исследователей, данные обвинения были абсурдными, а смерть вышеуказанных лиц произошла по вполне естественным причинам [9]. Репрессии коснулись сферы медицины по той же самой причине, по которой они затронули все остальные общественные сферы – устрашение и установление над ними государственного контроля.

Иначе говоря, государственная власть, проводя репрессии, обвиняла медиков в том, что она сама же хотела с ними сделать, что они будут послушным орудием власти для достижения её политических целей. Медикам предъявлялись нелепые обвинения о сотрудничестве с враждебными государствами и диверсиями против власти.

Тем не менее, до середины 1960-х гг. нельзя было утверждать, что советская медицина находилась под полным контролем государства. И об этом свидетельствует знаменитое «дело врачей».

В конце августа 1948 г. умер А.А. Жданов, ближайший соратник И.В. Сталина. Выяснилось, что обследовавшие его видные терапевты, в частности, академики В.Н. Виноградов и П.И. Егоров поставили ему неправильный диагноз и, более того, прописали курс лечения, который Жданову был противопоказан. Ситуация усугубилась тем, что кардиолог Лидия Тимашук совершенно правильно поставила диагноз Жданову («инфаркт миокарда»), но вышеупомянутые академики Виноградов и Егоров заставили ее подтвердить их собственный неправильный («функциональное расстройство сердца»). Вскрытие умершего Жданова подтвердило диагноз

кардиолога, но даже после этого академики пытались «подтасовать факты» и сфальсифицировать результаты вскрытия. Несогласная с выводами академиков Лидия Тимашук написала записку в ЦК о произошедшем, но о записке вспомнили лишь через четыре года. Не вдаваясь в подробности, отметим, что всё это свидетельствовало как минимум о халатности ведущей кремлёвской профессуры и о преступном желании скрыть грубейшую медицинскую ошибку [6]. Как максимум – это было вредительство.

Смерть А.А. Жданова заставила вспомнить об уходе из жизни видных членов Политбюро А.С. Щербакова (1945 г.) и М.И. Калинина (1946 г.), которым, как оказалось, тоже прописывали неправильное лечение. Например, лишь к концу жизни у официального главы государства («всесоюзного старосты») М.И. Калинина обнаружили застарелый рак желудка! Интересен другой факт: кремлёвским медикам, так или иначе ответственным за преждевременный уход из жизни первых лиц государства, предъявили обвинения не сразу, по факту обнаружения ошибки, а лишь через несколько лет.

Это позволяет сделать следующие выводы:

1. Кремлёвские медики и их профессиональные ошибки стали орудием политических интриг.

2. Медицина на тот период ещё не была под «полным колпаком» у государства. Иначе, не было бы необходимости проводить подобные открытые процессы, как «дело врачей».

Выводы подтверждает и судьба этого политического процесса. В 1952 г. был арестован целый ряд врачей, а Лидию Тимашук, неожиданно для нее, наградили орденом Ленина. От трагического финала арестованных спасла лишь смерть И.В. Сталина. Уже через месяц после неё, врачи были освобождены и реабилитированы по личному указанию министра государственной безопасности Л.П. Берии, вероятно, потому, что руководство страны (Л.П. Берия, Г.М. Маленков, Н.С. Хрущёв) не любили покойного идеолога партии. На свободу вышли и профессора Виноградов и Егоров, а у Лидии Тимашук отобрали орден Ленина. Более того, её имя стало символом предательства в медицинском мире, хотя она честно выполняла свой гражданский и служебный долг.

Очень характерными для анализа взаимоотношения власти и медицины являются события, связанные со смертью И.В. Сталина. Факты рисуют следующую картину: обеспокоенная охрана вождя 1 марта 1953 г. обнаружила Сталина лежащим на полу в малой столовой в бессознательном состоянии. Перенеся главу государства на диван, старший охранник (видимо, по инструкции) позвонил не врачам, а членам Политбюро (Л.П. Берии, Г.М. Маленкову, Н.С. Хрущёву, Н.А. Булганину). Они приехали через час и дали указание ничего не предпринимать до утра. В результате этого, И.В. Сталин, глава государства, более 16 часов пролежал без оказания ему медицинской помощи! [4]. Это, вне всякого сомнения, ускорило его смерть. Вывод, несмотря на видимую абсурдность ситуации, прост: решение проблем здоровья (или болезни) деятелей государства принимают не врачи, а

руководители партии, которые, не имея медицинского образования, решают даже вопросы: обращаться или не обращаться за медицинской помощью.

Новый уровень отношений представителей власти и медицины установился в 1970-е. Это было связано с целым рядом факторов:

1. Покушение на Л.И. Брежнева в 1969 г.
2. Усиление могущества КГБ (при председательстве Ю.В. Андропова)
3. Появление движения диссидентов, ставшего «тихой оппозицией» советскому режиму.

Это новый уровень взаимоотношений, во многом, определялся тем, что кремлёвские медики стали подчиняться не только министерству здравоохранения СССР, но и КГБ, не говоря уже о рядовых медиках. Одним из «тёмных пятен» в истории медицины является использование «карательной психиатрии» против инакомыслящих. Логика действующей власти в 1960–70-е гг. была такова: кто выступает против советского режима, тот либо враг, либо больной. Если враг – его нужно расстреливать, если больной – его нужно принудительно лечить. Пятое управление КГБ по борьбе с диссидентами отлавливало правозащитников, как «идеологических диверсантов» и направляло их в институт психиатрии имени В.П. Сербского. Если врачи соглашались с представителями КГБ, то обвиняемого отправляли на принудительное лечение. По выражению С. Глузмана, медицина «вынуждена служить двум разнонаправленным принципам: призрению и лечению психически больных, с одной стороны, и психиатрическому репрессированию людей, проявляющих политическое или идеологическое инакомыслие, с другой» [3]. Другие исследователи, говоря о карательной психиатрии, отмечали: «Низкая целесообразность лечебных мероприятий: использование вызывающих тяжёлые побочные эффекты и малообоснованных методов лечения» [5]. Карательная психиатрия просуществовала до 1988 г.

В начале 1980-х гг. повторился не то абсурд, не то парадокс во взаимоотношении глав государства и представителей медицины. Как 1 марта 1953 г. кремлёвские медики не смогли помочь И.В. Сталину, так и 10 ноября 1982 г. их не оказалось в нужный момент рядом с Л.И. Брежневым. Здоровье и лечение Л.И. Брежнева – это тема отдельного исследования. По свидетельству Владимира Медведева, личного охранника вождя, последний пристрастился к употреблению снотворных препаратов, запивая их водкой и никто не смог с этим ничего поделать. А предлагаемые меры лишь ухудшили ситуацию со здоровьем главы государства.

Л.И. Брежнева обнаружили в собственной постели утром 10 ноября в неподвижном состоянии. Охрана пыталась оказать первую медицинскую помощь, но все усилия были тщетными [1]. Станным были два факта.

1. Куда-то исчез медицинский пост, который всегда находился возле дома. Рядом не оказалось даже медсестры.

2. После вызова, первым на дачу почему-то приехали не врачи, а бывший шеф КГБ Ю.В. Андропов, который сразу прошёл в спальню уснувшего вождя. Там же решился вопрос об его избрании на пост нового

главы государства. Это породило массу слухов, что якобы «медики в очередной раз залечили вождя».

Не будем здесь строить догадок и версий насчёт странностей вокруг смерти Брежнева. Лишь отметим, что всесильный глава государства оказался неизлечим от болезненного пристрастия и на пороге смерти остался один, без медицинской помощи, как и предыдущий из усопших на своём посту И.В. Сталин. (Н.С. Хрущёв, который был главой государства между Сталиным и Брежневым в ходе государственного переворота отправлен в отставку и умер не в должности).

И ещё один значительный аспект. С 1982 по 1985 гг. друг за другом ушли из жизни два правителя, наследники Брежнева. Юрий Андропов правил СССР 15 месяцев, а Константин Черненко – 13 месяцев. К моменту выдвижения на должность они уже были тяжелобольными людьми. Ю.В. Андропов большую часть времени находился в палате больницы, подключённый к аппарату искусственной почки. А немощь К.У. Черненко была настолько явной, что один его выход на публику перечёркивал всю мощь советской пропаганды о силе партии и о её вождях. Ни один здравомыслящий врач или медкомиссия не подписали бы медицинское свидетельство, допускающее к работе тех, чьё состояние здоровья было таким же, как у вышеназванных вождей. И ещё один нюанс. Константина Черненко, как будто бы с согласия врачей, отправился отдыхать в горный санаторий «Сосновый бор». Но холодный горный воздух ему, страдавшему астмой и эмфиземой лёгких, был полностью противопоказан. Главе государства стало плохо в день прибытия. А позже его пришлось спешно эвакуировать на самолёте. Кстати, этот факт очень долгое время замалчивался.

Возникает закономерный вопрос: куда смотрели медики? И на него, как и на многие другие вопросы, нет однозначных ответов, можно лишь выдвигать только версии, но данное исследование предполагает раскрытие роли политического фактора в медицине, но – не тайн смерти вождей.

Таким образом, тоталитарный режим пытался превратить медицину в орудие своей политики, но, одновременно, сам становился её невольной жертвой. Это в частности, проявилось в негласном подчинении кремлёвских врачей КГБ, в использовании карательной психиатрии. Медикам приходилось молчать, когда у власти оказывались те, кто не мог занимать данные должности по состоянию здоровья (например, геронтократия времён Л.И. Брежнева).

Наблюдалась и обратная связь, когда, по не выясненным причинам, врачи оказывались не в силах помочь первым лицам государства, в момент требовавшейся срочной медицинской помощи. Трудно разобраться в некоторых отдельных случаях: где была халатность, а где мог быть и политический заказ (например, «дело врачей»).

Практика жизни доказала, что политический фактор в медицине практически всегда играет отрицательную роль. Он мешает медикам честно исполнять свой долг и властителям адекватно исполнять обязанности

государственных лидеров. Медицина и политическая власть должны быть независимыми друг от друга, но в ситуации с советскими кремлёвскими врачами это стало практически, невозможным.

### **Список литературы:**

1. Болдин В., Голиков В. Генсек Брежнев // Завтра. 2002. 25 нояб. URL: <http://zavtra.ru/content/view/2002-11-2681/>
2. Бурлацкий Ф.М. Вожди и Советники: о Хрущеве, Андропове и не только о них... М.: Политиздат, 1990.
3. Глузман С.Ф. Этиология злоупотреблений в психиатрии: попытка мультидисциплинарного анализа // НейроNews: Психоневрология и нейропсихиатрия. 2010. № 1(20). URL: <http://neuronews.com.ua/>
4. Ильин В. Тайны смерти великих людей. М.: АСТ; СПб: Астрель-СПб, 2009.
5. Коротенко А.И., Аликина Н.В. Советская психиатрия: заблуждения и умысел. Киев: Сфера, 2002.
6. Маслов А. Особая папка. Арестованная медицина : как страна узнала о «заговоре врачей» // Новая газета. 2003. 17 февр. URL: <http://2003.novayagazeta.ru/nomer/2003/12n/n12n-s25.shtml>
7. Мясников А.Л., Чазов Е.И. Я лечил Сталин: из секретных архивов СССР. М: Эксмо, 2011.
8. Тополянский В.Д. Вожди в законе: очерки физиологии власти. М.: Права человека, 1996.
9. Фатеев А.В. Образ врага в советской пропаганде, 1945–1954 гг. М: ИРИ, 1999.
10. Чазов Е.И. Как уходили вожди: записки главного врача Кремля. М.: Эксмо, Алгоритм, 2012.

## **ДОМИНИРУЮЩИЙ ТЕМПЕРАМЕНТ ЖИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО СЕВЕРА**

**САФИН Ренат Маратович**

**Архангельск, Россия**

**Северный государственный медицинский университет**

**кафедра гуманитарных наук**

**3 курс. Лечебный ф-т**

**E-mail: [elnandor4@gmail.com](mailto:elnandor4@gmail.com)**

**Науч. рук.: канд. ист. наук, ст. препод. КГН СГМУ**

**СМИРНОВА Марина Александровна**

Русский Север – территория с холодным климатом, большая часть которой покрыта лесами и болотами. С севера эту территорию ограничивают моря бассейна Северного Ледовитого океана, а теплый Гольфстрим лишь слегка задевает Мурманскую область. Четких географических границ этой территории не существует, но выделяется историко-культурная область, объединенная общей культурой, традиционными занятиями населения, едиными особенностями исторического развития. В настоящее время к



территории Русского Севера относят: на севере – территория Республики Карелия и территория Архангельской области – Обонежье, побережье Белого моря, на западе – территория Вологодской области – Белозерье, бассейн Шексны, нижнего течения Мологи, на востоке – бассейны рек Северная Двина, Пинега, Мезень и Вычегда; на юге – граница бывшей Вологодской губернии. Административно – это исторические территории бывших Архангельской, Вологодской и частично – Олонецкой губерний, что в современных границах включает Архангельскую (без НАО), Вологодскую, Мурманскую области, Подосиновский район Кировской области, Республику Карелию и Усть-Цылемский район Коми Республики.

Наиболее благоприятны для проживания вологодские земли, но архангельские и мурманские пространства тоже были постепенно заселены, т. к. как богаты промысловыми угодьями. Археологи находят здесь крупные поселения рыбаков, относящиеся к II тыс. до н.э. С IX в. н.э. эти края регулярно посещались викингами, местные жители их называли «мурмане», с X–XII вв. стали появляться славянские (новгородские) поселения, с середины XVI в. начались активные торговые связи с Европой (Англия, Голландия, Франция) а потом и с другими континентами. Монголо-татарское иго эти земли не затронуло, т. к. новгородские князья (Александр Невский и его последователи) откупали свою свободу. С середины XIX в. началась массовая политическая ссылка на Русский Север со всех уголков Российской империи, но и до этого времени ссыльных сюда отправляли.

Новгородцы пришли сюда не на пустые земли. Аборигенное население было достаточно разнообразным, но немногочисленным – лопари (саамы), тер-финны, карелы, меря, емь, тоймичи, ижемцы, югра и др. Новгородцы всех стали называть «чудь», научное наименование – финно-угры. Они занимались охотой и рыболовством, изредка – земледелием. Частично эти народы ассимилировались с русскими, частично уступили территорию пришедшим и отодвинулись на края Ойкумены («чудь в землю ушла»). На крайнем пустынном севере в XV–XVI вв. расселились пришедшие из-за Уральских гор ненцы (самоеды), которые относились к самодийцам. Их основные занятия – оленеводство и рыболовство.

Эти и многие другие особенности сформировали особый психологический тип характера северян, постоянно живущих в этом суровом крае. Огромные пространства земли, воды, леса формировали широту души, опасные промыслы – выдержку, отвагу, готовность помочь в беде, малонаселенность воспитывала немногословие. С XVIII в. стал употребляться этникон (название жителей определенной местности, связанное с топонимикой) «помор». Поначалу так называли жителей Поморского берега Белого моря, потом стали так называть всех приморских жителей Европейского Севера. В наши дни так иногда именуют всех жителей Архангельской области, хотя наименование условное. Жителей Вологодской области поморами не называют, а вельчане, шенкуряне, устьяки, каргопольцы, коношане и жители других, близких к ним территорий, не считают себя поморами, хотя и входят в состав Архангельской области.

Современные переписи населения показывают, что на Русском Севере до сих пор живут представители древних финно-угорских племен. Некоторые из них локализованы на определенных территориях, часть – составляет минимальный процент среди других народов. Например, по данным, полученным академиком П.И. Кёппеном (1793–1864), численность карел в Российской империи в середине XIX в., по данным VIII ревизии, составляла: в Олонецкой губернии – 43 810 карел, в Архангельской – 11 288. По данным переписи 2010 г., в Архангельской области карел нет, в Республике Карелии их 45570 человек (7,4%). В целом в Российской Федерации количество карел достигает 60 тысяч, 25 тысяч этого этноса проживает на территории современной Финляндии. Этот народ обладает своим языком и делится на субэтносы.

Коренными жителями современной Республики Коми являются коми-зыряне, коми-пермяки, коми-ижемцы. Первые следы этого народа археологи обнаружили в районе впадения в Волгу Оки и Камы и относят их ко II тыс. до н. э., позднее они начинают проникать на север, в Прикамье. По результатам переписи 2010 г. в Республике Коми сегодня проживают 202348 представителей этой национальности. Они составляют 23,7% процентов от общей численности республики. Здесь два государственных языка: русский и коми. Представители данного этноса расселены по территории всего Русского Севера.

На территории Мурманской области сохранилась народность саамы, представители которой активно переезжают в города и смешиваются русским населением. Саамы, или лопь, лопари – очень древний народ, проживавший на севере Европы как минимум несколько тысячелетий. В России некогда были распространены четыре саамских языка. В 1926 г., при численности 1708 человек, саамы составляли 7,5%. По результатам переписи 2010 г., численность саамов в Мурманской области – 1599 человек, что составляет 0,2% от общей численности населения области. Помимо русских и саамов в Мурманской области проживают украинцы, белорусы, татары, коми, карелы и финны. Сейчас отмечается, что общая численность саамского этноса значительно превышает число носителей языка, т. к. как большинство из них говорит на русском. Численность носителей языка, по данным Всероссийской переписи населения 2010 г. – 353 человека, активных же носителей языка, то есть тех, кто регулярно используют язык в повседневной жизни – около ста человек.

Ненцы – самодийский народ, населяющий евразийское побережье Северного Ледовитого океана от Кольского полуострова до Таймыра. По происхождению они пришли на север с территории южной Сибири, но продвигаясь на запад, приобретали всё больше черт европеоидов. В европейской части России они проживают преимущественно в Ненецком АО, но присутствуют также во всех северных субъектах РФ. Пожалуй, из всех малочисленных народностей российского Севера ненцы являются одним из самых многочисленных. К 2010 г. их численность в России достигла 44,6 тысяч.

Население Русского Севера с давних времён постоянно контактировало с другими народами, проживавшими в ближних окрестностях, прежде всего – со скандинавами (мурманами), что влияло и на темпераменты людей. Известный советский писатель и журналист Геннадий Фиш отмечал, что «шведы – это англичане Скандинавии, а норвежцы – русские Скандинавии». Норвежцы по характеру и менталитету, действительно, более похожи на русских. Они такие же простые и добродушные, всегда готовы оказать горячий приём гостям и помочь в случае нужды, но, также как и скандинавы в целом, честные, не очень многословные, но значительно общительнее шведов. Норвежцы обладают непревзойдённым чувством национального самосознания. Ещё одной их отличительной чертой можно назвать любовь к свободе и честлюбие. «Норвегия страна леса, воды и камня».

Шведы, напротив, малоконтактны, малообщительны. У этого народа не принято говорить о себе, делиться своими мыслями, изливать душу. Они пунктуальны, расчётливы, трудолюбивы, рациональны, изобретательны, аккуратны. Есть мнение, что виной тому неожиданно пришедшее богатство после тоскливой бедности, приведшее к тому, что в стране стали больше ценить материальные ценности. На самом деле, во всех странах Скандинавского полуострова принято беречь и хранить вещи. Швеция оказала большее влияние на Ленинградскую область, нежели на Русский Север.

Финляндия – это гранит, озёра и болота. Местные жители более сдержанны и методичны чем их соседи. Они также очень гостеприимны, хоть это и не сразу заметно, и несколько эмоционально закрепощены. Финны – гордый и целеустремлённый народ. Они упорно стараются осуществить задуманное и закончить начатое. Характерными чертами для этого этноса являются верность слову, добросовестность, честность, чувство собственного достоинства, ответственность. Они практически всегда говорят прямо своё мнения, без утайки.

Труднее всего оценивать русский менталитет. «Загадочная русская душа» непонятна лишь иностранцам. Россия впитала сотни народов, традиций, мировоззрений. Ментальность жителей Астраханской области кардинально отличается от жителей Урала, а жители Республики Татарстана совсем не похожи на марийцев, населяющих Республику Марий-Эл, хотя они проживают в одном округе и имеют общую границу. Основной чертой, приписываемой россиянам, является гостеприимство. Это – основная черта, объединяющая всех, от Дальнего Востока до побережья Балтийского моря. Некая простота и жажда экспериментов, потребность в исследованиях и открытиях преследует русских с тех пор как появилась такая возможность, а именно с появлением университетов. И сегодня мы не теряем надежду, что после недавнего кризиса, наука в России будет вновь на высоком уровне.

Из всех регионов России самый большой процент русского населения в Вологодской области – 96,56% от общего населения области [3; 4]. Вологжан описывают как простых и открытых. Это прослеживается даже в больших городах, несмотря на то, что там люди обычно стараются замкнуться,

закрываются, становятся равнодушными к окружающим. Также считается, что русские – очень самокритичны, именно это позволяет переживать сильные взлёты и падения. Очень интересные результаты показало исследование, проведенное Игорем Гроссманом и Этаном Кроссом из Мичиганского университета и опубликованное в журнале *Psychological Science* [9]. В результате эксперимента оказалось, что жители России практически не поддаются депрессиям. Русские научились хорошо отдаляться от проблем, что позволяет смотреть на задачу со стороны и решать её. Этим американцы пытались объяснить мрачность и сложность произведений наших классиков. Благодаря этой особенности у русских реже встречается явление отрицания<sup>1</sup>, т. к. признание проблемы не так сильно влияет на психологическое равновесие, а значит, появляется возможность более адекватно оценивать ситуацию.

Население севера постепенно, но регулярно, пополняется новыми генами благодаря смешению с коренными жителями и близкими соседями. Здесь чувствуется влияние с Запада: Финляндия, Норвегия, в каком то смысле Швеция; с востока тянется влияние малых народностей на культуру и менталитет местного населения.

Северяне – тоже русское население, но оно отличается от других регионов страны. Впитавшее влияние многих народов, окружающей среды, традиций, северорусское население не укладывается в общие определения. Жители севера не очень любят хвастать, говорят обычно достаточно быстро, но не слишком громко. Несмотря на долгие холодные зимы, сопровождающиеся недостатком солнечного света, современные северяне просты и доброжелательны. В северных регионах меньше распространена коррупция. Архангельская область – один из наименее коррумпированных регионов, она уступает место в списке лишь Башкирии [7]. Многие говорят о северной суровости, но так ли суровы северяне, как о них говорят?

Нас заинтересовали некоторые психологические аспекты, характерные для жителей Русского Севера. Проводимое исследование позволило уточнить некоторые моменты.

Были поставлены задачи: 1. Рассмотреть историческое влияние на жителей Русского Севера со стороны соседних этносов; 2. Изучить характерные особенности в поведении жителей Русского Севера в возрасте до 30 лет; 3. Определить доминирующий темперамент на изучаемой территории.

Психологический образ северян подробно не изучался, поэтому есть недостаток информации по этой теме, по сравнению с жителями других регионов.

Заинтересовавшись темой, связанной с характером жителей Русского Севера, решено было проверить отличительные черты северян от жителей других областей. Предметом исследования стал темперамент. Физиологи считают, что он обусловлен типом высшей нервной деятельности. Типы

---

<sup>1</sup> Отрицание – психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. Проявляется как отказ признавать существование чего-то нежелательного.

высшей нервной деятельности (ВНД) – совокупность врожденных (генотип) и приобретенных (фенотип) свойств нервной системы, определяющих характер взаимодействия организма с окружающей средой и находящихся свое отражение во всех функциях организма. Следовательно, некая часть темперамента передаётся по наследству, а другая приобретается в зависимости от условий окружающей среды, актуальных на момент формирования темперамента.

Было проведено интернет-анкетирование среди 42 человек, средний возраст которых – 20 лет (см. прил. 1 и 2). Анкетируемым предлагались вопросы: пол, возраст, сколько лет прожил на Европейском Севере России. На анкету откликнулись жители Русского Севера – 32 человека и 10 человек из других регионов. Им было предложено пройти тест по формуле Белова для определения их темперамента. После получения всех данных было подсчитано среднеарифметическое процентное соотношение тех или иных темпераментов. Все подсчёты производились в программе Microsoft Excel. По его результатам оказалось, что среди них: флегматиков – 35%; меланхоликов – 25%; сангвиников – 25%; холериков – 15%. Как оказалось, среди северян преобладают сильные типы темперамента, в частности сангвиники и холерики. Сила нервной системы – это её устойчивость к длительному воздействию раздражителя, как возбуждающего, так и затормаживающего типа.

Общераспространенное мнение, что жители севера спокойные и «суровые», должны быть флегматиками, не подтвердилось. Статистика показала, что северяне на 38.4% – сангвиники, на 28.4% – холерики и лишь на 16.6% – флегматики. Следует заметить, что тест предполагает в человеке присутствие всех 4 типов, а отличие лишь в процентном соотношении. Можно предположить, что у северян преобладает как уравновешенный, так и не уравновешенный типы.

Уравновешенность – возможность перехода от одних реакций к другим, например, от реакций возбуждения к реакции торможения в критических ситуациях. Сильный уравновешенный подвижный – имеет одинаково сильные процессы возбуждения и торможения с хорошей их подвижностью, что обеспечивает высокие адаптивные возможности и устойчивость в условиях трудных жизненных ситуаций. В соответствии с учением о темпераментах – это сангвинический тип. Сильный неуравновешенный – характеризуется сильным раздражительным процессом и отстающим по силе тормозным, поэтому представитель такого типа в трудных ситуациях легко подвержен нарушениям ВНД. Способен тренировать и в значительной степени улучшать недостаточное торможение. В соответствии с учением о темпераментах – это холерический тип.

Таким образом, резюмируем, что северяне готовы делать всё, чтобы не грустить слишком долго. Для изменения сложных ситуаций необходимо предпринимать какие-то шаги или просто принимать новые условия. И сангвиники, и холерики очень работоспособны, но работа должна быть интересной. Если сангвинику работа наскучит, то он перестает ею

заниматься или выполняет её плохо. Холерик часто разбрасывается своими силами и быстро выгорает. Отсюда делаем вывод, что для привлечения северян к работе, она должна быть интересной, не однообразной и с достаточным количеством свободного времени. При таких условиях повысится эффективность и качество производства. Главное, не забывать поговорку: «Отдых – это смена рода деятельности». Обучение должно быть чётким – сначала построить прочный каркас, в рамках которого уже можно работать, рассуждать и создавать проекты. Подобная модель приемлема для большинства людей, когда заложен фундамент и определены цели и задачи.

Результат исследования может быть полезен в будущем как для работы с пациентами, так и при обучении студентов-медиков. Обладая данной информацией можно оптимизировать работу с пациентами и с медицинским персоналом. Наш вуз в первую очередь готовит врачей для субъектов Северо-Западного округа, поэтому знания о местных жителях важны для определения возможной реакции в поведении пациента. Полученные данные могут быть полезными для социальной и культурной антропологии.

*Приложение №1*

№	возраст	на севере	пол	Сангвиник	Холерик	Меланхолик	Флегматик
1	20	20	ж	33	31	22	14
2	20	18	ж	31	25	31	13
3	19	19	м	34	28	22	16
4	20	20	ж	38	33	21	8
5	28	28	м	28	28	19	25
6	20	20	ж	48	35	6	10
7	19	19	ж	30	28	24	18
8	22	22	м	43	30	16	11
9	20	20	м	34	34	18	13
10	26	26	м	35	29	24	12
11	18	18	ж	34	25	22	19
12	20	20	м	39	26	17	17
13	19	19	ж	25	25	25	25
14	22	22	ж	23	12	27	38
15	19	19	м	37	29	14	20
16	19	19	ж	27	25	24	24
17	20	20	ж	44	19	9	28
18	19	19	м	26	21	26	28
19	18	18	м	47	41	13	0
20	19	19	м	41	24	9	26
21	20	20	ж	36	30	30	3
22	19	19	м	42	22	8	28
23	26	26	ж	72	28	0	0
24	19	19	ж	50	37	13	6
25	20	20	ж	33	31	14	22
26	19	19	ж	85	15	0	0
27	21	21	ж	32	32	11	25
28	20	20	ж	42	34	12	12
29	19	19	м	32	32	11	24
30	20	19	ж	39	25	14	22
31	20	20	ж	34	43	20	3

32            18            18 ж

35	32	8	24
Сред.	Сред.	Сред.	Сред.%
38,40625	28,40625	16,5625	16,6875

*Приложение № 2*

№	возраст	на севере	пол	Сангвиник	Холерик	Меланхолик	Флегматик	Место рождения
33	20	0	м	27	30	10	33	Донецк
34	19	0	ж	24	21	33	21	Магнитогорск
35	20	5	ж	3	6	50	41	Новосибирск
36	20	0	м	37	21	24	18	Бердск
37	19	0	м	19	33	36	11	Улан-Удэ
38	22	0	м	27	32	10	32	Новосибирск
39	21	0	ж	9	18	36	36	Ярославль
40	19	0	ж	20	21	38	21	Санкт-Петербург
41	19	0	ж	37	45	11	8	(Башкирия)
42	21	0	м	46	11	14	29	Балашиха(Москва)

Средний возраст  
20

**Список литературы:**

1. Батаршев А.В. Диагностика темперамента и характера. СПб.: Питер, 2006.
2. Галимова Е.Ш. Земля и небо Бориса Шергина. Архангельск: Помор. ун-т, 2007.
3. Результаты переписи населения 2002 года: URL: <http://www.perepis2002.ru>
4. Результаты переписи населения 2010 года: URL: <http://www.perepis-2010.ru/>
5. Сухарёв В.А., Сухарёв М.В. Психология народов и наций. Донецк : Сталкер, 1997.
6. Терехин Н.М. Метафизика Севера. Архангельск: Помор. ун-т, 2004.
7. Уровень коррупции в регионах РФ: <http://corruption2006.narod.ru/3.htm>; <http://www.transparency.org.ru/vse-zavershenye/>
8. [http://www.norge.ru/svensk\\_norsk\\_dansk/](http://www.norge.ru/svensk_norsk_dansk/)
9. <http://mixednews.ru/archives/1769>

**РОЛЬ ОТРЯДА «КОВДОР» В РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ  
СОХРАНЕНИЯ ПАМЯТИ О ПАВШИХ**

**СЕРГЕЕВ Вячеслав Денисович**  
Россия. Архангельск  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Лечебный ф-т  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав.каф. КГН СГМУ  
**МАКУЛИН Артем Владимирович**

Одной из ключевых проблем современной России является проблема патриотического воспитания и осмысления истории страны.

Крупнейшая война в истории человечества закончилась почти 70 лет назад. Казалось бы, за 70 лет все следы и памятники этой страшной катастрофы должны осесть в музеях и частных коллекциях, все люди, погибшие в результате военных действий, должны быть похоронены в земле, продолжая жить в памяти потомков, за которых они воевали. Однако, количество пропавших без вести насчитывает миллионы, в разных частях мира погибшие на поле боя солдаты, амуниция, все еще лежат, не тронутые никем, кроме времени. Не исключением, а скорее – ярким примером является Карельский фронт – труднодоступные места, благодаря непроходимым болотам, лесу с густым подлеском и суровому климату.

Поиск и перезахоронение погибших в Великой Отечественной войне сейчас во многом возложен на автономные поисковые отряды, состоящие из энтузиастов. Наличие человека с медицинским образованием в таком отряде необходимо. **Цель** нашей работы: раскрыть роль поисковых отрядов в поиске павших воинов на примере отряда «Ковдор».

Поисковая работа начинается с архивных исследований о деталях прошедших боевых действий. Отряд «Ковдор» проводит поиск в районе боев на Карельском фронте.

В соответствии с планом «Барбаросса» для захвата советского Заполярья и Карелии была создана специальная группировка войск – немецкая отдельная армия «Норвегия» (с янв. 1942 г. именовалась «Лапландия», с июня 1942 г. – 20-я горная армия). Часть ее сил развернулась на территории Норвегии и северной Финляндии, от Варангер-фьорда до Суомуссалми. Для ведения боевых действий против СССР из состава этой армии был выделен горнострелковый корпус «Норвегия» и 36-й армейский корпус. В оперативное подчинение армии «Норвегия» был передан 3-й финский армейский корпус, авиационное обеспечение возлагалось на 5-й воздушный флот Люфтваффе. Немецкие войска были полностью укомплектованы, специально подготовлены и обучены для ведения войны в горно-пустынных северных условиях, имели боевой опыт, приобретенный в компании по захвату Норвегии.

Командовал армией «Норвегия» генерал-полковник Фалькенхорст. Он должен был провести операцию с условным наименованием «Голубой песок», в ходе которой необходимо было в течение первых двух недель войны захватить военно-морскую базу Северного флота – Полярное, полуострова Средний и Рыбачий, Мурманск, Кандалакшу, Лоухи, Кировскую железную дорогу севернее Беломорска и весь Кольский полуостров. В последующем овладеть Архангельском и до наступления холодов прервать северные морские и сухопутные коммуникации, связывающие СССР с внешним миром, отрезать северные районы Советского Союза от центральных. Операцию «Рыжая лиса» выполнял горнострелковый корпус «Норвегия», который имел задачу, стремительно продвигаясь вдоль Кольского побережья в направлении Титовка, Ура-Губа и Печенга, Мурманск, овладеть на этом участке базой Северного флота Полярный и тем самым блокировать Кольский залив. 36-й армейский корпус, наступая на



направлении главного удара армии из района Рованиеми на Кандалакшу, должен был выйти к Белому морю в районе Кандалакши и перерезать здесь Кировскую железную дорогу (операция «Полярная лиса») и, при взаимодействии с горнострелковым корпусом «Норвегия», захватить Мурманск. 3-й финский армейский корпус, действуя из района Суомуссалми на Ухту и часть сил из района Куусамо на Кестеньгу, должны были обеспечить наступление южного фланга армии «Норвегия», для чего, после прорыва советских пограничных укреплений, овладеть рубежом Ухта, Кестеньга, в дальнейшем – поселком Лоухи, перерезать Кировскую железную дорогу севернее города Кеми.

Оборонять северное побережье и границу на данном участке фронта должна была 14-я армия Ленинградского военного округа (с 29.06.1941 – Северного фронта, с 23.08.1941 – Карельского фронта). В её состав входили 42-й стрелковый корпус (104-я и 122-я стрелковые дивизии), 14-я и 52-я стрелковые дивизии, 23-й укрепленный район, 104-й пушечный артиллерийский полк резерва главного командования, 1-я смешанная авиационная дивизия. Оперативно ей были подчинены: Северный флот, 72-й, 82-й, 100-й и 101-й пограничные отряды. 19 июня 1941 года из-под Пскова началась переброска 1-й танковой дивизии.

Из приведенной выше информации о силах сторон виден довольно солидный масштаб военных действий на Кольском полуострове.

По характеру боевых действий на Кандалакшском направлении можно выделить три периода. Первый период охватывает события, развернувшиеся в июле – сентябре 1941 г. В это время наши войска вели тяжелые оборонительные бои. Вторым периодом продолжался с сентября 1941 по сентябрь 1944 г. В течение трех лет войска обеих сторон находились в обороне, совершенствовали свои позиции в инженерном отношении, вели разведку и бои местного значения, используя сформированные в Архангельске партизанские отряды «Полярник» (с 19 июля 1942), «Большевик» и «Сталинец» (с окт. 1942), с 5 дек. 1942 в Ковдорском районе воевала сводная группа трех отрядов, сумев уничтожить 3304 солдат и офицеров врага. В третьем периоде – сентябрь – октябрь 1944 г. велись наступательные бои наших войск с целью разгрома вражеской группировки и полное освобождение от врага временно оккупированной территории.

По данным Центрального архива Министерства обороны на Карельском фронте погибло более 150 000 военнослужащих, из которых более половины числятся пропавшими без вести или без определенного места захоронения. По экспертным оценкам безвозвратные потери частей и соединений Карельского фронта могут составлять до 250 000 человек.

Официальных мероприятий, посвященных поиску и перезахоронению бойцов, почти не проводится. Эта сфера деятельности полностью возложена на поисковые отряды, состоящие из энтузиастов, которые занимаются этим в свободное от основной работы время.

Один из таких отрядов базируется в маленьком пограничном городке Ковдор<sup>2</sup>. Он действует с начала 2000-х и входит в объединение поисковых отрядов Мурманской области. В постоянном составе отряда: Олег Рабков, Сергей Попов, Денис Сергеев, Виталий Завражин, Александр Смирнов, Андрей Кустов. Число бойцов отряда непостоянно, но всегда находятся люди, готовые помочь. Районы поисков: Ковдорский и Кандалакшский районы, а именно в области села Алакуртти, территории, ранее принадлежавшие Финляндии. Приблизительное число потерь в этих местах около 20–25 тысяч военнослужащих со стороны СССР и приблизительно столько же финнов и немцев. Боевые действия в этом районе описаны и обобщены во многих статьях поисковиков («В кандалакшских лесах» А.В. Крячкова<sup>3</sup>, «Тайна Лисьего озера» С.И. Попова<sup>4</sup>).

Основные находки поисковиков относятся либо к периоду тяжелых оборонительных боев 1941–1942 гг., либо к 1944 г. с активными наступательными действиями наших войск. Климатические условия позволяют осуществлять поисковые мероприятия лишь летом, сезон обычно начинается с конца мая и заканчивается в конце сентября. За это время члены отряда успевают совершить 15–25 поездок на места предполагаемых боевых действий<sup>5</sup>.

Следует отметить, что на территории области действует несколько отрядов, базируемых в разных городах Мурманской области: Мончегорск, Апатиты, Кандалакша, Ковдор. Отряды активно сотрудничают друг с другом и совершают совместные мероприятия по поиску. Ведется сотрудничество с Финляндией, обмен информацией о потерях и боевых действиях.

Ежегодно, в среднем отряд находит до нескольких десятков человек. По мере возможности их личности идентифицируют по медальонам, письмам или даже по инициалам, нацарапанным на личных вещах (ложках, фляжках, портсигарах). После идентификации их перезахоранивают согласно воинским традициям. Отряды, действующие на юге Мурманской области, хоронят найденных бойцов на воинских захоронениях под Алакуртти, на севере – в Долине Славы<sup>6</sup>. Обязателен поиск родственников опознанных солдат. Зачастую найденные родственники забирают павших солдат. Опознанные останки немецких бойцов передаются в консульство Германии. Отряд ежегодно проводит мероприятия, направленные на патриотическое воспитание подростков: проводят экскурсии по безопасным и легкодоступным местам боевых действий, выступают с рассказами в образовательных учреждениях.

Наличие человека с медицинским образованием в составе отряда необходимо. Во-первых, при оказании первой помощи: болота, скалы,

---

<sup>2</sup> Ковдор – город в Мурманской области России, административный центр городского округа Ковдорский район.

<sup>3</sup> А.В. Крячков – бывший руководитель поискового отряда г. Кандалакши

<sup>4</sup> С.И. Попов – один из основателей и членов поискового отряда «Ковдор»

<sup>5</sup> Находки экспедиции в июле 2013г. находятся в музее СГМУ

<sup>6</sup> Долина Славы – долина на правом берегу р. Западная Лица. Место ожесточенных оборонительных боев (1941). Здесь установлен мемориал защитникам Заполярья

длительные пешие переходы с сопутствующими растяжениями и травмами, разбросанная колючая проволока, прячущаяся во мхе, не разорвавшиеся снаряды, которые все еще сохраняют способность к воспламенению. Во-вторых, необходимы анатомические знания для опознания останков в раскопе. Человек неосведомленный легко может спутать полуразложившиеся человеческие кости с костями животных. Нередки случаи, когда находкой является импровизированное захоронение, сделанное в спешке во время боевых действий, когда погибших слегка присыпают землей в окопе, в надежде вернуться и перезахоронить павших товарищей. Время превращает подобное захоронение в груды костей поросшую мхом. Для идентификации принадлежности останков тому или иному солдату знания анатомии просто необходимы. Медицинские навыки также могут быть полезны при определении причины смерти военнослужащего. Таким образом, медицина и криминалистика довольно востребованы в поисковых мероприятиях и обладают своей специфичностью. Систематизация и развитие медицинских знаний именно в области военной археологии может значительно повысить эффективность поисковых работ.

Деятельность поисковых отрядов имеет огромное значение для правильного понимания истории нашей страны. Начиная от находок с поля боя, которые передаются в музеи и становятся вещественным олицетворением истории, до открытия новых, ранее неизвестных фактов о боевых операциях, задействованных сил и людских потерь. Найденные на поле боя предметы экипировки, личные вещи также могут сказать о многом: нательные крестики, иконки, предметы личной гигиены. Все эти вещи зачастую опровергают некоторые мифы о быте советского солдата, такие как хорошая экипировка, атеистичность и многое другое. Часто опровергается официальная статистка потерь, зачастую сильно преуменьшенная.

Достижение победы в Великой Отечественной войне – это национальный опыт, несущий в себе духовное, культурное и общественное наследие России. Сформированные благодаря этому опыту моральные и этические нормы, традиции и идеалы, обладающие сильным воспитательным и патриотическим потенциалом, должны поддерживаться на должном уровне.

Патриотизм – один из важнейших факторов возрождения России как великой державы. Формированием национального самосознания у детей и подростков занимаются многие общественные институты: школа, семья, СМИ. Поисковая деятельность – одно из наиболее эффективных и ведущих направлений патриотического воспитания. Работая в поисковом отряде, подросток может буквально прикоснуться к истории, к деяниям предков, почувствовать и по-настоящему ощутить, что такое любовь к Отечеству. На поле боя, поросшим мхом, скрывающим под собой павших бойцов, патриотизм превращается в нечто большее, чем просто красивое слово, так часто звучащее с экранов телевизоров. Многие поисковые отряды считают одной из своих главных целей прививание настоящей любви к родине. Не исключением является и выше описанный отряд города Ковдор, часто

проводящий патриотические образовательные мероприятия среди подростков города.

Год	РККА	Вермахт	Опознано
2008	10	8	–
2009	17	–	6
2010	18	2	2
2011	2	–	–
2012	8	1	1
2013	2	1	–

**Статистика поднятых солдат отрядом «Ковдор» за 2008 –2012 гг.**



**Обелиск на горе Братская  
Автор: Олег Рабков, На фотографии  
Денис Сергеев**

Как отмечают многие специалисты (А.К. Быков, В. Зяблова, Т.В. Яшкова и др.), поисковые движения являются серьезным педагогическим феноменом, эффективность которого наглядна. Это – наиболее яркий способ передачи накопленного опыта новым поколениям. Участие в поисковой деятельности, безусловно, способствует формированию личности подростка, прививая ему общественные нормы морали, развивая объективную самооценку, обучая уважению и благодарности к павшим за свою страну воинам. По оценкам специалистов, поисковые мероприятия будут актуальны еще лет 20. На территории России действуют как крупные поисковые объединения с общим числом в несколько тысяч членов, так и малые автономные отряды, такие как «Ковдор».

### **Список литературы:**

1. Боле Е.Н. Историческое значение поискового движения России // Военная археология. 2009. № 1. С. 12–22.
2. Бородин Е.Т. Русская идея есть идея русского патриотизма // Социально-гуманитарные знания. 2007. № 6. С. 259–273.
3. Быков А.К., Любан Т.Н. Воспитательный потенциал Великой Победы и пути его реализации в системе образования // Педагогика. 2010. № 3. С. 41–47.
4. Быков А.К. Проблемы патриотического воспитания // Педагогика. 2006. № 2. С. 37–42.

5. Государственная программа «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2011-2015 годы» // Собрание законодательства РФ. 2010. № 41, ч. II. Ст. 5250.
6. Елисеев Г.В. Прифронтовая Кандалакша: воспоминания секретаря горкома партии / [лит. обраб. А.И. Краснобаева]. Мурманск: Кн. изд-во, 1985.
7. Зяблова В. Поисковое движение как фактор гражданско-патриотического воспитания // Воспитание школьников. 2008. № 8. С. 3–6.
8. Карельский фронт: Безвозвратные потери частей и соединений Карельского фронта 1941–1944 гг. : [сайт]. URL: <http://front.karelia.ru/>
9. Кондратенко С.Ю., Королева В.М., Забелина А.А. Студенчество в движении поисковых отрядов // Музейный вестник ТГПУ им. Л.Н. Толстого. 2005. С. 43–46.
10. Крячков А.Л. В Кандалакшских лесах. Мурманск, 1991.
11. Лишин О.В. Молодежь в военно-поисковом движении: психология и педагогика военного поиска // Воспитание школьников. 2010. № 5. С. 22–26.
12. Мазыкина Н. Опыт системы патриотического воспитания в регионах по допризывной подготовке граждан, поисковой работе, деятельности военно-патриотических молодежных объединений // Народное образование. 2008. С. 193–201.
13. На Кандалакшском направлении / сост.: А.И. Краснобаев, В.П. Загребин. Мурманск: Кн. изд-во, 1975.
14. Пропавшим без вести не считать... / Н. Миронов, Р. Лукашов, П. Белов, И. Анохин // Военная археология. 2009. № 1. С. 22–32.
15. Рабков О. Скорбные окрестности Алакуртти // Ковдорчанин: обществ.-полит. газета. 2009. 7 мая. URL: <http://kovdorchanin.ucoz.ru/publ/14-1-0-877>
16. Яшкова, Т.В. Патриотическое воспитание молодежи в условиях поисковой деятельности // Педагогика. 2009. № 10. С. 50–54.
17. Яшкова Т.В. Увековечивание памяти защитников отечества как одна из форм военно-патриотического воспитания современной молодежи // Педагогическое образование в России. 2011. № 3. С. 192–197.

## НЕСБЫВШАЯСЯ МЕЧТА КРАЕВЕДОВ

**СМИРНОВА Марина Александровна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
канд. ист. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
e-mail: [ma.al.smirnova@mail.ru](mailto:ma.al.smirnova@mail.ru)

В 2013 г. было не очень широко отмечено несколько юбилейных дат, связанных с развитием курортного дела в нашей стране и в Архангельской области [2; 3; 4].

Общеизвестно, что с именем Петра I связано создание и развитие первого российского курорта «Марциальные воды» (1719 г.) в Олонецкой губернии [11]. По предложению власти с этого времени в стране началось

выявление и обследование минеральных источников, грязевых озер, глин и других лечебных факторов для создания курортов. Но, учитывая предпочтения аристократии, главное внимание уделялось южным территориям (Крым, Кавказ, Средняя Азия), 17 июля 1863 г. доктор Семен Александрович Смирнов (1819–1911) организовал в Пятигорске Русское бальнеологическое общество, которое занималось разработкой научной бальнеологии (состав вод, методы применения, механизмы воздействия на больных, показания и противопоказания к лечению на конкретном курорте и т.п.), издавало с 1868 г. для специалистов – «Записки Русского Бальнеологического Общества в Пятигорске», для курортников – «Листок для посетителей КМВ», имело собственную химическую лабораторию и научную библиотеку [18], а в 1920 г. стало основой Бальнеологического института, открытого в Пятигорске. Обоснование климатолечения – тоже заслуга доктора С.А. Смирнова. По материалам Русского бальнеологического общества (1913) «при наличии 500 разведанных источников минеральных вод и месторождений лечебных грязей в стране было лишь 36 курортов, объединявших 60 санаториев общей емкостью 3000 мест» [Цит. по: 4, с. 283]. Курорты Кавказских Минеральных Вод (КМВ) до сих пор пользуются заслуженным признанием.

На Севере официальных исследований минеральных лечебных ресурсов в эти годы не проводили. Холодный климат не привлекал внимания платежеспособных отдыхающих, а народные методы лечения широко использовались лишь в практике земских врачей. Немногочисленные северные врачи, будучи весьма хорошими практиками, внимательно следили за развитием общероссийской медицины, в том числе и курортного дела. Они справедливо считали, что Север имеет богатые возможности для лечения различных заболеваний с помощью местных минеральных ресурсов и даже климатических условий. Но до революции было принято ездить «на Сергиевские, Столыпинские, Старорусские, Липецкие, Кавказские, Тотемские и проч.» курорты [12, с. 54].

Еще в 1830 г. доктор П.И. Клионовский, инспектор Архангельской врачебной управы и автор «Врачебного описания вод Белого моря» (1838), обратил внимание на целебность купаний в районе Сюзьмы на Летнем берегу Белого моря [19]. Обследуя побережье, он застал в Сюзьме до 30 человек отдыхающих и поправляющих там свое здоровье, они приезжали в Сюзьму неоднократно, следуя советам своих знакомых. Доктор И.И. Остроумов на заседании Архангельского общества врачей 22 дек. 1910 г. предложил создать там курорт. В 1901 г. доктор А.Л. Менциковский, врач Сольвычегодской земской больницы, предлагал открыть курорт в районе сольвычегодских источников и озер. Врачи Л.Б. Сербин, С.Ф. Гренков, Г.М. Лейбсон, члены Архангельского Общества врачей и Архангельского губернского отдела Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом, настаивали на открытии в губернии противотуберкулезного санатория. Но первые северные курорты появились лишь в начале 1920-х гг.

Самым первым стал курорт «Солониха», устроенный 27 июля 1922 г. у красноборского соляного источника по инициативе, по проекту и на средства известного художника А.А. Борисова, который стал его первым управляющим [16, с. 141–146; 17, с. 292]. 18 июня 1923 г. начал принимать первых пациентов санаторий «Сольвычегодск» [3, с. 286–291]. 2 февр. 1924 г. открылся противотуберкулезный санаторий им. Я.И. Тимме в сосновом бору на берегу р. Емцы, чье строительство начиналось в 1914–1916 гг., но было приостановлено [10, с. 360–361]. Вопрос о целесообразности открытия курорта в Сюзьме обсуждается медиками более 280 лет.

Модное в XIX в. водолечение широко распространялось по всем миру [8]. Архангельск не остался в стороне. В 1911 г. в центре города была построена по проекту архитектора А.А. Каретникова водо- и электролечебница, где первый этаж занимали специализированные кабинеты и шесть палат для больных, а второй этаж предназначался для семьи доктора Петра Александровича Дмитриевского [6, с. 15]. Это здание сохранилось до наших дней на том же самом месте (пр. Чумбарова-Лучинского, 24).

Целебные минеральные воды стали искать по северным губерниям. Оказалось, что таких источников много по всем уездам, о них хорошо знают лишь местные жители, но состав и свойства воды никто не изучал. Выявить эти источники, определить их состав и возможность использования появилась с образованием в 1908 г. Архангельского общества изучения Русского Севера (АОИРС), которое создал и возглавлял до своего отъезда из губернии вице-губернатор Архангельской губернии А.Ф. Шидловский (1908–1911). АОИРС, считавшее своей целью изучение Севера России и привлечение внимания правительства к его проблемам, способствовало оживлению научно-исследовательской деятельности среди интеллигенции северных городов и уездов. Вдохновленные патриотическими идеями, обладая качественным образованием, поддерживаемые местными властями, краеведы Севера в начале XX в. сумели использовать свой интеллектуальный потенциал и заложили основы будущих научных направлений в изучении края.

Среди членов АОИРС были медицинские работники, многие одновременно являлись членами Архангельского общества врачей. Но в АОИРС можно было отвлечься от своей основной специализации и заняться исследованиями тех проблем, которые были близки, интересны, иногда не совпадали с профессией исследователя, но это не мешало изучению проблемы. В коллективе единомышленников всегда можно было получить нужную консультацию, а свои находки обсудить на заседаниях АОИРС или опубликовать материал в журнале «Известия АОИРС» (1909–1919). Большинство публикаций в нем актуальны до сих пор.

В 1909 г. ветеринарный врач Пинежского уезда Андрей Степанович Неклюдов поместил заметку об особенностях Белого озера и Белой реки, вытекающей из него, которые не замерзают даже в морозы свыше 40° [12, стлб. 53–56]. Здесь ежегодно зимовали утки, не улетаая на юг, вокруг ощущался сильный запах сероводорода, вода была светлой и прозрачной из-

за отложений серы. А.С. Неклюдов предположил, что такое количество сероводородных соединений можно бы использовать как ванны «для людей больных ревматизмом, сифилисом и проч. болезнями, при которых рекомендуется лечение серными водами. Больных этими болезнями в нашем уезде и вообще в Архангельской губернии значительное количество» [12, стлб. 54]. Он также опубликовал таблицу средних температур в июне–июле за десятилетие, которую ему предоставила Пинежская метеорологическая станция [12, стлб. 55–56] и предложил создать курорт, но предложение не было реализовано.

На заседании Архангельского общества врачей 22 дек. 1910 г. доктор И.И. Остроумов рассказал о пользе сюземских вод, тоже предложил устроить курорт для лечения ревматизма и других болезней местными средствами [15, с. 89–93]. Лечебными факторами Сюзьмы он считал живописное побережье, удобный для купания пляж, озонированный воздух, прозрачную морскую воду и так называемое «морское масло», получаемое из растопленных медуз, выбрасываемых приливом на берег. Этим «маслом» местные рыбаки успешно лечили ревматизм. Через несколько лет в «Известиях АОИРС» появилась информация о прошедшем заседании Архангельского общества врачей, где врачебный инспектор, доктор А. Романов докладывал о состоянии предполагаемого курорта в Сюзьме [9, с. 697–698]. Тема заседания была продиктована приближающимся созывом съезда в Петрограде по улучшению лечебных местностей. О Сюзьме вспоминали уже не в первый раз, но ее обустройством власти не занимались. Тем не менее, многие архангелогородцы, особенно из немецких семей среднего достатка, стали ежегодно в летние месяцы приезжать в Сюзьму на дачный сезон, где принимали воздушные ванны на морском берегу, купались в холодной воде и лечились «морским маслом». А предприимчивый учитель бывшей Архангельской Евангелической школы Штумберг самостоятельно устроил там отделение на 4 ванны и предоставлял их всем желающим. Чтобы непогода не мешала купанию, дачники стали привозить свои ванны, куда наливалась подогретая морская вода, так как температура морской воды в районе Сюзьме обычно 10–12°. Там наблюдается следующее интересное явление: при северных ветрах вода теплее, при южных – холоднее. Северный ветер прибывает верхний теплый слой воды к берегу, а южный, наоборот, сгоняет верхние теплые слои дальше в глубь моря и обнажает нижние более холодные [1, л. 12]. В дек. 1914 г. архангельский предприниматель Е.И. Шергольд учредил Товарищество на паях для устройства морских лечебных купаний в Архангельской губернии, Управление Общества Красного Креста постановило возбудить ходатайство об отпуске субсидии на устройство и оборудование постоянного курорта в Сюзьме, но война и революционные события помешали осуществить развитие курорта [1, л. 17]. О нем опять забыли на какое-то время.

В 1925 г., выполняя распоряжения большевистского правительства о создании курортной зоны, в Архангельской губернии была проведена экспедиция под руководством доктора С.Н. Соколова для обследования



территорий будущих здравниц. Экспедиция побывала в Сюзьме и ее окрестностях, в других местах, где были известны источники, но рекомендовала открыть бальнеологический курорт в районе Куртяевского урочища, где имелось больше минеральных источников, хотя не было морского побережья. Доктор В.И. Орнатский опубликовал в центральной медицинской периодике несколько статей, призывавших к созданию курортной зоны на Белом море [14, с. 32–40; 15, с. 70–75]. На эти публикации откликнулся Архангельский губздравотдел, командировавший в 1925 г. в Сюзьму заведующего Санитарно-Гигиеническим отделом Полярного Химико-бактериологического института В.А. Лопато, члена Архангельского краеведческого общества, который провел химический анализ морской воды, сделал ориентировочный план Сюзьмы и фотосъемку пляжа, подтвердив наблюдения врачей о благоприятных условиях беломорского побережья для устройства здесь курорта [1, л. 17].

Доктор Онуфриев в 1929 г. на заседании Крайздравотдела вновь доказывал значимость нового курорта, но его не поддержали. 7 июня 1934 г. Северное бюро краеведения (видоизмененное по идеологическим причинам бывшее Архангельское краеведческое общество) снова вернулось к полузабытой истории о несостоявшемся курорте в Сюзьме, да и в Куртяеве тоже. Доктор В.Н. Орнатский предоставил в Наркомздрав доклад на тему «Возможна ли курортная жизнь на Беломорье?», в котором предлагал для оздоровления северян расширить курортную зону не только по Летнему берегу Белого моря, но и по Онежскому берегу.

В 1970-е об истории несостоявшегося курорта напомнили статьи в областной газете «Правда Севера» [5; 7]. В наши дни развернулось массовое дачное строительство по Онежскому побережью, есть дачные поселки и на Летнем берегу Белого моря. А курорта в Сюзьме нет до сих пор. Бездорожье и финансовые проблемы все дальше отодвигают несбывшуюся мечту врачей прошлых веков.

### **Список источников и литературы:**

1. Архив Архангельского областного краеведческого музея. Ф. Северный краевой совет Общества изучения Северного края. Д. 7.
2. Агафонова Е.Ю., Кошелева С.Б. 35 лет санаторию «Беломорье» // Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2013 год. Архангельск, 2013. С. 341–344.
3. Быков В.П., Сидоров А.В. 90 лет санаторию «Сольвычегодск» // Там же. Архангельск, 2013. С. 286–291.
4. Быков В.П., Чирцова М.Г. Юбилейные даты со дня выхода декретов СНК РСФСР о национализации курортов и об организации курортного дела // Там же. Архангельск, 2013. С. 281–286.
6. Данилов М. За здоровьем на Белое море // Правда Севера. 1972. 26 авг.
7. Ключев С.Ю. Заповедная улица (проспект Чумбарова-Лучинского). Изд. 2-е, испр. и доп. Архангельск, 2011.
8. Ключев С. Ванны в Сюзьме? // Правда Севера. 1972. 6 мая.

9. Кнейпп С. Чудесное водолечение: холодная или горячая обыкновенная вода. М., 1994.
10. Курорт на берегу Белого моря : [Сюзьма] // Известия АОИРС. 1914. № 20. С. 697–698.
11. Макаров Н.А. Плесецкий район Архангельской области: энцикл. слов. Архангельск, 2004.
12. Марциальные воды. Объявление о Марциальных водах на Олонце. Правила докторские как при оных водах поступать. Указ о докторских правилах. Петрозаводск, 1971.
13. Неклюдов А.С. Из Пинежского уезда Архангельской губернии: Серные минеральные воды // Известия АОИРС. 1909. № 7. Стлб. 53–56.
14. Орнатский В.Н. О лечении морскими купаниями и грязями на крайнем севере Союза ССР // Курортное дело. 1925. № 5. С. 32–40.
15. Орнатский В.Н. О расширении сети лечебных мест (курортов) в России // Ленингр. мед. журнал. 1926. № 6. С. 70–75.
16. Остроумов И.И. Сюзьма и ее морские купания : путевые заметки врача // Протоколы и труды Общества Архангельских врачей, 1910 и 1911 гг. Архангельск, 1913. С. 89–93.
17. Панова О.М. 90 лет санаторию «Солониха» // Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2012 год. Архангельск, 2012. С. 141–146.
18. Смирнова М.А. Трансформации творчества художников-краеведов на Европейском Севере России в 1920–1930-е гг. // Культура и интеллигенция России. Личности. Творчество. Интеллектуальные диалоги в эпохи политических модернизаций : материалы VIII Всерос. науч. конф. с междунар. участием в рамках программы подготовки к 300-летию Омска и празднования юбилейных событий рос. истории. Омск, 2012. С. 291–294.
19. URL: [http://26o.ru/history/history\\_06.php](http://26o.ru/history/history_06.php) (15.10.2013)
20. URL: [http://kolamap.ru/library/1850\\_klionovskiy.htm](http://kolamap.ru/library/1850_klionovskiy.htm) (15.10.2013)

## **ВЛИЯНИЕ АВИЦЕННЫ НА СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ**

**ЧЕХ Анастасия Николаевна**  
 Архангельск, Россия  
 Северный государственный медицинский университет  
 кафедра гуманитарных наук  
 2 курс. Лечебный ф-т  
 e-mail: [chekhanastasiya@yandex.ru](mailto:chekhanastasiya@yandex.ru)  
 Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
**МАКУЛИН Артем Владимирович**

*Если я вижу что-то дальше Декарта, то это потому, что я стою на плечах гигантов...*

*Исаак Ньютон*

Современная медицина базируется на многих веках исследований. Врачебная наука переживала как благоприятные, так и трудные периоды,

периоды застоя и периоды небывалых прорывов. Многие открытия были сделаны очень давно, но со временем забыты из-за религиозных нападок, либо неискоренимых предрассудков. Но есть личности, чье влияние на науку было столь неоспоримо, что их имена навсегда останутся в памяти потомков.

В нашей работе мы рассматриваем личность и научную деятельность одного из величайших умов Средних веков и его влияние на умы современников и последователей – Авиценны.

Средние века принято считать темным периодом, временем разгула предрассудков, неграмотности, варварства и невежества. Тем не менее, в этот период было сделано немало необычайных открытий, смелых предположений и невероятных экспериментов. Одним из выдающихся ученых той эпохи является Абу Али аль Хуссейн ибн Абдаллах ибн Сина или, как он более известен, Авиценна.

Он был поистине гениальным человеком, чьи труды оказали немалое влияние на пытливые умы Востока и Запада. В 10 лет Ибн Сина окончил школу и продолжил обучение самостоятельно. А уже в 16 лет юношу приглашали лечить тяжело заболевшего эмира Бухары Нуха ибн-Мансура. И мальчик смог опознать болезнь и вылечить вельможу. В награду ему предоставили доступ в крупнейшую библиотеку Бухары, где Авиценна смог утолить свое научное любопытство. Он внимательно изучил труды Клавдия Галлена, Аристотеля, восточных ученых: Мухаммада ибн Закарийа ар-Рази, Али ибн Аббаса и многих других. Но он стал слепо следовать утверждениям авторитетных умов. Каждый факт он тщательно изучал, обдумывал и проверял на собственной практике.

Его исследования простирались на многие области науки – физику, химию, логику, метафизику, философию, писал он и художественные произведения и, конечно, труды по медицине. Всего Авиценна создал около двух десятков трактатов по врачебному искусству. К ним относятся: «Канон врачебной науки», «Лекарственные средства», «Удаление вреда от разных манипуляций посредством исправлений и предупреждений ошибок», «О пользе и вреде вина», «Поэма о медицине», «Трактат о пульсе», «Мероприятия для путешественников», «Трактат о сексуальной силе», «Трактат о укусомёде», «Трактат о цикории», «Кровеносные сосуды для кровопускания», «Книга исцеления» и многие другие.

Самым выдающимся произведением Ибн Сины является «Канон врачебной науки», над которым ученый трудился несколько лет. Сам Авиценна считал, что «Канон» – это «книга о врачевании, содержащая общие и частные законы медицины, в коей подробность толкования соединялась бы с немногословием и должная ясность изложения большинства вопросов стояла бы наряду с краткостью» [1].

Сам труд состоит из пяти книг. Первая книга содержит в себе знания по теории медицины и включает четыре раздела: введение, сведения по анатомии и физиологии, о причинах заболеваний и самих заболеваниях, о симптоматике заболеваний, о питании и образе жизни, профилактике заболеваний, а также общие сведения о лечении болезней. Вторая книга

рассказывает о простых лекарственных средствах и способах их действия на организм. Третья книга посвящена отдельным заболеваниям, их патогенезу, этиологии и методам лечения. Здесь описаны многие тяжелые болезни, такие как: плеврит, пневмония, рези в животе, дизентерия, болезни глаза, носа, ушей, полости рта и т.д. Четвертая книга представляет знания по хирургии, лечению вывихов и переломов, десмургии, лихорадке, опухолях, пустулах, флегмоне, нарывах, кожных заболеваниях, гангрене, раке, острых инфекционных заболеваниях, токсикологии. Немалое внимание также уделено косметике и средствам от полноты и излишней худобы. В пятой книге можно найти информацию о сложных лекарствах, ядах и противоядиях.

Благодаря переводу на латинский язык, «Канон» получил всеобщее признание. Первый рукописный перевод относится примерно к XII в. В 1279 г. его переводят на еврейский язык, а затем – на большинство европейских языков. После изобретения печатного станка количество его переизданий соперничает с Библией. И неудивительно, ведь во всех старейших университетах Европы вплоть до XVII в. «Канон» использовался в качестве основного учебного пособия.

Авиценна достиг небывалых для того времени вершин. Несмотря на строгие религиозные запреты, он занимался вскрытиями трупов, что позволило углубить его познания в анатомии человека. Ибн Сина подробно описал анатомию собственных мышц глаза, отверг существовавшую в то время теорию о невидимых лучах, позволяющих видеть. В то же время он предложил свою теорию видения, близкую к современной: он считал, что образы предметов отражаются в глазу, что и является основой зрения. Так же он полагал, что ведущую роль в восприятии изображения следует отводить сетчатке, а не хрусталику, как предполагалось ранее. Авиценна описал анатомию сосудов, мозга, нервов, яичек и семенных канальцев и многих других органов. Но, в отличие от большинства ученых того времени, он не считает анатомию чисто теоретической наукой. Исследуя строение человеческого тела, он увязывает морфологию органа с медицинской практикой и патогенезом различных заболеваний, подчеркивая значение анатомических фактов для понимания этиологии болезней. Таким образом, Ибн Сину можно считать прародителем современной клинической анатомии.

Немалый вклад внес ученый и в педиатрию – он впервые объединил все имеющиеся тогда знания в этой области в единую и четкую систему. Особое внимание Авиценна уделил гигиене. В его трудах можно найти огромное количество информации об образе жизни, гигиене тела, быту. Причем все гигиенические советы разделены на разные возраста: от детей до стариков; а так же в отдельную главу вынесены советы для путешественников.

Огромен вклад Ибн Сины в развитие науки об инфекционных заболеваниях. Он первым описал такие инфекции как корь, оспа. Он также предположил существование в воздухе невидимых «зверьков», которые переносят заболевания, т. е. за несколько веков до открытия вирусов, был сделан первый шаг к пониманию природы инфекционных заболеваний.

Интересны его работы в области неврологии и психологии. Авиценна одним из первых предположил, что именно мозг является центральным управляющим органом. По его мнению, двигаться тело заставляют сигналы, исходящие из мозга посредством нервов. Также он утверждает, что многие расстройства происходят от самовнушения и ухудшения эмоционального состояния. Например, страстную любовь он относит к заболеванию, «иссушающему человека», и приводит некоторые рекомендации по лечению таких больных.

Авиценна внес огромный вклад в развитие медицины. Его труды объединили и упорядочили разрозненные в то время знания, что позволило другим ученым проводить исследования далее. Ибн Сина значительно опередил свое время. Критический склад ума не принимал на веру абсолютно все утверждения своих учителей, что придает достоверности его открытиям. Именно эта систематичность, четкость и аргументированность позволила его трудам стать тем базисом, тем гигантом, на чьих плечах стоит современная медицина.

#### **Список литературы:**

1. Ибн-Сина (Авиценна). Канон врачебной науки : [в 5-ти кн.]. Ташкент : Изд-во Акад. наук УзССР, 1954–1960.
2. Терновский В.Н. Ибн Сина (Авиценна), 980–1037. М.: Наука, 1969.

### **ВКЛАД СВЯТОГО ПРАВЕДНОГО ИОАННА КРОНШТАДТСКОГО В СОХРАНЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА**

**ШКУРОВА Анна Семеновна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс, Стоматологический ф-т  
Науч. рук.: канд. ист. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
**СМИРНОВА Марина Александровна**

*На холме высоком, неспроста,  
Вновь восстав из пепла, не сломавшись,  
Три железных кованых креста,  
Как три богатыря, стоят обнявшись...  
Храм стоял среди лесных полян.  
Благодатью купола светились,  
Здесь святой Кронштадтский Иоанн  
Горячо молился о России...*

Вера – один из самых важных типов воздействия на мыслительный процесс человека. Она помогает выстоять в самых тяжелых жизненных ситуациях. Есть личности, которые своими делами помогают обрести веру. К ним относится святой праведный Иоанн Кронштадтский (1829–1908), уроженец села Сура Архангельской губернии, настоятель Андреевского

собора в Кронштадте. Его биография и деятельность подробно изучаются, с тех пор, как он был канонизирован Русской Православной Церковью за границей (1964) и Русской Православной Церковью (1990).

**Целью** нашей работы мы поставили: изучение вклада святого праведного Иоанна Кронштадтского в сохранение общественного здоровья.

По происхождению Иван Ильич Сергиев (его мирское имя) – из семьи сельского псаломщика. Имя ему дали в честь преподобного Иоанна Рыльского, память которого празднуется 19 октября. Родители с ранних лет приучили его к молитве. Он мог сострадать чужому горю, что рано заметили его односельчане [5, с. 11]. Родители, несмотря на свою бедность, смогли дать сыну хорошее образование: он окончил Архангельское приходское училище, Архангельскую Духовную семинарию, Петербургскую Духовную академию. Зная тяжёлое материальное положение семьи, сам постоянно искал приработок и даже помогал родным. 12 декабря 1855 стал иереем Андреевского собора в Кронштадте и прослужил на этом посту 53 года [4]. Он посещал там убогие жилища, помогал людям наладить нормальную жизнь, ухаживал за больными, беседовал с пьяницами, убеждая их понять пагубность их поведения, возвращал в семью сбившихся с пути отцов, помогал материально, раздавал всё, что имел и нередко возвращался домой даже без сапог. И часто даже падшие люди возвращали утраченный человеческий образ. Молился он за людей настойчиво, его служба была непрерывным молитвенным горячим порывом к Богу. Счастье Иоанна Кронштадтского составляли молитва, учение, труд и конкретные добрые дела. Он жил скромно, заботясь о здоровье и духовности русского населения. Творил он добрые дела для своего народа...

Всех присутствующих он поражал глубиной своей молитвы. С пламенным служением и необычайным молитвенным подвигом отца Иоанна связывают дар чудотворения, который прославил его не только на всю Россию, но и за её пределами. По его молитвам совершались чудеса при его жизни и по его кончине, совершались они и наедине, и при большом стечении народа, и даже заочно – было достаточно написать ему письмо или прислать телеграмму с просьбой помолиться. Церковные источники описывают немало случаев исцеления болящих силой молитвы Иоанна Кронштадтского [5, с. 286–325].

Огромна роль святого Иоанна Кронштадтского в пропаганде трезвости.

*«Восстань же, русский  
человек!*

*Перестань безумствовать!*

*Довольно*

*Довольно пить горькую,*

*Полную яда чашу – и вам,*

*И России!»* – призывал отец Иоанн Кронштадтский [3].

Он был великим подвижником дореволюционного трезвенного движения. По инициативе и помощи Иоанна Кронштадтского в 1882 г. был организован Дом Трудолюбия – воспитательно-образовательное учреждение для бедных

людей, спасающее их от пьянства, лени, праздности, апатии, тунеядства. Всякий желающий мог выполнять в Доме Трудолюбия простую работу, получая за это здоровую сытную пищу, небольшую плату и ночлег. В своей жизни насельники Дома трудолюбия руководствовались «Советами желающему избавиться от пьянства», составленными Иоанном Кронштадтским.

Во многих сёлах в эти же годы стали открываться Общества трезвости. Некоторым из них о. Иоанн помогал, например, Нижне-Тагильскому обществу трезвости. На его пожертвования было основано общество трезвости в Шуралинском заводе, которое имело своё здание, библиотеку, чайную [6]. Иоанн Кронштадтский был инициатором создания Братств Трезвости.

В Кронштадте, где он служил, было много людей без работы, без занятий, пьющих, гулящих. О. Иоанн со всею силою любви к людям стал участвовать в судьбе несчастных. Он посещал семьи, где были пьяницы, помогал вниманием, лаской, убеждением, заботой и главное – своей огненной молитвой. Особая забота его была обращена к детям из неблагополучных семей. Для них организовывались приюты, школы, мастерские. Вскоре все почувствовали, что изменился моральный климат на всём острове.

Авторитет Иоанна Кронштадтского был очень высок. По его примеру по всей стране началось массовое движение Братств Трезвости, которые создавались почти при каждом приходе. Казанское Общество Трезвости избрало его своим почетным членом. Он являлся для казанских трезвенников не только непререкаемым духовным авторитетом, но и живым примером в деле борьбы с этим пороком. В Казани также были открыты чайно-столовая, ночлежный приют, больница, общество стало издавать свой журнал. Сразу сократилось число пьющих людей [1].

Отличала о. Иоанна особая любовь к своей малой родине – пинежскому селу Суре. Он хотел возродить духовность в селе, улучшить жизнь земляков-северян. Начиная с 1888 г. о. Иоанн ежегодно посещал Суру. Он построил здесь Никольский храм, открыл церковноприходскую школу, основал Сурский Иоанно-Богословский женский монастырь. Были построены подворья Сурского Иоанно-Богословского монастыря в Петербурге и в Архангельске. Старожилы Суры до сих пор вспоминают рассказы своих предков, как о. Иоанн, приезжая на родину, постоянно раздаривал деньги, заботился о религиозно-нравственном просвещении своих земляков и о материальном улучшении их хозяйственного быта.

Моя жизнь причастна к этому удивительному уголку моей Родины. Здесь родились, выросли и трудились мои деды, прадеды, бабушки и прабабушки. Каждое лето я бываю в Суре и общаюсь с местными жителями. Они свято чтут память о своём удивительном земляке – Иоанне Кронштадтском. Они знают, скольким он помог, скольких он спас в этой жизни [2]. В селе создан музей святого праведного Иоанна Кронштадтского. Почти каждый год в Суре проходят Малые Иоанновские чтения для детей и

взрослых, проводятся занятия Воскресной школы для детей. До сих пор в селе стоят многие здания, построенные Иоанном Кронштадтским. Это – храмы и монастырские здания, а также добротные здания, которым уже почти 100 лет, а они служат людям. В одном из них расположена больница, в других – магазин, пекарня, сельсовет. В Суре все знают историю, произошедшую в 1900 г., когда по просьбе сурян о. Иоанн избавил сурян от нашествия крыс, отслужив молебен и объявил всем, что 100 лет крыс здесь не будет.

Возрождение памяти о. Иоанна Кронштадтского на его родине началось с 23 авг. 1992 г., после посещения Суры Святейшего Патриарха Алексия II. Глубоко почитая батюшку, он в 1990 г. ходатайствовал о его канонизации, что и было осуществлено Поместным Собором Русской Православной церкви 14 июня того же года. С авг. 1998 в Суру, для дальнейшего возрождения памяти о. Иоанна, приехали первые насельницы возрождаемого монастыря из Алма-Аты, Молдовы и Архангельской области. В августе того же года посетил Суру и епископ Архангельский и Холмогорский Тихон [4].

#### **Список литературы:**

1. Алексеев И.Е. «Империя трезвости»: Казанское Общество Трезвости (1892–1917 гг.) как социально-исторический феномен // Традиционные чтения: материалы Первых науч.-практ. чтений, посвящ. казанскому трезвенническому движению (11 сент. 2010 г.) // Эйфория. 2010. № 2 (120). С. 17–19.
2. Возрождение памяти святого праведного Иоанна Кронштадтского на его Родине / сост. М.А. Кожокаръ. СПб.: О-во памяти игум. Таисии, 2013.
3. Жданов В.Г., Троицкая С.И. Алкогольный террор: пить или жить? М. [и др.] : Питер, 2010.
4. Корхова В. Дивный батюшка: житие святого праведного Иоанна Кронштадтского. М: Изд-во Моск. Подворья Св. Троицкой Сергиевой лавры, 2002.
5. Кронштадский пастырь: церк.-ист. альм. Вып. 1 / [редсовет: Т.И. Орнатская и др.]. М.: Отчий дом: Благотворит. фонд «Сев. обитель», 2002.
6. Романюк М., свящ. Кажущаяся безопасность или учение священномученика Владимира (Богоявленского) о трезвости [электронный ресурс]: URL: <http://petrapavla.prihod.ru/sobrietycompany/view/id/36972>





Святой праведный отец Иоанн Кронштадтский



Успенский собор Сурского монастыря. Современный вид



Свято-Никольский храм с.Суры



## II. Философские вопросы медицины

### ЧУДЕСА В МЕДИЦИНЕ: БОЖЕСТВЕННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ ДОСТИЖЕНИЕ НАУКИ?

АШУРКО Дмитрий Геннадьевич  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [Ashurko93@yandex.ru](mailto:Ashurko93@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Вопрос о внезапном и «необыкновенном» излечении больных различными заболеваниями и по сей день довольно сложно объяснить с точки зрения науки. Многие ученые во всем мире пытаются разрешить эту проблему и найти точный ответ, однако до сих пор не существует однозначного мнения на этот счет.

**Целью** нашей работы мы поставили: рассмотреть явление чудесного исцеления (спонтанной ремиссии), изучить различные взгляды на этот вопрос.

Невозможно не признать, что медицина с XX столетия стала идти вперед огромными шагами и по сей день продолжает стремительно развиваться, используя всевозможные достижения современной науки. Стоит только вспомнить хотя бы несколько важнейших открытий изобретений, перевернувших наше представление и уже спасших множество жизней. Так, например, получение гормона инсулина из поджелудочной железы животных в 1922 г. канадскими учеными Ф. Бантингом и Дж. Маклеодом привело к тому, что сахарный диабет перестал быть смертельным заболеванием. Неряшливость британского ученого А. Флеминга, забывшего вымыть пробирки с микробами, позволила ему в 1928 г. открыть пенициллин, благодаря которому успешно сохраняются миллионы жизней больных с пневмониями, гангренами, а в распоряжении врачей имеется многообразие антибиотиков. Совсем недавно, в 1953 г., Дж. Уотсоном и Ф. Криком была открыта молекула ДНК, давшая стремительное развитие генетики...

Несмотря на столь успешное и бурное развитие медицинской науки, к сожалению, не все заболевания удается вылечить, не все недуги возможно побороть. Но иногда мы становимся свидетелями непредвиденных, порой поражающих нас фактов внезапного исцеления больных в тех случаях, когда медицина бессильна им помочь. Чаще это происходит среди больных онкозаболеваниями. В таких случаях используется понятие «чуда», точнее, чудесного исцеления. Данный термин восходит к религии. Чудо, согласно христианской доктрине, есть проявление милости Божьей, суть и

последствия которой невозможно понять научными, рациональными методами.

Возможно ли объяснить случаи необычного исцеления с позиций современной науки или они являются действительно чудом? Чтобы найти ответ на данный вопрос, следует, прежде всего, определиться, что же представляет собой чудо и какое место оно занимает в контексте общего мировоззрения.

Так как само понятие «чудо» относится к феноменам религиозной жизни, то подход к пониманию его сути возможен как с религиозной позиции, так и атеистической точки зрения.

Как гласит христианское богословие, «чудеса – это поразительные действия или события, имеющие истинную причину вне естественных сил и законов природы, в сверхъестественном действии Божиим, совершаемые Богом для достижения тех или иных целей»[7]. Определение имеет недостаток, так как оно неприемлемо для атеиста, ведь он будет отрицать бытие Божие, а значит отрицать и реальность чудес.

Согласно же атеистической точке зрения чудом называется лишь то, что до сих пор еще не познано. В действительности говорится лишь то, что чудес не бывает и что любое чудо можно в принципе объяснить – по крайней мере, в будущем.

Стоит обратить внимание, что античные философы и ученые не размышляли о чуде как о некоей проблеме: Цицерон, к примеру, отвергал существование чудес, объясняя их всего лишь незнанием истинных причин. «То, что не может произойти, никогда не происходит; то, что может, – не чудо» [8, с. 265]. Секст Эмпирик, философ-скептик, живший во II в. после Рождества Христова, разбирая практически все существовавшие доказательства бытия Бога и их опровержения, не упоминал, что чудо может быть таким доказательством.

Христианство впервые провозгласило всем людям, что у нашего мира есть один Творец и Промыслитель, что все в мире происходит не случайно, не стихийно, не хаотично, а по Его извечному Слову, которое понимается как закон природы [7].

Теология никогда не считала законы природы, как части сотворенного Божественным промыслом миропорядка, столь непоколебимыми, в отличие от современной науки. То есть чудо – свершение невозможного с позиций современного человека – с позиций христианской теологии вполне возможно, поскольку, как и природа, является Божественным творением.

В настоящее время внимание исследователей и врачей привлекает явление так называемой «спонтанной ремиссии», то есть неожиданного выздоровления больных, в частности с онкопатологией. Специалисты до сих пор не могут точно объяснить, чем это обусловлено, поскольку многие факторы данного феномена пока непонятны ученым. По статистике, он встречается лишь в одном случае на 60–100 тысяч. Отмечается, что случаи «спонтанной ремиссии» встречаются несколько чаще лишь при определенных видах опухолей (например, карциномы почек, меланомы,

лимфомы), при этом в случае рака легких, желудка, молочной железы, острой лейкемии они практически не отмечаются. Это объясняется тем, что при одних формах прогрессирование может сдерживаться и подавляться иммунной системой организма, однако в иных случаях она поразительно бездействует.

Уже с начала прошлого столетия в научной литературе стали отмечаться факты «чудесного избавления от рака». Так, в 1918 г. Роденбург описал 185 подобных историй, в 1964 г. Фове писал о 202 случаях всего за 1960–1964 гг. Б. О’Риган и К. Хиршберг выявили за период 1900–1987 гг. 1385 внезапных исцелений! [2]. Однако здесь все-таки остается гадать, все ли они подтвердились, ведь с точки зрения онкологов, исцеление подразумевает полную гибель всех раковых клеток в организме больного, а на подтверждение этого требуются годы наблюдений.

Тем не менее, наука предполагает, что описанный феномен можно объяснить с позиций иммунологических процессов. Играть определенную роль и гормональные факторы, которые вместе с иммунной системой вызывают апоптоз или отмирание раковых клеток. Ведь для роста опухоли необходимо усиленное питание, ангиогенез. И вот тут-то верх берут факторы, которые сдерживают образование новых сосудов, что ведет к отмиранию опухоли. Но в данных редких случаях обычно предшествует врачебное вмешательство, в ходе которого удаляется большая часть опухоли, а питание оставшейся части значительно ухудшается. Кроме того, известны поразительные случаи улучшения состояния больных не только со злокачественными опухолями, но даже с синдромом приобретенного иммунодефицита, заболеванием, которое на данный момент считается неизлечимым.

Бесспорно, что в борьбе с онкопатологией играет роль и личность больного. Кажется, будто бы сама душа словно вмешивается в схватку с недугом. А гормоны, медиаторы, высвобождение которых подчиняется психическим процессам и командам нервной системы, способны управлять непосредственно клетками иммунной системы. И поэтому вера, истовая вера, неважно, в Бога, в действие лекарственных препаратов, в поддержку близких – может сдерживать развитие и активность раковых клеток. К сожалению, исследований по данной проблеме совсем немного.

Довольно интересное исследование проводили Элизабет Тарг и Фред Зихер в 1995 г. [5]. Целью научного эксперимента было выяснение влияния на события позитивных или негативных мыслей. Для этого было решено проверить, могут ли молитвы как-то повлиять на развитие СПИДа у пациентов. Группу больных из двадцати человек, находившихся приблизительно на одной стадии заболевания, разделили на две половины. Затем привлекли 40 духовных целителей, представляющих самые различные верования. Все пациенты получали стандартное лечение, однако лишь за половину целители возносили молитвы по одному часу в день шесть дней в неделю в течение десяти недель. При этом никто, кроме самих целителей и исследователей не знал, за кого возносятся молитвы. Результаты

эксперимента ошеломили Элизабет Тарг. В течение шести месяцев четверо из десяти пациентов, за которых молитвы не возносились, умерли. Но пациенты, получавшие молитвенную помощь, были не просто живы, но и заявляли об улучшении самочувствия. Это подтверждалось объективными медицинскими и лабораторными анализами. Даже после повторения эксперимента с изменением около 50 факторов, способных повлиять на результат, демонстрировалось улучшение здоровья пациентов, за которых возносились целительные молитвы. При этом наиболее успешными являлись целители, которые, проявляя смирение и скромность, утверждали, что через них действует некая высшая сила. Определенно, данные результаты дают повод для размышлений и дальнейших научных изысканий.

Известная на Западе работа американского психиатра Д. Шпигеля гласит о том, что пациентки, находившиеся на поздней стадии рака молочной железы, но при этом окруженные заботой близких и родных, жили в среднем на полтора года дольше, чем одинокие женщины из контрольной группы [2]. Однако скептики отмечают, что родственники лучше информируют больных об их состоянии, и это позволяет выбрать наиболее подходящий курс терапии.

Довольно много писали в прессе о том, как знаменитый велосипедист Л. Армстронг победил рак «благодаря своей несгибаемой воле». Однако известный немецкий онколог Л. Бенинг утверждает: «На самом деле, спортивные успехи, достигнутые им, не имеют никакого отношения к его выздоровлению. Как и тысячам других больных, Армстронгу помогла химиотерапия. История его чудесного спасения – лишь сказка. Опасная сказка! Мы имеем дело с диктатурой позитивного мышления. Пациентам фактически внушается, что они сами виноваты в своем недуге, если им не удастся излечить себя одним лишь усилием воли» [2].

Стоит отметить, что гораздо чаще встречаются случаи так называемой «мнимой ремиссии», когда пациенту неправильно был поставлен диагноз «рак» или же болезнь удалось победить с помощью правильного выбора курса лечения, причем сам выздоровевший мог об этом в точности не знать. По словам исследователя этого феномена Г. Каппауфа, «в восьмидесяти процентах случаев сообщения о спонтанной ремиссии оказываются ошибочными, будь то по вине врачей, первоначально вынесших неверный диагноз, или же по неведению самих пациентов, которые восприняли положительный результат терапии за какое-то чудо» [3]. Однако в оставшихся двадцати процентах случаев традиционная медицина не может пока дать приемлемых объяснений.

Довольно любопытна сама процедура признания чудесного исцеления как проявления вмешательства сверхъестественных божественных сил. Так, например, возникновение и совершенствование процедуры и методики признания чудесного исцеления началось в 1883 г. во французском городе Лурд. Тогда было основано медицинское управление, которое должно было исследовать информацию о чудесном исцелении. Оно с самого начала, на основании здравого смысла, должно было различить возможное

мошенничество, притворное исцеление от настоящего. Это считалось очень важным для того, чтобы не дискредитировать это место как святое во Франции. Утверждение доктора Патрика Тейлера – руководителя медицинского управления, что «из девятнадцати пациентов в 1999 г. в Лурде шесть являются «легитимными» представителями чудесного исцеления – это результат консультаций его с врачами, которые сопровождали этих больных» [6]. На протяжении трех лет приблизительно 250 различных врачей знакомятся с историей болезни и ее последствиями. Если окажется, что чудесное исцеление действительно является достоверным и выдержало строгое обследование, тогда случай чудесного исцеления переходит на рассмотрение в международный медицинский комитет, который состоит из 20 экспертов, причем эксперты не обязательно должны быть все католиками. Экспертный комитет собирается ежегодно, чтобы принять свое постановление относительно кандидатов на чудесное исцеление. Один или два врача, специализирующиеся в рассмотрении того или иного случая, берут под персональное наблюдение пациента, приглашая его пройти дальнейшие тесты и повторное обследование, исследование истории его болезни. Потом они уже представляют этот случай экспертам для окончательного принятия решения. Следует отметить, что в обязанности врачей, ученых, исследователей не входит провозглашение исцеления проявлением чуда и провозглашение его как основания к беатификации или святости. Задача врачей-исследователей чисто научная. Они должны, во-первых, установить и доказать, что действительно исцеление от определенной болезни состоялось и диагноз является правильным. Известно и то, что некоторые больные, претендующие на чудесное исцеление, проходили значительный интенсивный и с использованием новейших методов процесс лечения. Долг ученых врачей-исследователей размежевать последствия лечения и то, что не может быть его результатом и поэтому может быть объяснено чудесным исцелением. Впрочем, не все можно объяснить научно. Так же, как невозможно измерить мощное, всепроницающее психологическое влияние пребывания больного в Лурде в атмосфере ожидания чуда. Всеобщее возбуждение создает особую духовную психологическую атмосферу, которая может привести и к исцелению больного. И больному тяжело объяснить, что с ним ничего не произошло удивительного.

**Вывод:** Итак, явление чудесного исцеления неясно и по сей день. Но было бы ошибочным игнорировать или отрицать его явление. Кто знает, может быть именно в феномене «спонтанной ремиссии» заключен путь к победе над многими заболеваниями, в частности над онкопатологией. А вдруг в каждом из нас есть тот запас сил, который может позволить нам справиться с болезнью? Тогда как найти них, пробудить? Возможно, данный феномен так и останется неизведанным и признанным как Божественное вмешательство. Но вероятно и то, что ученые и врачи рано или поздно все-таки найдут причину данных чудес и смогут использовать ее на благо здоровья и ради спасения жизней людей. Пока же остается лишь верить и надеяться, ведь надежда тоже способна принести результаты.

### Список литературы:

1. Арнаутова Ю.Е. Чудесные исцеления святыми и «народная религиозность» в Средние века // Одиссей. Человек в истории. М., 1995. С. 151–169.
2. Голяндин А. Чудесное исцеление: миф или правда? // Знание – сила. 2009. № 3. С. 36–41.
3. Губин О. Победить! // Знание – сила. 2009. № 2. С. 65–72.
4. Давыденков О., свящ. Догматическое богословие. М., 2005.
5. Липтон Б.Х., Бхаэрман С. Спонтанная эволюция: позитивное будущее и как туда добраться : Пер. с англ. М.: София, 2010.
6. Сикора В., Чмыр В. Чудо на весах науки и религии // День. 2001. 31 авг. (№ 155).
7. Фомин А.В. Доказательства существования Бога. Аргументы науки в пользу сотворения мира. М.: Новая мысль, 2005.
8. Цицерон. Философские трактаты. М., 1985.

## ФИЛОСОФСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ПРИЧИН САМОУБИЙСТВА

**БОЙЧЕНКО** Виолетта Арменаковна  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Лечебный ф-т

E-mail: [Villandleta@yandex.ru](mailto:Villandleta@yandex.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Каждый год в России в среднем около 60 тысяч человек совершают самоубийство. Это позволяет отнести нашу страну к перечню стран с высоким и очень высоким уровнем самоубийств (свыше 20 человек на 100 тыс. населения).

Суицид – это социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого кризиса или микросоциального конфликта. Это явление – не редкость в повседневной жизни, а в профессиональной деятельности врача – тем более.

Заинтересовавшись этой статистикой, мы поставили **цель**: определить, какие изменения в мировоззрении личности приводят к суициду.

Для этого был проведен социальный опрос 60 человек различного возраста и рода деятельности. Среди них – 20 мужчин (33%) и 40 женщин (67%).

Достаточно долгое время господствовало мнение о том, что все самоубийцы – психически нездоровые люди. В настоящее время уже установлено, что это миф. Почти каждый здоровый человек, по крайней мере рефлектирующий, в течение жизни задумывается над тем, чтобы покончить с собой, но это не делает его ненормальным. На самом деле, только 20% тех, кто идет на самоубийство, имеют тяжелое психическое заболевание.

Но тут важно сказать, что существует ряд психологических признаков, сопровождающих суицид. Один из них – это уход от общества в собственный



мир, который выражается в доминирующем стремлении побыть наедине с собой. Со временем такое отграничение от социума может перейти в экзистенциальный эскапизм, характеризующийся полным разрывом связи человека с обществом и потерей чувства реальности. Также особое значение на появление суицидальных мыслей оказывает депрессия. В тяжелых формах она нарушает эмоциональную стабильность человека, делая его подверженным самоубийству. По сведениям ВОЗ, до 15 % депрессий завершаются самоубийством.

Причины самоубийства могут быть самые разные: неудачная любовь; смерть одного из близких; одиночество; непонимание окружающими; проблемы на работе и в учебе; финансовые трудности; выпадение из социальной группы. Эти причины описывают социальную и психологическую стороны мировоззрения самоубийцы. Но наравне с ними выступают и другие, не менее важные причины – философские.

Философским причинам отводится особая роль, когда на себя накладывают руки интеллектуально развитые люди, у которых, на первый взгляд, все есть, и причины самоубийства остаются неизвестными. Примечателен тот факт, что по сравнению с малообразованной частью населения, именно они совершают попытки самоубийства в разы чаще. Подобный тип суицида можно отнести, по Эмилю Дюркгейму, к эгоистическому, так как при нем ослабевает связь человека с обществом.

Помимо эгоистического типа Дюркгейм выделил еще три: альтруистический, фаталистический и аномический. Мотивацией для первых двух являются социальные, либо психологические причины, потому что они возникают в результате высокой интеграции личности с обществом. Аномический же тип, как и эгоистический, характеризуется, наоборот, ощущением ненужности обществу, отрешенности от него. Благодаря этому они будут интересовать нас больше всего.

А.Г Амбрумова разделила суицидальное поведение на внутренние формы, к которым относятся мысли о самоубийстве, и внешние – непосредственно сама попытка суицида. Исходя из этих форм, самоубийство можно классифицировать и по проявлению желания покончить с собой. Выделяют 3 таких типа: истинный суицид, в ходе которого человек действительно намерен покончить с собой и доводит дело до конца, а также латентный и демонстративный суициды. При латентном типе действия человека направлены на саморазрушение, носят самодеструктивный характер, но суицидальные посылы не выходят за пределы стадии мыслей. К ним можно отнести употребление алкоголя, курение, быструю езду, экстремальные виды спорта и другие. Такой человек понимает, что не хочет жить, но это понимание скрыто и лишено решимости. Демонстративные суициды носят показной характер, их целью служит привлечение к себе внимания. Такие суициды редко доводятся до конца и с желанием умереть почти не связаны. Часто такое поведение встречается среди детей и подростков, обиженных на родителей или преподавателей, и является способом наказать обидчиков. Связь этого типа суицидов с философскими

причинами маловероятна, поэтому особого интереса для нашего изучения не представляют.

Как правило, за таким разрушительным поступком, как суицид, стоит некая совокупность взглядов на ценность жизни и смерть. Самоубийство подразумевает философское обоснование как минимум в том случае, если оно совершается психически здоровым человеком без видимых на то причин. Нужно понимать, что личность проходит свой собственный путь, предшествующий этому поступку.

Так что же толкает людей на подобный выход, и как обесценивается жизнь? Французский философ Альбер Камю в своем труде «Миф о Сизифе» задал фундаментальный, по его мнению, вопрос: «Стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить?». Как уже говорилось, 60 тысяч человек в нашей стране ежегодно отвечают на него отрицательно.

В качестве аргумента ценности жизни Камю приводит пример о том, как Галилео Галилей, который, безусловно, отдавал должное научной истине, легко отрекся от нее, когда она стала угрожать его жизни. И оснований осуждать его, разумеется, нет, потому что большинство на его месте поступило бы так же. Основная часть человечества держится за жизнь крепко и уверенно и не намеревается разрывать ее нить.

Но что делать с интеллектуальными самоубийцами? Ведь их на поступок толкает не просто желание избежать бесконечных земных страданий. Чаще всего к этому типу самоубийц относится человек, растративший себя на поиски смысла жизни, которые не увенчались успехом. Он осознает абсурдность своего существования, потому что оно лишено смысла. А бессмысленность жизни – и есть философская причина самоубийства.

Но одной ее недостаточно для целенаправленного решения покончить с собой. Наравне с утратой смысла жизни необходима переоценка смерти. Датский философ Серен Кьеркегор писал: «Самоубийство – отрицательная форма бесконечной свободы». Нечто подобное можно встретить у представителя атеистического экзистенциализма Жана-Поля Сартра. Он утверждал, что стать независимым от жизни (от конечного) можно, если ты стал зависимым от смерти (от бесконечного). Эта идея повторяется неоднократно: например, в Древнем Риме раб должен был периодически произносить полководцу, только что вернувшемуся с победой, фразу «*momento mori*», чтобы он не забывал, что человек смертен независимо от его жизненного успеха.

Но вернемся к проблеме самоубийства. Когда человек не просто принимает смерть, но еще и теряет страх перед ней, когда он располагает возможностью убить себя в любой момент, он освобождает себя от существования. Это делает самоубийство уже более чем действенным способом ухода из жизни.

Однако наличие этих причин не гарантирует скорейший суицид. Многие разочаровавшиеся в себе люди, потерявшие смысл жизни, оторванные от общества, испытывающие влечение к смерти так никогда и не решаются на

самоубийство. Такие случаи сложно установить в реальной жизни в результате латентности, но они достаточно часто встречаются в художественной литературе. Например, главный герой романа «Степной волк» Германа Гессе презирал общество, частью которого являлся, и не видел причин продолжать бренное существование, но, несмотря на суицидальное поведение, самоубийство постоянно переносилось.

Важно отметить, что защитным механизмом, откладывающим желание покончить с собой на более позднее время, может стать совокупность следующих факторов. Во-первых, это нежелание расстраивать родственников. Достаточно близкие отношения в семье могут сыграть значительную роль в формировании антисуицидального поведения. Особенно это заметно у беременных женщин или просто женщин с несовершеннолетними детьми. Кроме того, это подтверждается и проведенным мной социальным опросом: люди, имеющие собственные семьи демонстрировали наиболее низкую расположенность к самоубийству. Во-вторых, это возложенная ответственность, которая напрямую зависит от рода деятельности. Большая часть из опрошенных, так или иначе, связана с врачебным делом, что, как известно, предполагает высокую степень самоотдачи. Это объясняет низкий уровень суицидальности тех, кто прошел опрос. В-третьих, наличие планов на будущее, стремлений привнести нечто новое не дает мыслям о самоубийстве стать непосредственно самоубийством. Это не единственные факторы, которые могут снизить решимость покончить с собой, так, например, может повлиять неуверенность в том, что выбранный способ приведет к смерти, и другие.

Социальный опрос показал, что из 60 опрошенных 10% не видят смысла в жизни, а 58% не испытывают страха смерти. Интересно, что, судя по ответам, мужчины более расположены к самоубийству, что подтверждает общую статистику: на один завершённый женский суицид приходится четыре мужских.

Таким образом, помимо типичных социальных и психологических причин суицида можно выделить также и философские. К ним относятся утрата смысла жизни и страха перед смертью, которые крайне часто встречаются у людей, оторванных от общества. Их воздействие чаще всего прослеживается при эгоистическом типе суицида, выделенном Э. Дюркгеймом. Этот тип характерен для творческих людей, например, Сергея Есенина, Владимира Маяковского, Марины Цветаевой, Бориса Рыжего, Александра Башлачева и других. Вероятнее всего, эти причины связаны между собой и воздействуют на человека в совокупности, поэтому в изменении мировоззрения предполагаемого самоубийцы должны отразиться обе составляющие.

### **Список литературы:**

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 91–102.
2. Бердяев Н.А. О самоубийстве: психологический этюд. М, 1992.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков; пер.: О.Ю. Донец и др. М.: Когито-Центр, 2001. С. 57–61.
4. Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // Камю Э. Бунтующий человек. Философия. Политика. Искусство: Пер. с фр. М.: Политиздат, 1990. С. 24–92.

## **МЕДИЦИНА И ПРАКТИКА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ФИЛОСОФИИ. ПЕРВЫЕ ШАГИ К ПРОФЕССИИ ВРАЧА**

**МОДЯНОВ Никита Юрьевич**

Архангельск, Россия,

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс. Лечебный ф-т

E-mail: [nikita-sounderman@rambler.ru](mailto:nikita-sounderman@rambler.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Сделать первый шаг всегда трудно. Трудно первым попросить прощение, войти в холодную воду, освоить незнакомую профессию. Все, что ново, вызывает опасения, для преодоления которых необходимы мужество и силы.

Таким первым шагом для нас, студентов-медиков, была учебная практика. Я бы сравнил ее с первым прыжком с парашютом. Прыжком в неизвестность, который решает: полюбишь ли ты то, что случится с тобой в следующий миг, или же подыщешь для себя другое занятие в жизни? Раскроется у тебя за плечами парашют, который ты сам мастерил для себя целый год в стенах университета или же он не выдержит суровых жизненных реалий?

Хотя есть одно «но» в подобном сравнении. Парашютист рискует жизнью, но только своей, врач – жизнями всех своих пациентов.

Это особое чувство испытывали, наверное, все студенты-медики, одевшие впервые белый халат. Это пограничное состояние, когда ты – еще не врач, но уже и не человек с улицы. Что-то вроде куколки, которая вот-вот станет бабочкой. Когда я, в белом халате, впервые вошел в палату к пациенту, то был поражен его взглядом. Он смотрел на меня – парня, весь год просидевшего за партой, который сталкивался с практической врачебной деятельностью только на курсах «Манипуляционная техника» и «Уход за хирургическими и терапевтическими больными» – он смотрел на меня, как на врача, способного ему помочь. Именно это отношение пациентов к нам

неожиданно оказалось тем двигателем, который помог нам на первых, нелегких шагах к профессии врача.

Мы, студенты-медики, рано или поздно задумываемся о том, что вскоре нам предстоит быть квалифицированными врачами. Но, обучаясь на первом курсе, смутно представляем себе, как это быть настоящим специалистом. Чаще мы додумывали сами лишь отдельные стороны врачебной деятельности, её отдельные детали, всё время двигаясь от частного к общему, но полноценной и объёмной картины о том, как слаженно и чётко работает сам механизм здравоохранения, а в частности и её специалисты, у нас просто не было. Даже базовые дисциплины не могли ответить сразу на все накопившиеся вопросы. Анатомия – давала нам представления о строении тела человека на макроуровне, гистология – напротив, на микроуровне. Но мы не могли себе чётко представить, как все системы и органы связаны между собой, как они функционируют? А больше всего хотелось понять, как врачи восстанавливают нарушенную работу органов, как добиваются последующей слаженности функционирования всего организма в целом? Нам хотелось получить ответы на всё и сразу, хотя и понимали, что подобное невозможно! Оставалось только набраться терпения, и, шаг за шагом, скрупулёзно, под руководством мудрых преподавателей, постигать эту непростую науку, открывая понемногу всё новое и новое для себя с каждым днём.

К счастью для нас, на первом же курсе, преподавались основы сестринской деятельности, на которых мы научились ухаживать за пациентами на уровне младшего медицинского персонала и проводить простейшие манипуляции, а также оказывать первую медицинскую помощь в различных ситуациях. Как ассистенты присутствовали на операциях. Конечно, мы прекрасно понимали, что без умения проводить эти простейшие манипуляции, мы не только не сможем стать высококвалифицированными специалистами, но даже не станем компетентными санитарями, не сможем оказать первую помощь, а значит и потеряем жизнь пациента. «Верен в малом, верен и в большом», – гласят слова Вечной Книги. Не пройдя первых ступеней лестницы, как доберешься до ее верха? Возможно, мы не до конца тогда поняли важность нашей первой учебной практики. «Ухаживать за больными людьми нелегко, не всегда приятно, в конце концов, это не вписывается ни в какие рамки моих представлений о работе врача», – с такими мыслями я шел в седьмую палату к старичку, которого необходимо было приготовить к операции. Зашел...и все мысли пропали... Передо мной лежал человек. Забытый, никому не нужный, беспомощный человек. Давно не меняные пеленки, запах, сиротливый взгляд выцветших глаз... . Если не я, то кто сделает первый шаг, первую нелегкую работу на пути к профессии врача? Были забыты брезгливость и осторожность, потому что в этой палате просил о помощи человек такой же, как и я. Именно тогда, на практике, мы научились общаться с пациентами, вникать в их проблемы, слушать и слышать их [1, с. 11].

Порой во время учебы возникал вопрос: нужно ли нам с усердием изучать дисциплины медицины? Теперь пришел ответ: конечно же стоит! Хотя бы ради того, чтобы свести уровень смертности пациентов по халатности медицинских работников до минимума [1, с. 15]. Для того нам даются не только первоначальные азы, но и учебная практика, которая закрепляет полученные знания, навыки и умения в реальных условиях, с реальными пациентами, чтоб в дальнейшей практической деятельности мы могли уверенно осуществлять врачевание, не боясь при этом ни за жизнь пациента, ни за собственную судьбу.

Несомненно, без учебной теории сложно бы было осуществлять практическую деятельность. Теория невозможна без практики, и наоборот, любой практический эксперимент должен ссылаться как минимум, на гипотезу, т. е. на предположение, сам по себе он не проводится. Также и в медицине, невозможно осуществлять практическую деятельность, не имея представления о том, как оказывать помощь больным, не понимая и не зная сам механизм этого процесса! В противном случае, мы просто усугубим ситуацию, причинив человеку ещё большие страдания! Учебная практика учит нас первоначальным основам искусства врачевания, без которых оно, а именно практическая деятельность, просто не имела бы смысла. Как лечить, не имея элементарного багажа знаний?

В настоящее время мы имеем огромный накопленный потенциал знаний по осуществлению врачевания, который подготовили для нас прежние светила медицины и науки, нам только остаётся изучить, понять функционирование врачебной деятельности. От нас требуется относиться с большим вниманием и усердием к приобретению новых познаний не только в процессе обучения, но и в самой практической врачебной деятельности, чтобы учесть всевозможные детали и нюансы каждого пациента в частности. Это важно во всех сферах деятельности, но ещё важнее в медицине, ведь мы будем стоять на защите здоровья населения, к тому же, несём ответственность за жизни людей.

Несомненно, первые лечебные манипуляции основывалось изначально на догадках и предположениях, на экспериментах, методом проб и ошибок. Но только лишь для того, чтобы найти верное решение, ответы на загадки природы. Это вело к накоплению и систематизации полученных знаний в медицине. О халатности тогда не могло быть и речи, ведь во время становления медицины врачевание расценивалось как искусство, к которому приближались с большим благоговением, как к чему-то сакральному, неземному, стремясь всей душой познать организм человека и происхождение болезней.

Такие выдающиеся лекари, как Авиценна, позднее – Николай Иванович Пирогов, Иван Петрович Павлов и Иван Михайлович Сеченов и другие – внесли огромный вклад в развитие медицины через свой опыт врачевания, через свои научные открытия, облегчив тем самым участь потомков-последователей. Опыт накапливался, передавался от отца к сыну, люди делились знаниями, навыками между собой, коллективное мышление во

многим определяло движение науки вперёд. В русских деревнях всегда существовали народные лекари, порой безграмотные, которые в своей врачебной деятельности искусно использовали накопленную веками народную мудрость, жизненные наблюдения. Человек существовал неотделимо от природы и она снабжала его всем необходимым для жизни, в том числе и лекарством. Но менялась история, менялась жизнь, менялись условия существования людей. Они вышли из-под власти природы и перешли под власть науки и прогресса. Многовековые знания, передававшиеся из поколения в поколение, частично утратились, какие-то потеряли свою ценность и значение, какие-то сохранились до наших дней. Мы переняли опыт, что-то изменили, что-то внесли своё. И теперь активно реализуем в практической деятельности тот потенциал далёкого прошлого, которым владели наши предки. Нам следует с большим старанием относиться к изучению искусства врачевания, которое возникло в глубокой древности. На нас лежит ответственность за жизнь и здоровье не одного человека. Как мы отнесёмся к этому – зависит от нашей внимательности, осторожности, но и, конечно же, от степени гуманности.

Таким образом, практическая деятельность – это не только неотъемлемая составная часть обучения в медицинском вузе, но прежде всего, это – критерий истинности полученных знаний. А знания или учебная практика, в свою очередь – проверенные практикой результаты познания студентами врачебных дисциплин, сохранившихся в голове. Таким образом, мы видим, что первое не может существовать без второго, как второе без первого. Практическая деятельность и учебная практика – это неотделимые друг от друга компоненты обучения не только в медицине, но и во всех сферах деятельности человека. Ведь обучение – это процесс овладения учащимися не только научными знаниями, но и практическими умениями и навыками. Оно развивает умственно-познавательные способности, нравственность и общую культуру для дальнейшего решения практических профессиональных задач. В нашем случае, это – оказание качественной медицинской помощи пациенту.

Там, на практике, как под увеличительным стеклом, открываются все ранее спрятанные пропуски и недоученный материал. Там же происходит проверка на человечность и доброту. Это как первый прыжок с парашюта... У нас за плечами он раскрылся!

### **Список литературы:**

1. Стрельченко О.В., Орлова Е.Ю., Лутаенко Ю.В. Стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестёр: метод. рекомендации профессиональной деятельности палатной мед. сестры / под ред. О.В. Стрельченко. Новосибирск, 2013. С. 10–17.

## ЗАЧЕМ МЕДИКУ ФИЛОСОФИЯ?

ПРОПП Ксения Викторовна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [ksenija\\_propp@mail.ru](mailto:ksenija_propp@mail.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

*Чтобы стать лучшим медиком,  
надо быть истинным философом*  
Гален  
*«Врач – это философ,  
ведь нет большой разницы  
между мудростью и медициной»*  
Гиппократ

В медицинском университете среди специальных предметов на первых курсах также изучаются основные гуманитарные дисциплины, расширяющие кругозор будущих врачей – отечественная история, философия, социология, культурология, биоэтика. Некоторые студенты считают их необязательными и ненужными. Так ли это?

**Цель** нашей работы: показать тесную взаимосвязь медицины и философии в историческом аспекте и современном развитии, показать отражение философской методологии в медицинской практике, разъяснить необходимость к формированию новых подходов и взаимодействию этих дисциплин. Для этого мы изучили современные взгляды на эти направления и провели социологический опрос среди студентов СГМУ.

Медицина – это не только искусство практического врачевания, но и интеграционная наука, к тому же, не столь эмпирическая, сколько теоретическая. Она представляет собой уникальное единство познавательных и ценностных форм умственного отражения и практического преобразования человеческой жизни. Последнее сближает медицину с философией [3].

Взаимосвязь медицины и философии началась давно, с момента появления первых явных признаков абстрактного (отвлеченного) мышления в лечебном деле, и продолжается поныне. В медицине наблюдается стремление теоретически обобщить и философски интегрировать эмпирические знания, то есть критически осмыслить богатый арсенал опытных данных. Медицина нуждается в укреплении связей с философией как живительной средой духовного обитания и дальнейшего развития предметно-понятийного мышления. Классик немецкой философии Л. Фейербах назвал медицину «колыбелью материалистической философии».

Во все времена в медицине были и есть люди творческие, ищущие, думающие над целями и задачами своего труда. Врачей такого типа не удовлетворяет определенная, фиксированная система норм, рецептов и правил, они пытаются выразить иной образ медицины. Иными словами,



поскольку медицинское знание – это только часть целого, то мыслящий врач пытается расширить горизонты уже познанного, проникнуть в глубины, выйти за границы достигнутого, обобщить, выяснить причины, найти основания, докопаться до сути. Так врач становится философом... О таком Гиппократ говорил «Врач-философ подобен богам» [2].

«Врач по натуре своей – философ, вечно размышляющий, вечно спорящий как с коллегами, так и с самим собой. В споре рождается истина. Все великие врачи древности и Средневековья были философами. Вспомним Гиппократа, Клавдия Галлена, Авиценну, Леонардо да Винчи... Ближе к нашему времени – Н.И. Пирогов, С.П. Боткин... Это были поистине «крутые» перцы в медицине! Их труды и ссылки на их труды являются основой современных успехов. А то, что мало в сегодняшней печати размышлений врачей – так это лишь дань моде на более технологичный уклон медицины. Востребованность в литературе философского толка всегда будет актуальна для Врача. Для ее изучения у настоящего Врача всегда найдется время» (Рук. РСЦ г. Йошкар-Олы, сосудистый хирург А.Л. Пигалин).

*Философские категории понятия в медицине*, как предельно общие понятия, отражают действительность, в том числе и медицинскую. Категориями традиционно называют предельно общее человеческое видение мира. Они отражают сущностные, закономерные взаимосвязи – законы действительности и познания. В научном познании широко используются такие философские категории, как: чувственное и рациональное, абстрактное и конкретное, логическое и историческое, абсолютное и относительное, достоверное и вероятное и т. д.

Отражая всеобщее и закономерное в медицинском познании, философские категории выступают в роли мировоззрения и методологии. Они не отвечают на конкретные вопросы, например, что такое здоровье, болезнь и т.п. Но они способствуют выработке всеобщих познавательных принципов, подходов и ориентиров в их осмыслении [5].

*Философская методология* предполагает определенную систему требований к субъекту познания. Поскольку она зависит от уровня развития научного познания, от опыта познающего человека, индивидуального или коллективного субъекта, общества, то для её понимания необходимо соотнести ее с исторической эпохой и проанализировать научное и житейское знание субъекта.

Философская методология медицины призвана выполнять несколько функций:

– *Эвристическая*. Существо эвристической функции состоит в содействии приросту научных знаний, в т. ч. в создании предпосылок для научных открытий. Что же касается частных наук, то философский метод, будучи примененным в комплексе с другими методами, способен помогать им в решении сложных теоретических, фундаментальных проблем, «участвовать» в их предвидениях. Важное значение имеет участие философии в создании гипотез и теорий. Как считает Э.М. Чудинов, гносеологические принципы играют важную роль не только в становлении

физических теорий; после того как теория создана, они сохраняют значение регулятивов, определяющих характер ее функционирования.

– *Координирующая.* Существо этой функции состоит в координировании методов в процессе научного исследования. Потребность в координации частных методов возникает на фоне значительно усложнившихся соотношений предмета и метода в силу, прежде всего, необходимости иметь противовес негативным факторам, связанным с углубляющейся специализацией ученых. Философский метод не может привести к успеху в науке, если при решении частных задач применяется в отрыве от общенаучных и специальных методов.

– *Интегрирующая.* Термин «интеграция» (от латин. *integratio* – восстановление, восполнение) означает объединение в целое каких-либо частей. Применительно к функциям философии термин «интегрирующий» связан с представлением об объединяющей роли философского знания по отношению к какому-либо множеству элементов, составляющих систему или способных образовать целостность. На уровне науки в целом философия выступает в качестве одного из необходимых факторов интеграции научного знания. Научная философия выполняет свою функцию, с одной стороны, непосредственно (путем диалектизации частнонаучного мышления, введения философских категорий во все науки, выработки у ученых наиболее общего представления о единстве природы и т.п.), с другой – опосредованно, через серию интеграторов разной степени общности (благодаря участию в создании связующих, синтетических, проблемных наук, частнонаучных картин мира и т.п.).

– *Логико-гносеологическая функция.* Эта функция заключается в разработке самого философского метода, его нормативных принципов, а также в логико-гносеологическом обосновании тех или иных понятийных и теоретических структур научного знания. Выработка информации, необходимой для совершенствования элементов всеобщего метода, сочетается с применением ее для развития общенаучных методов познания, например, системного подхода, метода моделирования. Будучи примененными к построению научных теорий, принципы диалектики как логики включаются в состав их логических (или гносеологических) оснований. Диалектика задает общие ориентиры познавательной деятельности в различных областях теоретического естествознания, а разработка диалектико-логических принципов познания, проводимая в тесном единстве с обобщением новейших достижений методологии естественных наук, придает практическую значимость общеметодологической функции философии [1].

Она стимулирует процесс медицинских знаний, провозглашая основой любого исследования диалектический метод познания. Философски-диалектический метод, применяемый в единстве с формально-логическим, обеспечивает приращение новых знаний в собственно медицинской сфере познания. Это приращение происходит в особой систематизированной

форме. Идея системности знаний является исходным философским элементом научности во всём естествознании и медицине в частности [4].

Из опроса врачей-стоматологов выяснилось, что они не задумываются о том, какие методы используют в своей практике. В ежедневной работе врачи используют методы познания, чтобы получить данные, необходимые для представления развития данного заболевания. Затем, с помощью тех же методов, производят дифференциальный диагноз и получают конечный итог, из которого следует, как лечить пациента, какую назначить профилактику и прочее. Как сказал один из опрошенных стоматологов: «врач придерживается особых шаблонов, которые были разработаны ранее». Следовательно, в настоящее время врач не нуждается в философской методологии и методах познания. Возможно это и так. Но есть и врачи – учёные.

Мы живём в сумасшедшее время, когда всё новые методики заменяют друг друга молниеносно. Разрабатывается лучшее и удобнее, экономичнее и практичнее. Вот для этих целей ординаторы, аспиранты, профессора и доктора наук используют методы философии.

Креативное мышление этих людей развито на высшем уровне. Благодаря учёным в практику внедряются новые, более удобные, безопасные и эффективные методы лечения.

Всё бы казалось хорошо. Одни разрабатывают, другие, как «роботы», делают. Но ...

По нашему мнению, и, думаю, по мнению большинства, было бы идеально, если бы каждый врач, не только стоматолог, а терапевт, педиатр, окулист и др., диагностировали и лечили не болезнь, не патологию, а человека. Каждый человек является личностью, индивидом. И каждому хочется, чтобы лечили именно его самого и его особенности. Такое лечение получит более успешный исход.

Хотя в настоящее время жалобы на качество лечения уступили проблемам деонтологии, они вовсе не исчезли. Несмотря на новые методы лечения, качество снижается. Это происходит всё по той же причине – низкий уровень знания и неумение принимать верное решение, в основе которых лежит философская методология и методы познания.

Таким образом, научно-медицинское познание, как уникальный способ получения целостного знания о человеке, его организме, духовности – объединяет и интегрирует различные формы исследования: теоретические и экспериментальные. Гуманный характер медицинских задач выходит далеко за пределы просто научной дисциплины, которая в значительной степени становится философской сферой научного исследования и решения человеческих проблем.

Несомненно, критическое мышление формируется у высоко квалифицируемого, образованного и начитанного человека. Таких врачей очень мало. Но именно такие специалисты нужны для решения серьёзных и запутанных проблем. Обычный, малообразованный врач вряд ли сможет правильно продифференцировать сложный диагноз. Возможно, ему повезёт. Но более опасен другой исход.

Многие будущие врачи – студенты пренебрегают, в силу своей юности, знаниями, которые им дают или пытаются дать во время учёбы. По этой причине, в наше время, и конкретно в нашей стране, очень низкий уровень оказания должной медицинской помощи любой специальности...

С целью понять, нужна ли нашим студентам (студентам СГМУ) философия, был проведен социальный опрос 150 студентов СГМУ в возрасте от 18 до 22 лет (см. диаграмму 1). Результаты показали, что всё зависит от отношения человека к познанию.

Диаграмма 1



Вопрос: «Нужна ли медику философия?» был дифференцирован отвечающими. Наблюдается некая «борьба между добром и злом». Если правильно донести информацию и объяснить смысл изучения данного предмета, то, несомненно, будет положительная динамика.

1. «Я считаю, что медику нужна философия, т. к. врач должен быть всесторонне развитой личностью!»
2. «Она всем нужна, для гармоничного развития личности»
3. «Да, нужна, т. к. это один из предметов, где формируется мировоззрение. У нас все-таки должно быть не узкое понимание мира, а очень целое; Да, если бы у всех было с этим в порядке все думали бы друг о друге»
4. «Не нужна, потому что она ни в чем не пригодится, толку от нее нет и смысла ее изучать не вижу»
5. «Нет, потому что, на мой взгляд, философию изучают те, кому, обычно, заняться нечем. Врач должен изучать болезни, лечить людей, искать новые лекарства и т. д. и т. п., а не забивать себе голову всякими экзистенциализмами, социальными архетипами и прочими околонучными понятиями»
6. «Не нужна. Есть более важные науки»
7. «Нет, философия медику не нужна. Мы призваны лечить людей, а не рассуждать о смысле жизни и не обсуждать философию Древней Индии. Основной упор в медицине стоит сделать изучению заболеваний, клинических случаев, теории болезней и их лечению, а не изучению бытия и познания, отношению человека к миру»

Современная медицина, представляя сложную систему дисциплин, развивается во взаимодействии с естественными, техническими, гуманитарными и философскими науками. Ее объектом остается человек: в норме и патологии, здоровый и больной. Это значит, что исходным объектом медицины являются социально-биологическая, философско-нравственная, морально-этическая сферы человеческой жизни.

Социально-культурные составляющие здоровья человека получают сегодня отражение, прежде всего, в выработанной медиками философско-социологической категории «общественное здоровье». Среди философско-методологических проблем ученых-медиков важное место занимает вопрос о соотношении исследования общественного здоровья и здоровья личности в медицинской отрасли познания [4].

### **Список литературы:**

1. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия : учебник. 3-е изд.. перераб. и доп. М.: Проспект и др., 2003.
2. «Зачем медику философия?»: презентация научных работ В.А. Карпина / Научная библиотека СурГУ. URL: <http://www.lib.surgu.ru/index.php?view=article&aid=221>
3. Совецание по философским проблемам современной медицины: диалектика материального и идеального в познании сущности здоровья и болезни, 25 февраля 1998 года. М.: ООО ИД «Русский врач», 2008.
4. Философия и медицина / В.Ф. Сержантов, А.А. Корольков, М.А. Едимская; под ред. В.Ф. Сержантова, А.А. Королькова. Л.: Изд-во ЛГУ, 1986.
5. Хрусталёв Ю.М. Философия науки и медицины : учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

## **О ЧЁМ ГОВОРIT «КЛЯТВА ГИППОКРАТА»?**

**РОДИНА Мария Игоревна**  
г. Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Лечебный ф-т  
E-mail: [Masha.rodina15@yandex.ru](mailto:Masha.rodina15@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Клятва Гиппократa является уникальным и мифологическим источником принципов и норм в работе врача. Она является основой понимания этой профессии. Феномен данной клятвы заключается в сохранности и широком применении ее основ. Но все ли принципы готов блюсти современный врач? Именно в этом мы видим актуальность данной темы.

**Цель работы:** установить отношение студентов и врачей к «Клятве Гиппократa». Выделить основные этические принципы, заложенные в основе

клятвы. Определить мнение студентов по поводу возможности соблюдения данных принципов при помощи тестирования.

На современном этапе нельзя с уверенностью назвать определенное число религий, как древних, так и совсем новых, которые когда-либо исповедовались человечеством. Этим удивительно и уникально наше общество. Все они отражают отличные друг от друга мировоззрения, мироощущения. Священные книги, писания содержат в себе сущность каждой из них. Врач, как и любой другой человек, может относить себя к той или иной религии, разделяя или осуждая различные верования. Также может быть отличным и отношение врача к такому торжественному обещанию, непосредственно связанному с религией, как клятве. Но существует писание, которое смогло объединить врачей не только всего мира, но и многих столетий. Этим писанием является знаменитая клятва Гиппократова.

Какое место в жизни человека занимает клятва? Для некоторых оно скорее означает то же, что и любое повседневное обещание. В них человек объявляет о своих намерениях, а целью данного обещания будет являться убеждение одного или нескольких собеседников в его достоверности. Едва ли можно к этим людям отнести врачей, которые дали торжественно одну из самых древнейших клятв в мире.

Текст клятвы никогда не являлся тайной и был переведен на большинство языков мира уже довольно давно. Но стоит учесть, что в наши дни оригинальный текст уже не используется. Современный текст имеет совсем другой вид. Полагают, что первоначальный вариант был написан в V веке до н.э. на ионийском диалекте древнегреческого языка. Со временем текст менял свой «облик», подвергся редактированию. Существенно менялся и его смысл.

Возможно, суждение о том, что Гиппократ являлся единственным автором, не совсем точное. Принципы и обязательства, заложенные в основе клятвы, скорее накапливались с опытом немалого числа врачей, в том числе и самого Гиппократова.

Рассмотрим каждый из принципов более детально.

1. *Принцип полезности и справедливости деяний.* Данный принцип является фундаментальным среди остальных. Он основывается на обязательном оказании помощи больному, на проявлении милосердия к нему и доминанте его интересов. Скорее всего, данный принцип является самым выполняемым в современной медицинской практике.

2. *Принцип выполнения обязательств перед учителями, учениками и коллегами.* Примером может служить возложенное на себя обязательство уважительно относиться к деятельности преподавателя и в дальнейшем не противоречить сказанному.

3. *Принцип неосуществления абортотв и эвтанази (принцип уважения к жизни).* Этот принцип отражает ступень развития гуманности в обществе. В современной медицинской практике неосуществление эвтанази действительно соблюдается. Чего нельзя сказать о неосуществлении абортотв. Поэтому самым выполняемым данный принцип назвать нельзя.

4. *Принцип недопустимости интимных связей с пациентами.* В своей медицинской практике врач должен преследовать единственную цель – излечение своего пациента. Цели личного характера, безусловно, могут помешать осуществлению главной задачи. Большинство врачей, скорее всего, придерживаются такого мнения.

5. *Принцип сохранения врачебной тайны.* Защита конфиденциальной информации является важной частью профессии врача. Ее неосуществление может привести к сокрытию пациентами важной для анамнеза информации.

На основе данных пяти принципов был составлен тест. Его проходили студенты СГМУ в числе 11 человек и врачи разных специальностей тоже в числе 11 человек. По итогам теста было сделано несколько показательных выводов:

– Большинство студентов и врачей отметили, что клятва для них достаточно значима, скорее всего они будут помнить, что ее давали и постараются не нарушить ее. Никто из тестируемых не отметил абсолютную им выполняемость клятвы.

Мнения при ответе на второй вопрос между студентами и врачами разделились.

– Практически ни один студент не поставил наивысший бал ни за один из перечисленных принципов. Наивысшая оценка пришлась на принцип сохранения врачебной тайны. Далее за этим принципом следует, по мнению студентов, принцип отказа от интимных связей с пациентами. На третьем месте студенты ставят принцип воздержания от причинения вреда. Самая низкая оценка пришлась на принцип выполнения обязательств перед учителями, учениками и коллегами и принцип отрицания аборт и эвтаназии.

– Врачи на первое место поставили принцип воздержания от причинения вреда и принцип выполнения обязательств перед учителями, учениками и коллегами. За ними последовал принцип отказа от интимных связей с пациентами и сохранения врачебной тайны. Последнее место занял принцип отрицания абортов и эвтаназии

Показательным является то, что студенты и уже практикующие врачи сошлись во мнении при определении значимости для них клятвы. Это означает, что в ходе врачебной деятельности важность данной заповеди не теряется. Расхождение мнений тех и других о значимости конкретных принципов означает тот факт, что врачи, расставляя приоритеты, ориентируются на знания, которые были получены ими в ходе их практической деятельности.

Ну и о чем говорит «Клятва Гиппократ»? Да совсем не о том, чтобы «...светя другим, сгореть самому и превратиться в огарок»[1]. Казалось бы, если врач уверен и у него нет сомнений в верности его поступков и чистоте его намерений, то в клятве нет нужды. Факт принятия каждым врачом клятвы Гиппократ, не говорит о том, что без нее он может и будет поступать как-то иначе. Ведь клятву следует воспринимать, как искреннее стремление и желание человека к тому, о чем повествуется в ней. Действительно, нельзя с

определенной точностью сказать, что «Клятва Гиппократата» была написана в V веке до н. э., мы также не можем быть уверены в точности текста, который дошел до нас. Уникальность этой клятвы состоит в том, что она была принята всеми странами мира, несмотря на существенные различия в их политических режимах, социальном развитии и религиозных верованиях. Такое писание (пусть и мифологическое) стало символом нелегкой, но благородной профессии врача. Мы постарались внести посильную лепту в своё понимание этого необычного, но очень жизненного писания.

### **Список литературы:**

1. Бобров О.Е. Мифы и иллюзии клятвы Гиппократата [электронный ресурс] // Новости медицины и фармации. 2006. Апр. URL: [http://professional.ru/Soobschestva/medicina\\_i\\_farmaciya/](http://professional.ru/Soobschestva/medicina_i_farmaciya/)
2. Гиппократ. Клятва // Этика и общая медицина. СПб.: Азбука, 2001. С. 45–46.
3. Hippocratic Oath [электронный ресурс]. URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic\\_Oath](http://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic_Oath).

## **ИСЦЕЛЕНИЕ ФИЛОСОФИЕЙ**

**ХРОМЦОВА Юлия Анатольевна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [khrom19@rambler.ru](mailto:khrom19@rambler.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Каждый человек, независимо от того хочет он или нет, имеет собственную философию жизни. Порой не всегда она дает нам то, чего мы хотим или ожидаем. Большинство наших заболеваний имеет общую линию связи именно с тем, что мы неправильно думаем, загружаем в нашу голову все подряд, что нужно и ненужно, или наоборот этого не делаем. Что же может помочь нам отфильтровать свои мысли, сделать правильное решение, быть самостоятельным и успешным?!

Проблема путаницы мыслей в нашей голове была, есть и будет. Скорость мысли велика и мы не всегда можем здраво проанализировать ее. В современном мире существует множество способов контроля своей деятельности, самоконтроля, то есть контроля своих мыслей. Одним из самых популярных способов является ведение личного дневника. Великое множество знаменитых книг является результатом написания личных дневников. А сколько фильмов снято, где главный герой является владельцем своих мыслей! Ведение дневника также рекомендуется многими врачами.

Цель нашего исследования: выяснить, как влияет личный дневник на наше мировоззрение и здоровье.



«Исцеление – дело простое; а человек пытается усложнить его». Так писали Чарльз и Фрэнсис Хантеры в своей книге «Исцеление больных». Все мы когда-то ощущали чувство пробуждения в своей жизни, многим из нас хотелось просто взять и начать все с нуля, с чистого листка. Мы были готовы к началу новой жизни, хотели покончить со старым, хотели быть совершенно другими, хорошими людьми. Но не все из нас смогли достичь этого.

Философия – это размышления и рассуждения о волнующих человека вопросах. На наш взгляд, она одна из самых загадочных наук, способных изменить человека. Нам самим приходится думать – или взлететь или умереть. Логика, как неотъемлемая часть философии, формирует правила последовательного мышления. Вот уже десятки лет она ведет человечество вперед, не уставая.

Юрий Михайлович Орлов в своей книге «Исцеление философией» выделил профессиональную и обыденную философию. Профессиональная – связана с работой людей в этой области. Например, лекции и экзамены по философии. А обыденная философия характерна для каждого человека.

Она окружает его повсеместно, независимо от его желания. Например, человек, попадая в какую-либо ситуацию, определенным образом обдумывает ее, то есть у него вырабатывается свое мышление, формируется своя взгляд на данную ситуацию, а это ничто иное, как философия.

Хорошая жизнь – это счастливая, удовлетворенная жизнь. Но здесь не хватает еще одного важного слова. У многих людей, которые удовлетворены своей жизнью, ветер в голове, они не представляют, как решать проблемы, встающие перед человечеством. Поэтому мы считаем, что хорошая жизнь должна еще быть и осмысленной.

Ю.М. Орлов предлагает метод исцеления мыслей с помощью ведения личного дневника. Он говорит о том что, «мысли записанные на листке, позволяют через некоторое время избавиться от негативных эмоций, которые нас охватывали в прошлой жизни. Когда у людей, которые этого не делают, они остаются в подсознательном состоянии, и в течение жизни оказывают своеобразную защитную реакцию. Когда человек остается наедине с записанными мыслями, он может проанализировать их, благодаря этому анализу меняется его взгляд на мир, то есть философия» [1, с. 21].

Идея ведения личных дневников появилась достаточно давно. Многие ученые считают, что рисунки в пещере – это ни что иное, как личный дневник людей того времени.

Римский император Марк Аврелий тоже вел дневник. Посудите сами. Человек во главе государства. Ему трудно найти человека, которому можно довериться и открыть все свои тайны. После смерти Аврелия его дневник стал известен как трактат «Наедине с собой». Знаменитый трактат Боэция «Об утешении философией» – это тоже не что иное, как личный дневник. Боэций был приговорен к смерти и находился в тюрьме наедине со своими мыслями, именно в это время он стал записывать свои мысли на бумагу. Л.Н. Толстой и многие другие поэты, писатели, режиссеры с помощью дневников избавлялись от своих недостатков, корректировали свое «Я».

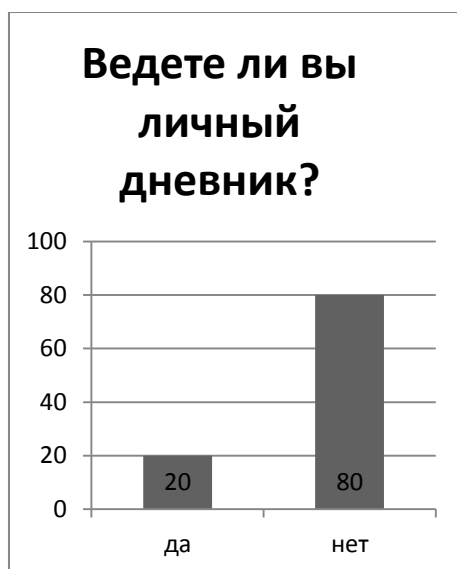
Говоря об осмыслении, нельзя ни рассмотреть и противоположную сторону этого суждения. Широко известно суждение Зигмунда Фрейда: «Если человек задумался о смысле жизни, значит, он серьезно болен» [3, с. 1]. Мы считаем, что здесь все наоборот: когда человек болен, тогда он и задумывается о своей жизни.

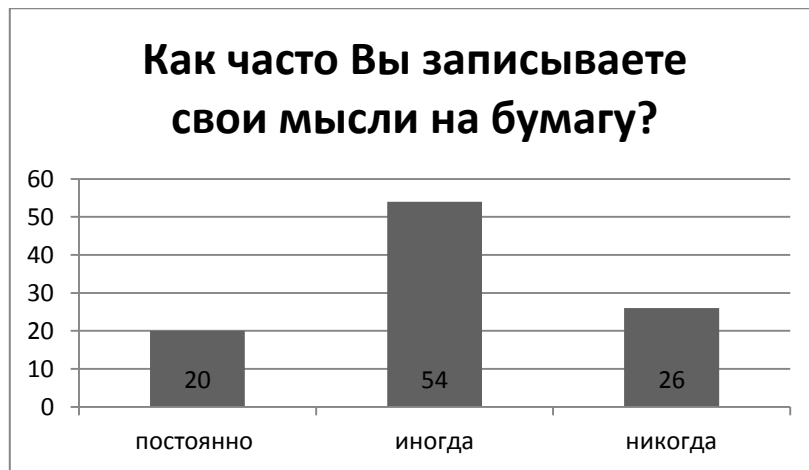
В противоположность этому Виктор Франкл, он же является учеником Фрейда, говорил: «Я видел смысл своей жизни в том, чтобы помогать другим увидеть смысл в своей жизни» [3, с. 1].

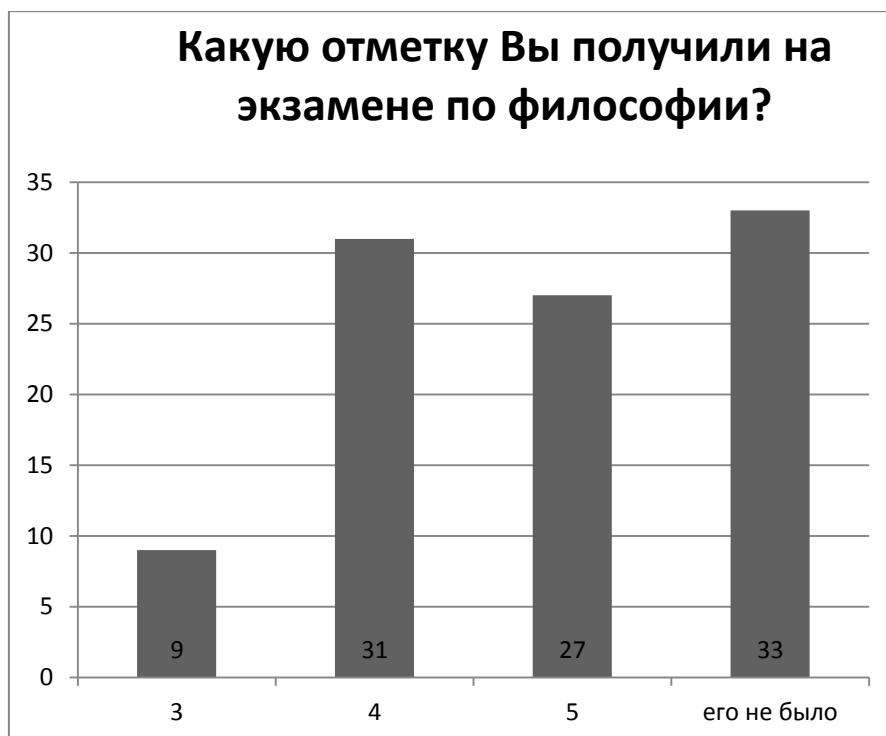
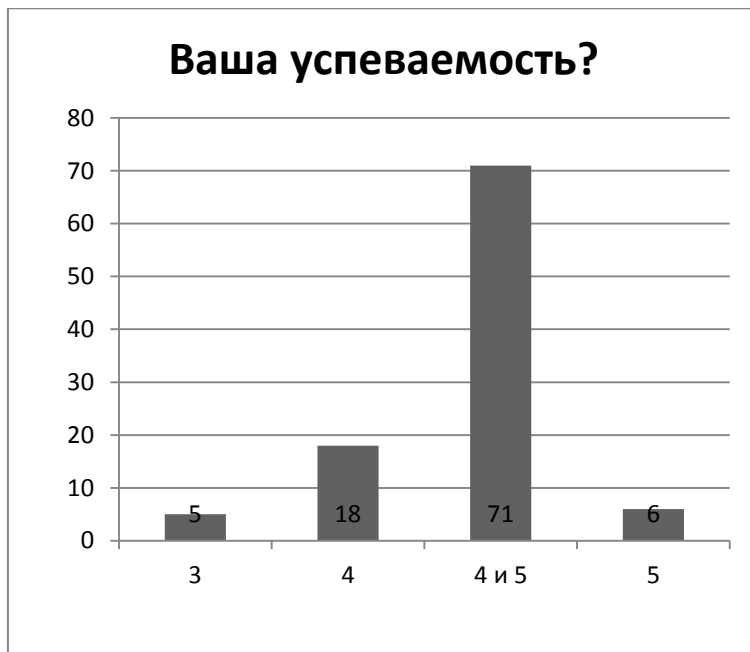
Не всегда мудрствование может быть полезно. Человек настолько может уйти в философию, что его речь будет перенасыщена логическими выводами, она будет терять смысл. Такое состояние называется резонерством. И.П. Павлов назвал это «словесной опухолью». Точно так же он может отходить от темы, отходить от реальности. Это уже будет философская интоксикация.

В ходе подготовки данной работы был проведен социологический опрос. Его целью было проследить соотношения людей, ведущих личные дневники, с методом исцеления. Было опрошено 100 человек, среди них 32 представителя мужского пола и 68 – женского. Возраст опрошенных от 18 и выше. 18-20 – 49 человек, 21-30 – 6 человек, 31-40 – 11 человек, 41-50 – 21 человек, 51-60 – 9 человек и выше 60-десяти 4 человека.

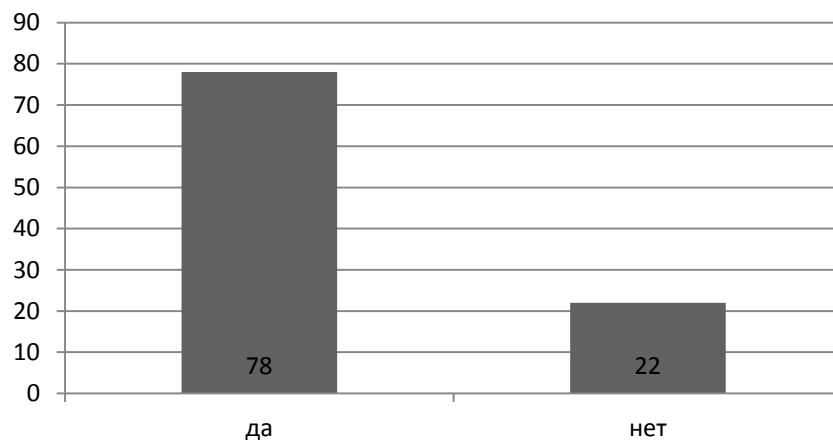
Результаты опроса следующие (как в процентном содержании, так и в количественном):



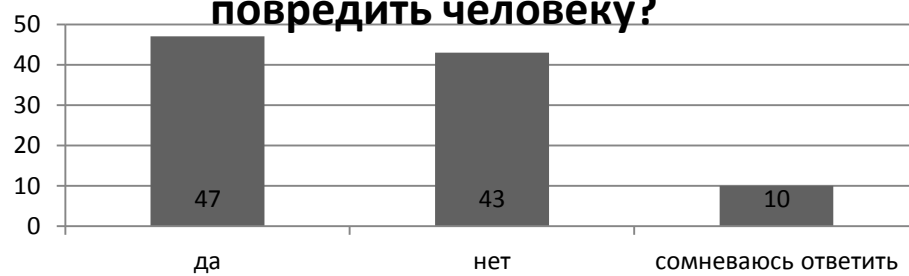


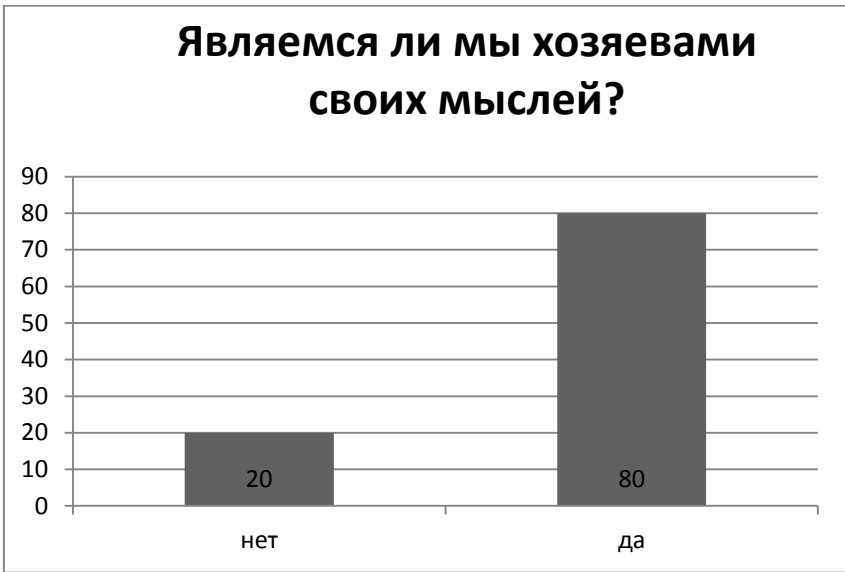
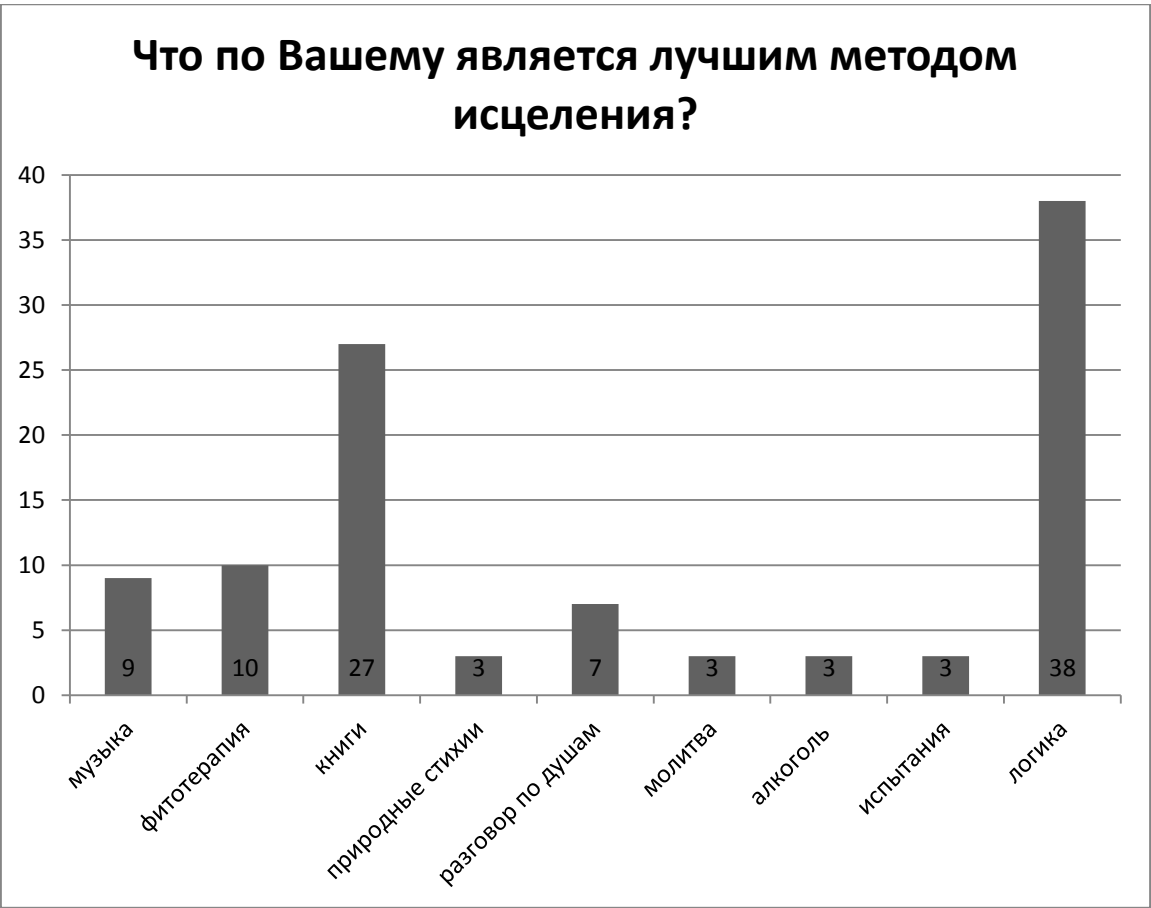


### Нравиться ли Вам философствовать?



### Есть ли такие идеи, которые могут повредить человеку?





Большой процент людей считают, что наведение порядка мыслей в голове является лучшим методом исцеления – большинство любят философствовать; 20% людей, которые ведут личные дневники – 20% людей, которые не являются хозяевами своих мыслей.

Ведение дневника является личным методом самопознания, самосовершенствования и самовоспитания. Человек может посмотреть на себя со стороны и сделать соответствующие выводы. Увидев свои недостатки, мы всегда ставим цель к их устранению. Мы совершенствуемся, а это значит – мы живем. И не просто живем, а живем отличной жизнью.

«Какими прекрасными, какими добрыми были бы люди, если бы они каждый вечер перед сном припоминали события всего дня и решали: что было хорошо, а что плохо! Невольно каждый день они пытались бы стать лучше. Этим способом мог бы воспользоваться каждый. Он ничего не стоит» [2, с. 68]. Анна Франк

### **Список литературы:**

1. Орлов Ю.М. Исцеление философией: основные умств. операции. М.: Слайдинг, 2004. 87 с. (Управление поведением; кн. 2).
2. Франк А. Убежище. Дневник в письмах. 12 июня 1942 – 1 августа 1944 / пер. Ю. Могилевской. Изд. 2003, испр. и доп. версия. Нидерланды: Изд-во Uitgeverij Bert Bakker, 2013.
3. Франкл В.Э. Человек в поисках смысла : [сб.] : Пер. с англ. и нем. / общ. ред.: Л.Я. Гозман, Д.А. Леонтьев. М.: Прогресс, 1990.

## **ПРОБЛЕМА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФИЛОСОФИИ**

**ШИНКАРЕВСКАЯ Анастасия Сергеевна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т

E-mail: [shinkarevskaja-anastasija@rambler.ru](mailto:shinkarevskaja-anastasija@rambler.ru)

Науч. рук.: ст. препод. КГН СГМУ  
**ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович**

В век расцвета науки и медицины пластическая хирургия набирает довольно завидные обороты. Не касаясь медицинских аспектов вопроса, мы поставили **цель**: рассмотреть пластическую хирургию с философской точки зрения, разобраться, как пластическая хирургия влияет на мировоззрение, личность и самооценку человека.

Многие из нас часто задают себе вопрос, что такое истинная красота. С философской точки зрения, красота истинная исходит изнутри. Человек, благодаря своим внутренним качествам и силе характера, может считаться красивым, несмотря на непривлекательные внешние черты. Тем не менее, личность – это сочетание внешних и внутренних черт.

Люди, утверждающие, что им безразлична собственная внешность, как правило, внутри придерживаются противоположной точки зрения. Только немногим совсем безразлична их внешность. Более того, не так уж редко встречается и негативное отношение к своему собственному телу и внешности. Это становится очевидным, когда молодые женщины листают современные журналы мод. Большая часть из нас может справиться с подобным воздействием, но существуют также болезненные состояния, которые возникают под влиянием этих факторов.

Современный человек вряд ли безоглядно будет следовать установленным ранее понятиям о красоте. Он скорее отберет то, что кажется ему более привлекательным, и на этой основе, путем комбинирования, создаст новую субкультуру. Эта свобода выбора – новое явление в нашем обществе. В демократическом обществе мы обычно принимаем концепции: «Вы можете достичь того, чего Вы хотите, только если Вы достаточно усердно работаете» и «У всех есть равные возможности». Зарабатывая деньги и получая удовлетворение от карьерного роста, новых возможностей, мы идем дальше в своих устремлениях. Мы хотим продлить молодость и красоту – и здесь хорошим помощником для нас выступает эстетическая пластическая хирургия.

Появление возможности добиваться социального успеха с помощью пластических операций беспокоит социальных исследователей. Доктор R. Gillespie из школы социальных исследований Университета Портсмута (University of Portsmouth, School of Social and Historical Studies, UK) еще в 1996 г. предположил, что, хотя пластические операции помогают отдельно взятым женщинам добиться успеха, сам по себе бум пластической хирургии может поощрять несправедливость в отношении женщин, как социальной группы.

Пластические хирурги, проявляя осторожность, не поощряя чрезмерную «зацикленность» на внешности, действительно помогают людям избавиться от беспокойства или страдания по поводу внешности. Устранив «инвалидность по внешности», мы получаем высвобождение энергии для более конструктивной деятельности и достижение большей гармонии с нашими внутренними качествами. На данном этапе развития общества можно сказать, что пластическая хирургия актуальна для всех.

Многие не представляют, зачем подвергать себя пластической операции. Поэтому необходимо показать, насколько много может значить операция для психологического самочувствия человека и качества его жизни. Прочитав отзывы пациентов после пластических операций, можно увидеть, как они довольны своей новой внешностью, какое глубокое внутреннее удовлетворение дает результат операции; часто пациенты заявляют, что операция была счастливейшим событием в его жизни. Многие пациенты утверждают что, сделав операцию, они кардинально поменяли свою философию жизни. Они начинают по-другому воспринимать свою жизнь, все в их мире становится осознаннее.



Также бытует мнение, что пластическая хирургия не только кардинально меняет внешность человека, но и его мировоззрение. Люди не осознают, что лицо является частью их личности и, меняя его, они перестают быть собой. Пациенты на уровне подсознания хотят быть другими, им кажется что «получая» новую внешность, они меняют свою жизнь, они будут потрясающе выглядеть, станут успешнее, богаче, будут похожи на своих кумиров. Но подобное желание – признак психологических проблем.

Говоря от пластической хирургии с этой точки зрения, стоит выделить такое понятие как дисморфофобия – это психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела. Больные могут жаловаться на несколько определённых «дефектов», один «дефект», неопределённую особенность или внешний вид, при этом страдают важные стороны жизни больного – способность работать, нормально функционировать в обществе, обслуживать себя. Выделают так же дисморфоманию – это патологическая убеждённость в необходимости хирургической коррекции какой-либо части тела или органа с активным стремлением к исправлению мнимого дефекта. Следует отметить, что данным расстройством страдают некоторые небезызвестные личности.

Такие пациенты ежедневно тратят от часа до нескольких часов на переживания из-за своего недостатка, часто смотрят в зеркало и иные отражающие поверхности, трогают или ковыряют лицо, обильно используют маскирующие средства (парики, декоративную косметику, шляпы с полями, темные очки и т. д.), нередко избегают общественных мест. Такие люди постоянно испытывают трудности в общении с друзьями и партнерами. Косметические процедуры и пластические операции обычно мало помогают этой категории пациентов, так как они либо остаются недовольными результатом, либо находят другой недостаток, дающий повод для переживаний. Таким категориям людей делать пластические операции нельзя по психологическим показателям.

Важно то, что операция пластической хирургии, если она хорошо проведена, может означать для самочувствия пациента больше, чем другие могут это себе представить. Все вышесказанное иллюстрирует воздействие пластической хирургии на самооценку человека. Но это не является рутинным результатом эстетической хирургии. Большинство пациентов воспринимают пластическую хирургию как отличный способ избавиться от того, что их беспокоит. Людям, страдающим от своего внешнего вида, нельзя отказывать в возможности разрешить свои проблемы только потому, что другие люди эти проблемы игнорируют или не воспринимают всерьез.

Однако важно понимать, что многие из упомянутых выше явлений являются результатом существующего тысячи лет врожденного желания человека заботиться о формах своего тела и внешнем виде. Даже при том, что наша современная культура порой преувеличивает эти потребности человека, мы должны признать тот факт, что часть их заложена в нашей природе.

Таким образом, взглянув на пластическую хирургию с точки зрения философии, можно с уверенностью сказать, что в современном обществе для людей важнее внешний облик, а не внутреннее самоощущение. Поэтому многие прибегают к различным операциям, которые, как они считают, изменяют их в лучшую сторону. Но в некоторых случаях это приводит к необратимым последствиям. Человек перестает воспринимать себя как личность, теряет себя в обществе, не хочет принимать себя измененного. И поэтому очевидно и важно найти удачный баланс между внутренними, духовными ценностями в жизни, чтобы не сделать ошибок, которые потом будет очень сложно исправить.

### **Список литературы:**

1. Мартынов В.Ф. Философия красоты. Минск: Изд-во ТетраСистемс, 1999.
2. Столович Л.Н. Философия красоты. М.: Политиздат, 1978.
3. Хеден П. Энциклопедии пластической хирургии. М.: АСТ, 2000.
4. Gillespie R. Women, the body and brand extension in medicine: cosmetic surgery and the paradox of choice // *Women Health*. 1996. №24(4). P. 69–85.
5. Didie E.R., Sarwer D.B. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery // *Womens Health (Larchmt)*. 2003. №12(3). P. 241–253.

# **III. Актуальные проблемы биоэтики**

## **CLONING (ETHICAL ISSUES)**

**AMIT MISHRA**  
Arkhangelsk, Russia  
Northern State Medical University (NSMU)  
Ф-т врача общей практики СГМУ  
(English medium)  
Department of Humanities  
2nd year, 2nd group  
Supervisor: MAKULIN Artem

The term cloning simply means making or production of similar copies of any population which are genetically identical or production of DNA fragments, cells, or any organism. The term cloning comes from the Greek word κλών (klōn, “twig”). The problem of cloning has got a great theoretical meaning for analysis of form and function in relation with the ethics. As we can see a lot of theories put forward to make us understand the basic concept of cloning but the research is still not complete. Many of the social and ethical issues come in the way of proper investigation and research about cloning.

**GOAL OF INVESTIGATION:** The main aim of my investigation is to revise and precise the definition and the fundamental concept and theories about cloning. Research is all about to find out principles, fact and analysis on the basis of scientific facts. Some points are:

1. analysis of theories of cloning
2. finding out the limitations of the cloning.
3. comparison of scientific and social views.
4. examples of cloning

**OBJECT OF INVESTIGATION** – I preferred to investigate about the social and ethical aspect of the cloning and limitation, benefits and consequences of cloning.

**SUBJECT OF INVESTIGATION.** Benefits of the cloning and consequences of the cloning is the most interesting subject to investigate. Our hypothesis was that the cloning is not helpful or it is just an assumption or just a destructive and dangerous thing to do but it is not like that cloning has many benefits too.

### **CLONING AND ETHICS**

World is moving so fast and science has developed a lot of things like cloning for the betterment of our life but we, the society and people are still not able to decide that the thing like cloning is a help or destruction. We are still confused about the uses and side effect of cloning for our world. A part of scientist and people say that this can be the solution for many problems like helping disabled people and creating a parallel world for our goodness but a majority of people and some scientists too believe that the cloning is not good for our world they think that it will be a conflict with the nature.

They think that this will disturb the process and continuous cycle of nature which can lead to many things or destruction too.

Some religious aspects are also include disagreement for cloning. This community of religious peoples think that the everything is controlled by the god itself so we are nothing to make a change in this process.

As every good research some consequences too that is why they think that this can be used by the evil peoples to destruction of this world.

**INITIATION OF CLONING.** Human body consists of stem cell which are the basis of cloning. Stems cells are the building blocks of the body then can mature according to need. Stem cells are immature cells that have the ability to mature into different mature cell types, heart, brain, liver etc. Totipotent stem cells are cells with the potential to form a complete human being if placed in a uterus. In 1998, human embryonic stem (ES) cell lines were established for the first time. On May 19, Woo Suk Hwang and colleagues reported successfully cloning 31 human embryos and produced 11 embryonic stem cell lines from these. The first clone successfully produced was dolly.

**HUMAN CLONING.** Human cloning is very suspicious and illegal practice as it always has a risk of deformities and can be so dangerous but it still have some hope for betterment of life. Human cloning is seems most likely as having twins or exactly same looking persons but in actuality it is much difficult and more complicated. As we know that the twins or two exact copies of peoples are similar it's structure and appearance but they are genetically independent and different from each other but in cloning these clones will be the exact copy of the pre-existing by its genotype because these clones will be the result of same genetic constitution as it's donar.

Theological arguments against cloning Arguments by theologians 28-32 centre on cloning being regarded as [1, 166]:

- overstepping the limits of human dominion
- violating human dignity
- reducing its products to a sub-personal status
- experimenting on human embryos (beings)
- making children as opposed to begetting them
- subverting the uniqueness of human beings
- fostering a reductionistic view of human nature
- militating against the uncontrollability of biological processes.

#### **HYPOTHESIS.**

At the start of my investigation I was thinking that cloning is not that much dangerous or lethal and my study will reveal some new and interesting fact about it and how people think about it. It will be more understandable after this research and ideas of many people.

#### **METHODS OF RESEARCH.**

For getting perfect and accurate result about the fact of cloning among the theories and the people and society I planned to conduct some analysis of the theories about cloning.

And in addition with that I included some of the questions regarding cloning and the people.

I created a general form of questions and asked to 15 Indian and 15 Russian student and I got some interesting answers for this.

(1).do you know what the word cloning really stands for?

- a. Yes
- b. No
- c. Can't Say

(2).what are the type and ways of cloning do you know? Specify.

(3).what are the problems you think in cloning?

(4).specify some ethical issue in cloning?

(5).are there any rumors about cloning?

(6).Religious views play important role in decision about cloning?

- a. Yes
- b. No
- c. Can Not say

(7).what do you think. The our way of getting knowledge and being aware is enough good or not?

- a. Yes
- 2.No
- 3.Good but should be better

(8).is human cloning is good for us?

- a. Yes
- b. No
- c. Sometimes

(9).what are the ethical issues about cloning? Specify.

(10).what do you think ,human cloning should be legal or not?

- a. Yes
- b. No
- c. Sometimes depends on situation

After conducting a discussion on these questions I got many different answers and suggestion and ideas and I made a conclusion depending on the thinking of people about cloning.

**CONCLUSION.** On the basis of my investigation I simply created a view on the topic of cloning and took out a shorter conclusion for this.

I think that the human cloning and simple cloning are still in a risk and they can be dangerous too. In some ways the cloning helps us also but it also can be lethal and can create big problems and confusion. Cloning is still not acceptable among the people and I think this is right because it relates some scientific failure and some religious view of people and this is hard to accept something which is totally opposite to their views... and cloning should not be legalized without proper preparation and proper steps and better research result.

**RESUME.**

My investigation included following steps -

1) Introduction to cloning.

- 2) Actuality of result.
- 3) Goal of my investigation.
- 4) Subject of investigation.
- 5) Object of investigation.
- 6) cloning – a problem or a solution
  - a) cloning and ethics
  - b) initiation
  - c) human cloning
- 7) Hypothesis
- 8) Conclusion
- 9) Resume

### THESIS ON CLONING

Cloning – if we talk about the cloning then we simply say about the method of making copies or creating the identical cells, organs, animals or if possible the human being.

When we look towards the cloning then we suddenly get a point to investigate more about this topic to find out it's reality and it's truth.

Cloning has a lot to do with, as everything it has both the sides, one is positive and the other is negative.

Positive side includes it's uses in our life and in future world and aids to simplify and making a better living level.

Negative side includes it's consequences or side effects, there are many side effects like, its failure rate, creating a imbalance in nature, alter the process of birth and death, some ethical issues are also related with this , this can also be used as a weapon to produce destruction.

Cloning was firstly started in late nineties and then it became popular with a short of time because it has a lot to work with. scientists are continuously making some efforts to get through it. They are trying to make it purposeful .but some ethical threats are also coming in the way which we can not deny. It can create a dream world or it can just destroy it.

For creating a short conclusion for better understandability I made a questionnaire and discussed with many students and took out some results.

Questions	yes	no	other
1)meaning of word cloning-	80%	20%	–
2)religious view about cloning makes difference	60%	20%	20%
3)awareness is enough	20%	70%	10%
4)human cloning good for us	5%	85%	10%
5)human cloning or cloning should be legal	5%	85%	10%

6)what are the types of cloning in your knowledge?

Ans. – human cloning, organ cloning, cells ets.

7)what are main problems in it?

Ans. – mainly some ethical problems and some social problems and some religious problem.

8)specify some ethical issues?

Ans. – issues like natural disturbance, social conflicts, failure of procedure, less trust and less knowledge, some religious view which are related to creatures and creator.

9)should it be legal?

Ans. – No, at this time this can not be legal because there is a lack of knowledge and accuracy and it also includes some negative effects.

#### CONCLUSION.

Above is a summarization of the results of the questions which I discussed with the student of Russian and Indian nationality. I found most of the thinking and ideas about cloning are identical and by this we can conclude that the awareness about cloning and very less and we can not deny it's dangerous side too. I think before having a step forward in this field we should do some better preparation and should think about some preventive methods also which can decrease the risk of any danger. I think at this time human cloning should not be legal because it can lead to some problems.

#### **Bibliography:**

1. Gareth J.D. Human Cloning: a Watershed for Science and Ethics? // Science & Christian Belief. Vol 14, No. 2. P. 166. URL:

[http://www.scienceandchristianbelief.org/serve\\_pdf\\_free.php?filename=scb+14-2+jones.pdf](http://www.scienceandchristianbelief.org/serve_pdf_free.php?filename=scb+14-2+jones.pdf)

2. Javitt G.H., Suthers K, and K. Hudson. Cloning: A Policy Analysis / Genetics and Public Policy Center. Washington DC. Published April 2005. Revised June 2006. URL: [http://www.dnapolicy.org/pub.reports.php?action=detail&report\\_id=4](http://www.dnapolicy.org/pub.reports.php?action=detail&report_id=4).

### **ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ**

**БАЛУЕВА Жанна Евгеньевна,  
ИСМАИЛОВА Рэна Маисовна,  
ПАНИЧЕВА Екатерина Александровна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [rena.94@mail.ru](mailto:rena.94@mail.ru)  
Науч. рук.: препод. КГН СГМУ  
МОРОШКИНА Ирина Сергеевна**

*Деонтология – душа медицины и мудрость врачевания.*

*Врача надо измерять 4 измерениями:*

*1) шириной – его кругозор;*

*2) высотой – образование, науку;*

*3) глубиной – воспитание и самовоспитание;*

*4) мостиком в будущее, т.е. в более нравственное общество.*

*А. Билибин*

Медицинская деонтология – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей [П.А. Леус, 1997]. В XXI в., когда идет бурное развитие научно-технического прогресса в медицине, расширяющее возможности лечебного и диагностического процесса, от медицинских работников требуется высокий профессионализм и умение соблюдать нормы этико-деонтологического общения с коллегами и пациентами, проявлять к ним чуткость, внимательность и сердечность.

Проблема этики и деонтологии в медицине является актуальной по сей день, так как для пациента, поступающего в лечебное учреждение, важно не только лечение, но и первое впечатление, которое произведут на него медицинские работники и само учреждение. Первый контакт пациента с медицинским персоналом в условиях лечебного учреждения имеет особо принципиальное значение, именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения – чувство приязни или неприязни, доверия или недоверия, наличие или отсутствие взаимопонимания. Личность медицинского работника, методы его работы, умение обращаться с пациентами, нахождение индивидуальных подходов к каждому пациенту с психологической точки зрения – все это само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие.

Проблеме медицинской этики и деонтологии посвящено большое количество работ, исследующих взаимоотношения медицинского работника и пациента, медицинского работника и общества, а также отношения медицинских работников между собой.

«Врачебная этика и медицинская деонтология – это выражение высокого долга, общечеловеческой гуманности в специфических условиях профессиональной деятельности», – писал Ю.И. Лисицин [4]. Характеризуя особенности медицины, И.А. Кассирский в своей монографии «О врачевании» отмечал, что «медицина является особым, уникальным родом деятельности, отличающимся в деонтологическом плане необычайной сложностью и многообразием. Врачебный диплом полагает на того, кто его получил, огромную общественную, государственную и человеческую ответственность», ведь человек – наивысшая ценность на свете, поэтому гуманизм в медицине составляет ее этическую основу, её мораль и служит нравственному развитию личности медицинского работника [3].

**Целью** нашей работы мы поставили: Рассмотреть основные проблемы во взаимоотношении медицинских работников с пациентами на примере города Архангельска. Обозначить возможные пути решения данных проблем.

**Для этого необходимо:** провести опрос для выявления удовлетворенности пациентов соблюдением норм и правил этики и деонтологии в лечебных учреждениях Архангельска; проанализировать полученные результаты; предложить варианты решения проблем.

Опрос был проведен среди пациентов города Архангельска в количестве ста человек в возрасте 18–25 лет. Анкета состояла из следующих вопросов:



1. Какими качествами должны обладать медицинские работники? Перечислите наиболее важные для вас (Диаграмма 1)

2. Появлялись ли у вас отрицательные эмоции после посещения врача? Если да, то с чем они были связаны? (Диаграмма 2)

3. Наблюдали ли вы неуважительное взаимоотношение врача и медицинского персонала во время приема? (Диаграмма 3)

4. Оказывались ли вы в ситуациях, когда мотивы материальной и личной выгоды оказали влияние на принятие врачом профессионального решения? (Диаграмма 3)

5. Оказывались ли вы в ситуации, когда врач ставил под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо образом дискредитировал его? (Диаграмма 3)

6. Наблюдали вы хамство в отношении вас со стороны младшего медицинского персонала? (Диаграмма 3).

Полученные результаты представлены в виде диаграмм:

Диаграмма 1

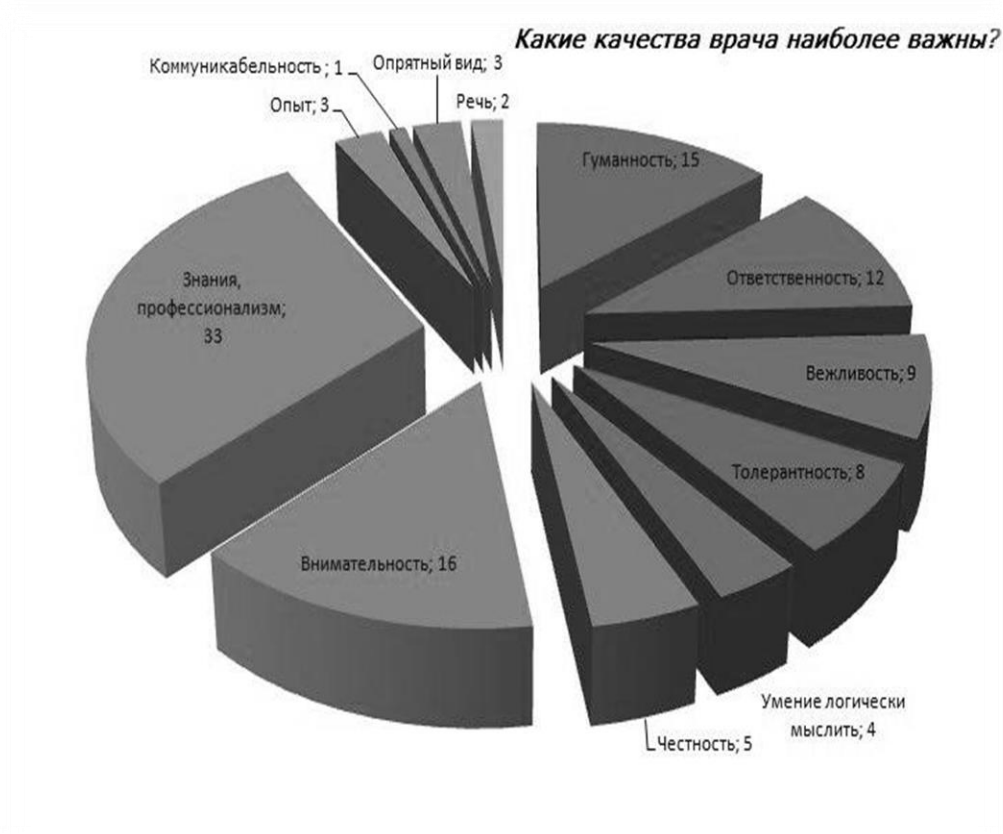
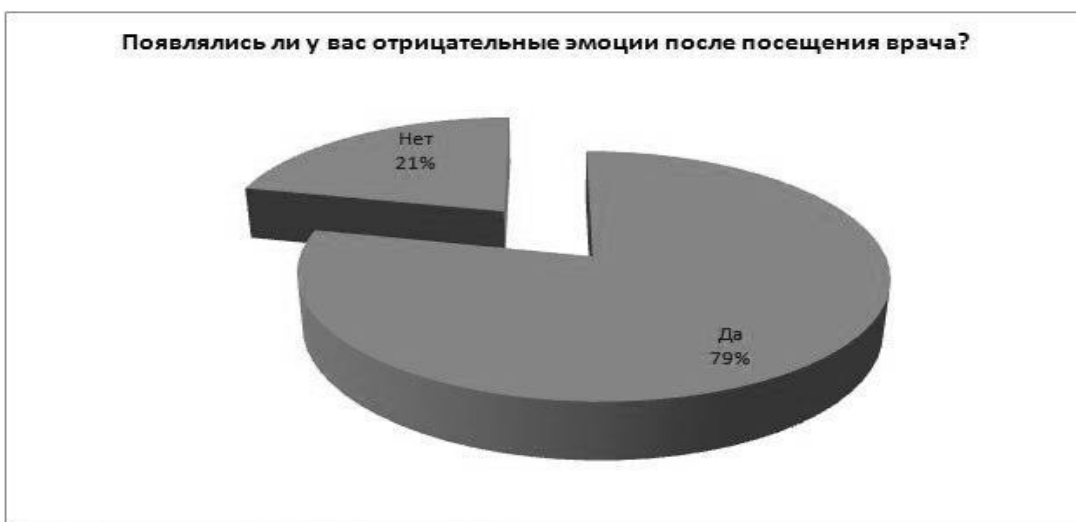


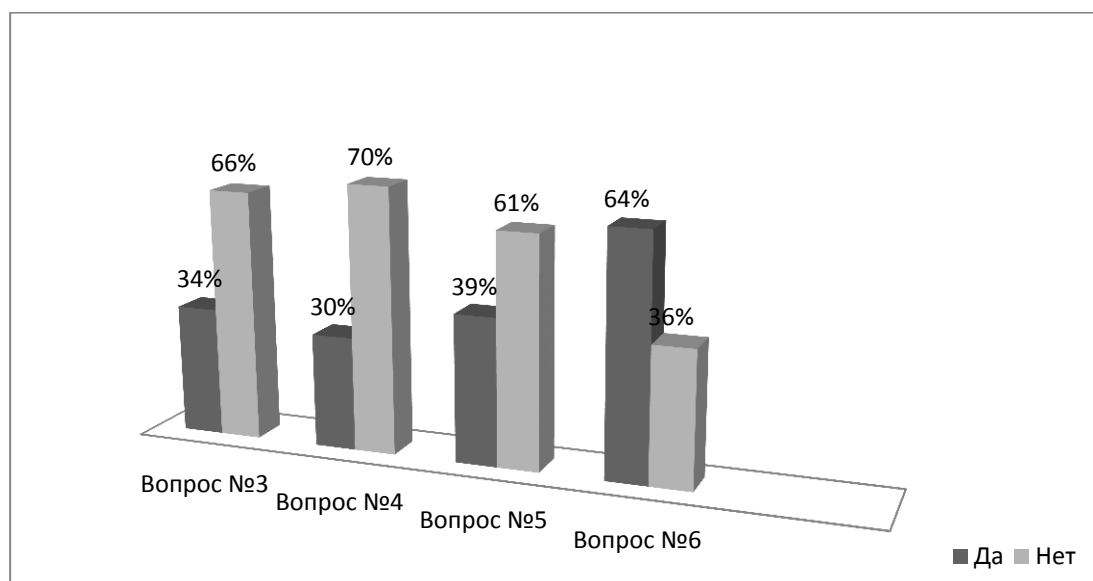
Диаграмма 2



**Отрицательные эмоции связаны с :**

- грубостью
- некомпетентностью
- спешкой
- невнимательностью
- неуважением к пациенту
- неоказанием помощи
- равнодушием
- неспособностью безболезненно проводить манипуляции.

Диаграмма 3



Анализируя ответы опрошенных людей, мы выявили, что многие недовольны отношением к себе в стенах лечебного учреждения. Они отмечают: неуважительное отношение и халатность медработников во время обращения за помощью; отсутствие должного внимания; неумение находить индивидуальный подход, в результате чего пациент испытывает дискомфорт, находясь на приеме.

Чтобы исключить возникновения описанных выше отрицательных эмоций после посещения лечебного учреждения, необходимо соблюдать следующие правила в общении с пациентом:

1. Наиболее важными качествами, которыми должны обладать медицинские работники являются: уважительное отношение к пациентам, желание помочь, внимание, терпение, доброжелательность, профессионализм, вежливость, душевность.
2. Внешний вид, мимика лица, жесты, тембр голоса, грамотная речь с использованием понятий, доступных для понимания пациента – всё это играет важную роль в установлении контакта между врачом и пациентом. Врач должен расположить к себе пациента, сконцентрировать все свое внимание только на нем, и только тогда возникает доверительный диалог, в ходе которого пациент может полностью открыться врачу и сообщить ему о своих проблемах.
3. Медицинский персонал обязан поддерживать уважительные, вежливые отношения внутри коллектива, независимо от настроения или личной неприязни к членам данного коллектива. Недопустимы конфликты, публичное выражение негативных эмоций в присутствии пациента, а также дискредитация другого врача. При общении с коллегами необходимо соблюдать субординацию.
4. Главной целью медицинского работника должно быть сохранение и поддержание здоровья и жизни пациента, а не преследование личной и/или материальной выгоды. Благодеяние – моральный долг медицинского работника.

Современному обществу нужны медицинские работники, сочетающие в себе прочные профессиональные знания с нравственными принципами медицинской профессии, ведь успешность врачевания всегда было и остается соблюдение определенных морально-этических принципов во взаимоотношениях медицинского работника и пациента. Недаром сто лет тому назад медицинская сестра Флоренс Найтингейл очень точно подметила, что: «медицинский работник должен иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезней, техническую – для оказания помощи больным».

### **Список литературы:**

1. Биомедицинская этика: словарь-справочник / под ред. Т.В. Мишаткиной. Минск: БГЭУ, 2007.
2. Кодекс врачебной этики Российской Федерации. URL: <http://www.drmed.ru/novosti-mediciny/kodeks-vrachebnoy-etiki-rf.> (4.11.2013).
3. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина, 1970.
4. Лисицин Ю.И. Медицинская этика, деонтология и биоэтика // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1998. № 2. С. 7–13.
5. Опыт и перспективы преподавания биоэтики при подготовке педиатров и семейных врачей / Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, Е.В. Пшеничная // Здоровье ребенка: науч.-практ. журн. Донецк, 2013. № 1. С. 150–153.

## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ: БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ ДОНОРОМ?

БИРЮКОВА Анастасия Алексеевна,  
МАСЛОВА Валерия Андреевна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [maslova94@rambler.ru](mailto:maslova94@rambler.ru)  
[gugusha\\_0110@mail.ru](mailto:gugusha_0110@mail.ru)  
Науч. рук.: препод. КГН СГМУ  
МАКУЛИНА Евгения Юрьевна

Трансплантация – изъятие жизнеспособного органа у одной особи (донора) с перенесением его другой (реципиенту), например, почки, сердца, печени, лёгкого, костного мозга, стволовых гемопоэтических клеток, волос. Если донор и реципиент принадлежат к одному и тому же виду, говорят об аллотрансплантации; если к разным – о ксенотрансплантации. Трансплантология – это раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации органов, а также перспективы создания искусственных органов. Это – окутанный наибольшим количеством слухов и мифов раздел медицины. Люди верят в «похищения на органы», «черных трансплантологов» и целые сети подпольных «клиник по пересадке органов».

В настоящее время наблюдается огромная потребность в донорских органах. Социологические опросы постоянно показывают, что хотя люди знают о ней, но неохотно соглашаются на использование для пересадки своих собственных органов или органов своих родственников. Современная статистика выяснила, что более 50 тысяч человек в Европе состоят в списках ожидания на операцию по трансплантации. Каждый день 12 из них умирают из-за отсутствия необходимых органов.

В России, по сути, нет пропаганды трансплантологии. Мы решили проследить историю этой науки, определить ее основные направления, выяснить мнение людей по вопросам трансплантологии и попытаться сформировать положительное отношение к ней. Для этого был проведен социальный опрос на улицах города Архангельска.

Первая в мире трансплантация в клинике проведена в 1933 г. советским хирургом Юрием Вороным, он пересадил человеку трупную почку. Другой ученый – Владимир Демихов – в эксперименте выполнил практически все виды трансплантаций: первая в мире пересадка сердца в грудную полость, первая в мире пересадка комплекса «сердце – легкие», изолированного легкого, печени и даже пересадка второй головы собаке. Им же была написана первая в мире монография по трансплантации (Пересадка жизненно важных органов в эксперименте. М., 1960).

Медицина не стоит на месте и за прошедшие годы медики научились успешно пересаживать больным не только почки, но и сердце, печень, легкие, кишечник и другие ткани человеческого организма.

*Какие же существуют системы организации посмертного донорства?*

В мире сложилось две системы организации посмертного донорства. Первая – система испрошенного согласия, при ней на изъятие органов необходимо письменное согласие родственников или наличие донорской карты, которую человек заводит сам. По этой системе работают США, Германия, Великобритания. Вторая – система презумпции согласия [2], согласно которой органы могут быть изъяты из тела умершего, если он при жизни не высказывал возражений против этого. Но близкие должны вовремя поставить об этом в известность врачей. Так работает Россия и почти вся Европа. Только когда умирает ребенок, необходимо спрашивать согласие у родителей и, на основании нашего законодательства, отсутствия необходимых инструкций, мы не можем изымать органы у ребенка. Поэтому приходится пересаживать детям почки, сердце от взрослых и только в подростковом возрасте, когда организм готов принять большой орган. Исключение составляет трансплантация доли печени [3].

### ***Трансплантация = бизнес?***

В России органы могут быть изъяты из тела умершего только с целью трансплантации на безвозмездной основе. Ни один разумный человек, работающий в государственном учреждении (а эти операции разрешены только в государственных клиниках с соответствующей лицензией), не будет заниматься коммерческими вопросами в сфере трансплантации. Органы можно изымать, только если есть неопровержимые доказательства факта смерти головного мозга. Без кровоснабжения мозг умирает через 7–20 минут. Но существуют и глубокие комы, из которых люди выходят. Чтобы избежать ошибки, имеются специальные инструкции: при постановке медицинского диагноза «смерть мозга» необходимо подождать 6 часов, чтобы диагноз принял юридическую силу. Если врачи проводят специальные исследования и видят, что кровотока в головном мозге нет и через 40 минут тоже не наблюдается, они могут не ждать 6 часов и констатируют смерть головного мозга. Кстати, трансплантологам запрещено (!) участвовать в этой процедуре. И если в обычной ситуации смерть человека констатирует лечащий врач, реаниматолог, то в этом случае собирают целый консилиум: разрешение на изъятие органов должен дать главврач больницы и судмедэксперт. Об операции уведомляется прокуратура. Сколько же человек в курсе? В курсе персонал реанимации, в которой умер человек; персонал операционного блока, где проводится операция по изъятию органов; администрация лечебного учреждения; бюро судебно-медицинской экспертизы; лаборатория; водители, которые доставляют все эти анализы; трансплантационные центры, которые готовятся к пересадке, – без всех них такой процесс невозможен. А это очень большое количество людей одновременно. Получается, их всех нужно будет подкупить? Когда вам говорят по телевизору, что трансплантологи затащили кого-то за угол и провели изъятие какого-либо органа, задумайтесь, возможно ли такое? Особенно если учесть, что орган нужно изымать технично, с сохранением всех частей и сосудов – иначе он бесполезен. У каждого органа ограниченный срок жизни после изъятия. Например, печень можно

трансплантировать только в течении 12 часов. Когда вы слышите, что органы отправляются за границу, не верьте! Пока орган доставят – он станет бесполезен.

Если по каким-либо причинам изымаемый орган не получается трансплантировать, его – захоранивают, а не просто выбрасывают.

Нельзя говорить, что трансплантологи готовы добывать органы любой ценой. Протоколы ведения потенциального донора и реанимационного больного абсолютно одинаковы. Иногда так бывает, что бригада трансплантологов приезжает, начинает действовать в соответствии с протоколом и в результате вылечивает пациента.

**Наше исследование.** Нами был проведен социальный опрос на улицах города Архангельска: было опрошено 108 человек, мужчин и женщин в возрасте от 18 до 83 лет.

*Пункты опросника:*

1. Ваше отношение к трансплантации органов.
2. Вы смогли бы стать донором органов посмертно?
3. Вы смогли бы стать прижизненным донором органов для близкого вам человека?
4. Знаете ли вы о презумпции согласия на изъятие органов?
5. Считаете ли вы, что в России необходимо внедрить удостоверение донора органов?

*Возрастная диаграмма:*

18–25 лет – 66 человек (30 мужчин, 36 женщин)

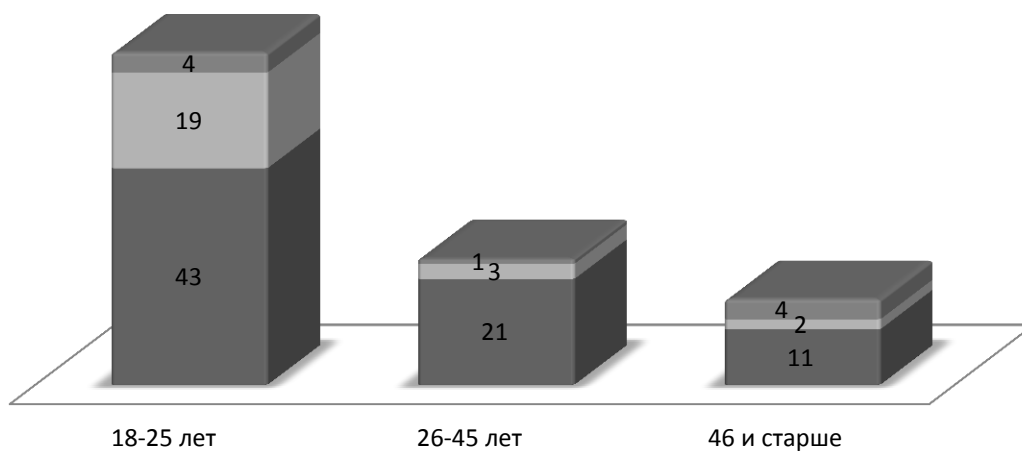
26–45 лет – 25 человек (8 мужчин, 17 женщин)

46 лет и старше – 17 человек (10 мужчин, 7 женщин)



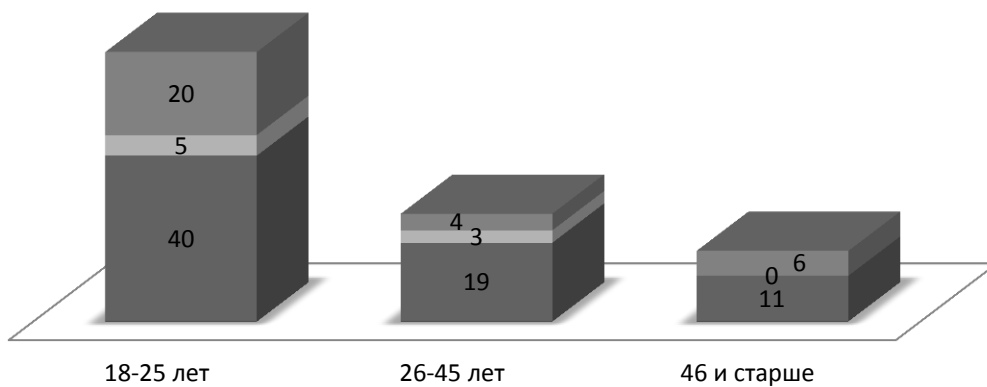
## Отношение к трансплантологии

■ Положительно    ■ Затрудняюсь ответить    ■ Отрицательно



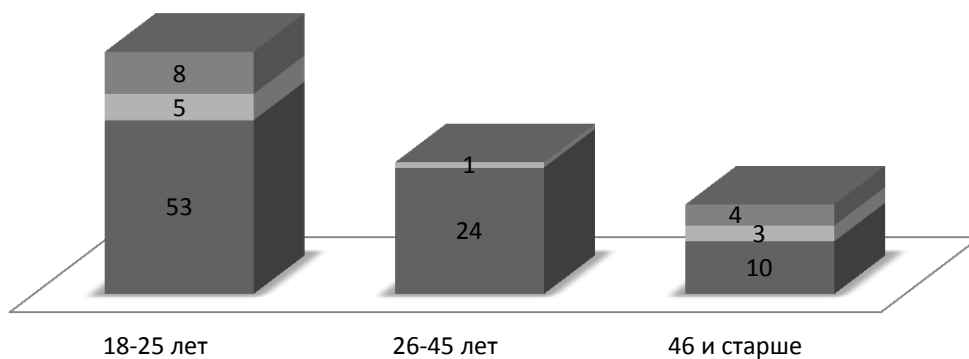
## Готовность стать донором органов посмертно

■ Готов    ■ Затрудняюсь ответить    ■ Не готов



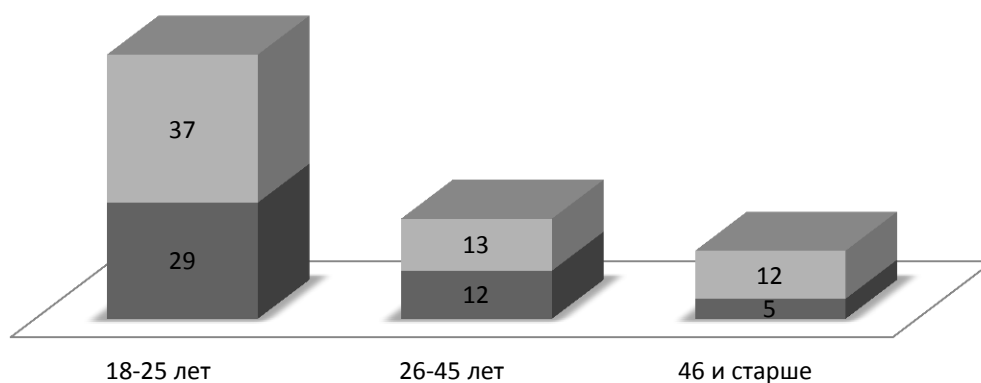
## Готовность стать прижизненным донором для близкого человека

■ Готов   ■ Затрудняюсь ответить   ■ Не готов



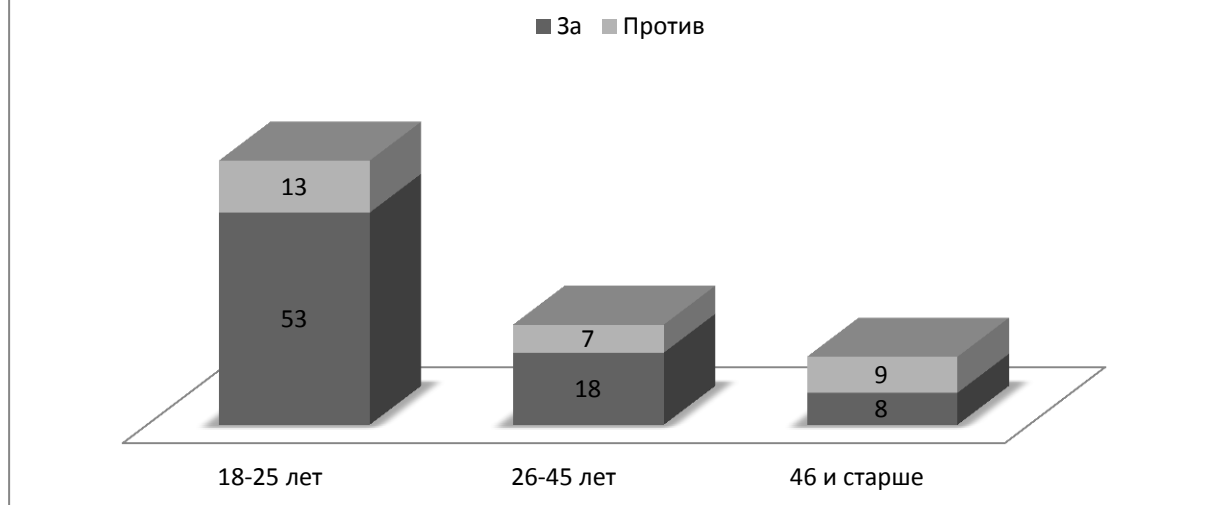
## Знание о презумпции согласия на изъятие органов

■ Знаю   ■ Не знаю





## Мнение о необходимости введения в РФ удостоверения донора органов



На основании результатов исследования, мы сделали следующие выводы об отношении населения к вопросам трансплантологии: многие никогда не задумывались о них, не могут четко обозначить свои позиции по данным проблемам, сомневаются в принятии решений. Вследствие недостаточной осведомленности, люди боятся обмана, торговли органами и т.д. Основными причинами отрицательного отношения к трансплантации чаще всего являются: чувство, что целостность мертвого тела должна поддерживаться; потребность уважать умершего; недоверие к медицине; ощущение того, что трансплантация противоестественна; страх обидеть Бога или природу; мнение о том, что органы продолжают жить в теле другого человека.

Сейчас в России есть всего 19 городов, которые осуществляют донорские трансплантационные программы. Трансплантация почки проводится официально в 34 центрах, но фактически – в двадцати, сердца – только в восьми, печени – в десяти, а поджелудочной железы – в трех. В США – 220 центров, которые выполняют трансплантацию практически всех органов. В России же существует только 8 центров, которые занимаются сразу несколькими видами пересадок.

Лист ожидания – это список пациентов, которые нуждаются в трансплантации. Количество больных, не дождавшихся операции, составляет показатель летальности в листе ожидания. В России эта цифра – почти 60%, в США — около 6% [1; 4].

Если человек против донорства, ему стоит убедиться в том, что его окружают люди готовые поделиться почкой или долей печени. Стоит помнить, что жизнь непредсказуема и, возможно, завтра в листе ожидания окажется кто-то из нас!

Кстати, в Бельгии есть такой закон: если вы запретили использовать свои органы для трансплантации и находитесь в соответствующей базе

данных, то и пересадку при необходимости вам делать не будут. Справедливо, не так ли?

### **Список литературы:**

1. Биомедицинская этика / [В.И. Покровский, В.Н. Игнатьев, Ю.М. Лопухин и др.]; под ред. В.И. Покровского; Рос. акад. мед. наук. М.: Медицина, 1997.
2. Комаров А.А, Исмагилов Ф.В. Презумпция согласия в отечественной трансплантологии: правовые, медицинские, этические и религиозные подходы // Вестник Томского гос. ун-та. 2009. № 329. С. 123–126.
3. Правовые аспекты трансплантологии: учеб.-метод. рекомендации для студентов / сост.: С.Н. Соломатин, Е.В. Соломатина, Я.А. Авксентищева. Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2010.
4. Назаров В.Н. Прикладная этика : учеб. по направлению подгот. «Прикладная этика». М.: Гардарики, 2005.

## **БИОЭТИКА В МЕДИЦИНЕ**

**ГОЙДЖАЕВ Рашид Сулейманович,  
АГАФОНОВА Александра Игоревна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. 2 группа. Стоматологический ф-т  
E-mail: [goydgaev@mail.ru](mailto:goydgaev@mail.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Сегодня все чаще мы слышим новые слова и обороты, такие как «суррогатное материнство», «донорские органы», «эвтаназия», «клонирование». Мы оказались в такой ситуации, когда начало жизни и ее конец перестает быть фактом случая, судьбы. Медицинские технологии перекраивают все предначертанные линии и порождают множество острейших проблем, требующих юридического и морального регулирования. Противоречие биотехнологий и нравственных принципов является современной медициной. Именно в этой области постоянно возникают конфликты и вопросы, ответ на которые ищет все общество [1, с. 121–138].

**Цель исследования:** выяснить значение биоэтики в медицине.

Наука биоэтика относится к исследованию социальных, экологических, медицинских и социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека. В этом смысле биоэтика имеет философскую направленность, оценивает результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии в целом. Биоэтика – молодая наука, возникшая как ответ на угрозы моральному и физическому благополучию человека, порождаемые бурным прогрессом биомедицины. Отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики. Это,

собственно, и объясняет причины ее возникновения как науки именно в последней трети XX в.

Она позволяет найти ответы на сложные вопросы и решить проблемы, возникающие в медицине. К основным из них следует отнести: защиту прав пациентов (ВИЧ-инфицированных, психиатрических больных, детей); справедливость в здравоохранении; взаимоотношения с живой природой (экологические аспекты развития биомедицинских технологий); аборт, контрацепцию и новые репродуктивные технологии (искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке» с последующей имплантацией эмбриона в матку, суррогатное материнство); проведение экспериментов на человеке и животных; выработку критериев диагностики смерти; трансплантологию; современную генетику (генная терапия и инженерия); манипуляции со стволовыми клетками; клонирование (терапевтическое и репродуктивное); оказание помощи умирающим пациентам (хосписы и организации паллиативной помощи); самоубийства и эвтаназии (пассивная или активная, добровольная или насильственная) [3].

Если рассматривать проблему этики в отношениях между врачом и пациентом, то следует отметить, что во все времена она была неотделима от любого вида врачебной деятельности. Современная медицина обладает широким спектром средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному индивиду, но и человеческому роду в целом [3].

Понятие «биоэтика» было впервые использовано американским медиком Ван Ренсселером Поттером. В своей книге «Биоэтика: мост в будущее», изданной впервые в 1971 г., он предложил: «Наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности. Исходя из этого, я предлагаю для ее обозначения термин – Биоэтика» [7].

В известном смысле биоэтика может пониматься как продолжение традиционной медицинской (врачебной) этики, восходящей к Гиппократу. Основное отличие традиционной медицинской этики заключается в ее корпоративном характере, при этом во взаимодействии врача и пациента морально ответственным агентом по сути дела является только врач. Для биоэтики же, напротив, характерна установка на то, что в принятии морально значимых и жизненно важных решений участвуют как врач, так и пациент, следовательно, и бремя ответственности распределяется между обоими партнерами. Как видим, область биоэтической регуляции значительно шире, чем у медицинской этики (см. прил. 1) [8, с. 152].

Возникновение биоэтических принципов привело к формированию новых моделей взаимоотношений медицинского работника и пациента. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношений медицинского работника (врача) и пациента, существующие в условиях современной медицины: информационную (бесстрастный врач, полностью независимый пациент); интерпретационную

(убеждающий врач); совещательную (доверие и взаимное согласие); патерналистскую (врач-опекун) [5]. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (*от греч. deon – должное и logos – учение*) – профессиональной этики медицинских работников. Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность [5].

Развитие биоэтики в России не может вывести отечественное здравоохранение из того кризиса, в котором оно оказалось, но поможет сформировать новые этические правила поведения, ориентированные на нравственные ценности перед профессиональным сообществом медиков, осознать моральные коллизии и дилеммы, с которыми сталкиваются в своей работе биологи, медики, психиатры. Биоэтика необходима как социальная мембрана, через которую проникают в медицинскую практику только те достижения медицинской науки, которые могут принести реальную пользу, и задерживается все то, что, скорее всего, принесет вред [6, с. 11–12].

Таким образом, биоэтика – весьма емкое понятие, предметом которого в настоящее время является нравственное отношение ко всему живому. Она «выросла» из медицинской этики и в этом «разрезе» ее можно понимать как раздел профессиональной этики в области медицины. Отсюда назрела практическая необходимость продуманного, взвешенного перевода ряда наиболее острых, социально значимых биоэтических проблем (например, правила использования стволовых клеток, клонирования, применения нанотехнологий и т.п.) в русло медицинского права.

Прил. 1

<b>Структура биоэтики</b>			
<b>Знания, ценности</b>	<b>Принципы</b>	<b>Проблемы</b>	<b>Социальная практика</b>
медико-биологические	«не вреди!»	врач-пациент	комитеты биоэтические
правовые	«делай добро!»	медицинская тайна	научно-исследовательские центры
этические	конфиденциальности	эвтаназия	
религиозные	уважения автономии личности	в психиатрии	
эстетические	справедливости	в трансплантологии	
экономические	информированного согласия	в технологиях деторождения	
психологические		в медико-биологическом эксперименте	

### **Список литературы:**

1. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского и Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 2002.
2. Биоэтика в медицине и пищевой промышленности: необходимость и смысл нравственного поведения / ред.: Д. Ходжес, С. Тимченко. Киев: Реалис, 2006.
3. Биоэтика: вопросы и ответы / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 2005.

4. Биоэтический словарь: учеб. пособие / сост. В.А. Киселев. 2-е изд., испр. и доп. Екатеринбург: УГМА. 2006.
5. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких [и др.]. М.: Прогресс-Традиция, 2004.
6. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. М., 2002.
7. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев, 2002.

## **НОВЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

**ДЕРЯГИНА Наталья Сергеевна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [natad93@mail.ru](mailto:natad93@mail.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Развитие новых репродуктивных технологий неизбежно повлекло за собой возникновение новых проблем в области биомедицинской этики. Каждая из них порождает свой блок медицинских, юридических, этических вопросов, большинство из которых не имеют общепризнанного решения. К наиболее спорным морально-этическим вопросам в данной области можно отнести: правовой статус эмбриона человека; правомочность и допустимые пределы манипуляций с половыми клетками и эмбрионом человека с лечебно-медицинскими и исследовательскими целями.

**Цель** нашего исследования: Изучить новые репродуктивные технологии в медицине со стороны биоэтики.

Новые технологии рождения человека относятся к наиболее обсуждаемым проблемам биоэтики. Главным в дискуссиях является определение срока, на котором эмбрион может рассматриваться существом, обладающим всеми правами человека.

Предлагаются, как правило, следующие варианты: момент слияния мужской и женской половых клеток; 14-й день внутриутробного развития – начало формирования первичной полоски, элементов нервной системы; 30-й день – начало дифференцировки центральной нервной системы; 7–8 неделя, когда эмбрион начинает реагировать на раздражение; 30-я неделя – начало активности головного мозга.

Каждая перечисленная веха обосновывается достаточно серьезной аргументацией, как рубеж становления человека. В литературе обсуждается проблемы анонимности донора и реципиента; возможность получения информации о доноре и реципиенте; родительские права доноров половых клеток и эмбрионов; право совершеннолетних детей иметь информацию о «биологическом отце».

Технологии репродукции человека таковы:

- искусственная инсеминация – искусственное оплодотворение спермой мужа или донора;
- экстракорпоральное оплодотворение – оплодотворение вне организма с последующим переносом эмбриона в матку женщины;
- «суррогатное материнство» – яйцеклетка одной женщины оплодотворяется вне тела, а затем эмбрион переносится в матку другой женщины для вынашивания [4].

Рассмотрим более подробно данные методы репродукции человека, а также проблемы, с ними связанные.

### *1. Метод искусственной инсеминации и проблемы морали.*

Метод искусственной инсеминации заключается во введении сперматозоидов в матку при отсутствии полового контакта, то есть с помощью технических средств. Искусственное оплодотворение бывает гомологичным, спермой мужа (ИОМ), и гетерологичным, спермой донора (ИОД). Та же классификация применяется и к яйцеклетке. При гомологичном оплодотворении яйцеклетка имплантируется женщине, у которой взята, при гетерологичном – другой женщине.

Гомологичное оплодотворение при успешном развитии плода не вызывает особых проблем. Поскольку биологические и социальные родители совпадают, нет противоречий с моральными принципами семейных отношений. Гетерологичное оплодотворение, наоборот, порождает много сложных вопросов, которые требуют рассмотрения со стороны этики.

ИОД как терапевтическое вмешательство – это воздействие на «бесплодный брак». Но как можно лечить брак, семью? Только в метафорическом смысле.

Если нравственный характер безвозмездного донорства крови в настоящее время практически не вызывает сомнений, то относительно донорства половых клеток наблюдаются противоречивые оценки.

Позитивные: как и любое другое донорство в медицине, это – проявление альтруизма; оно оправдывается счастьем семей, в которых с его помощью родились дети, и т. д. Негативные: это безответственное отношение к высшему дару (Бога, Природы), которым обладает всякий здоровый человек, – дару продления жизни; это элементарная распущенность и свидетельство невысокого нравственного уровня человека; это проявление эгоизма или способ компенсировать свою физическую непривлекательность; в нем могут участвовать лица со скрытыми гомосексуальными наклонностями и психическими расстройствами и т. д.

В практике искусственной инсеминации, особенно ИОД принцип «не навреди» оказывается особенно значимым. Тут мы сталкиваемся с трудностями и противоречиями.

1. В «Заявлении-обязательстве донора», которое он подписывает, в частности, говорится: «Обязуюсь... не скрывать перенесенных мною известных мне заболеваний, а также сообщать правдивые сведения о моей наследственности...»

Как видно, соблюдение врачами принципа «не навреди» в определенной степени зависит не от них, а от честности, порядочности донора.

2. Риск пренебрежения принципом «не навреди» возрастает там и тогда, где и когда имеет место недостаточное (с точки зрения международных стандартов) по объему и качеству медицинское обследование доноров.

3. В Инструкции МЗ РФ, регулирующей ИОД (1993), говорится, что следует учитывать пожелания супружеской пары в отношении национальности донора и основных черт его внешности (рост, цвет глаз, волос, форма лица).

В то же время супруги – заявители, принявшие решение об ИОД, так или иначе должны представлять, что рождение ребенка во многом зависит от «генетической лотереи».

Достаточно сложным в этическом плане является вопрос о вознаграждении доноров спермы (или яйцеклеток). Торговля органами и тканями повсюду считаются безнравственными. Однако сумма вознаграждения донору спермы может интерпретироваться как компенсация за потраченное время и доставленные неудобства (в т. ч. морального характера).

В этических рекомендациях Международной федерацией гинекологии и акушерства, говорится, что «донорство генетического материала должно быть альтруистическим и свободным от коммерческой эксплуатации». При этом «считается приемлемой разумная компенсация за обоснованные затраты». То есть такую компенсацию можно полагать этически оправданной.

Можно, если бы не строки «Заявления-обязательства донора»: «Я предупрежден, что оплата образца спермы не будет производиться в процессе донорства, если показатели спермограммы не будут соответствовать норме». Из приведенных слов следует, что плата, получаемая донором, оказывается ценой качественной спермы человека. Что это, как не купля – продажа донорского материала?[8].

Таким образом, донорство генетического материала значительно отличается по статусу и последствиям от донорства крови, которое признано безусловно моральным. С одной стороны, любое донорство в медицине считается актом благотворительности. В данном случае бесплодные семьи обретают смысл жизни и счастье – у них рождаются дети. Выгодно это и обществу. Как вариант решения проблемы, представляется рациональным предложение распространить на донорство гамет законы о донорстве крови и органов. В таком случае донорство гамет обрело бы статус терапевтической помощи и, следовательно, стало бы бесплатным и анонимным.

С другой стороны, нельзя не учитывать аргументы противников этого вида донорства. Искусственное оплодотворение, считают они, есть безответственное отношение к высшему дару каждого здорового человека – участвовать в сотворении и продлении жизни. Это способ обмануть природу, скрыть свою физическую неполноценность. Это опасно для общества и

будущих поколений, ибо невозможно гарантированно предотвратить участие лиц с психическими, сексуальными, наследственными дефектами [5, с. 53].

*2. Экстракорпоральное оплодотворение и связанные с ним морально-этические проблемы:*

Почти каждый этап применения метода экстракорпорального оплодотворения требует решения сложных моральных проблем. Допустимо ли в принципе манипулирование гаметами человека? Оправдан ли выбор пола? Что делать с избыточными оплодотворенными яйцеклетками? Могут ли «лишние эмбрионы» стать материалом донорства, объектом научных исследований? Ряд этих и подобных вопросов продолжают активно обсуждаться.

В «Положении об оплодотворении *in vitro* и трансплантации эмбрионов», принятом Всемирной Медицинской Ассоциацией в 1987 г. говорится, что применение метода ЭКО оправдано, когда другие методы лечения бесплодия неэффективны. Этот метод может быть полезен как для отдельных пациентов, так и для общества в целом, не только регулируя бесплодие, но и способствуя исчезновению генетических заболеваний. С этических позиций метод ЭКО оправдывается тем, что реализует неотъемлемое право женщины быть матерью, иметь ребенка.

В соответствии с рекомендациями отечественной Инструкции по применению метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, стадии 2, 4, 8 бластомеров считаются оптимальными для переноса в матку. На этой стадии от манипуляций с гаметами медики переходят к манипуляциям с эмбрионами. При этом приходится сталкиваться с теми же философскими и моральными вопросами, что и в связи с искусственным прерыванием беременности.

При донорстве яйцеклетки возникает вопрос – кто должен считаться матерью родившегося ребенка? В ряде стран (Болгария, некоторые штаты Австралии и др.) матерью признается женщина, родившая ребенка. По российскому законодательству матерью считается не женщина – донор яйцеклетки, а женщина, давшая письменное согласие на имплантацию ей эмбриона [6].

Новые этические вопросы ставит и реальная возможность выбора пола ребенка, возникающая в случаях экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона. В связи с этим в «Положении» Всемирной Медицинской Ассоциации говорится: «ВМА рекомендует врачам воздерживаться от вмешательства в процесс воспроизводства с целью выбора пола плода, если это делается не для того, чтобы избежать передачи серьезных заболеваний, сцепленных с полом». К сожалению, в нормативных документах, регулирующих такую практику в нашей стране, вопрос о выборе пола плода никак не отражен.

*3. Суррогатное материнство и биоэтика.*

Вокруг данного метода давно ведутся споры. В этом случае яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион переносится в матку другой женщины – «матери-носительницы», «женщины-донора»,



«временной матери» и т. п.; при этом социальной матерью – «арендатором», нанимателем – может быть либо та женщина, которая дала свою яйцеклетку, либо вообще третья женщина.

Таким образом, юридические и этические сложности суррогатного материнства хорошо демонстрируют следующий факт: у ребенка, родившегося таким способом, может оказаться 5 родителей: 3 биологических (мужчина-донор спермы, женщина-донор яйцеклетки, женщина-донор утробы) и 2 социальных (кто сделал заказ).

Привлекательность суррогатного материнства в случаях, когда причиной бесплодия является отсутствие матки у женщины, очевидна. Известны случаи, когда своеобразную донорскую функцию «матери-носительницы» выполняла мать или сестра страдающей бесплодием женщины. Следует обратить внимание на то, что родственные связи при этом оказываются очень запутанными – «мать-носительница» оказывается в определенном смысле как матерью, так и бабушкой родившегося ребенка, а также не только матерью, но и сестрой женщины – «заказчицы». Чаще такая практика осуществляется на основе контракта, который предусматривает оплату услуг «женщины – носительницы» и юриста, составляющего контракт.

О возникающих в данной области морально-этических проблемах свидетельствует судебный спор, имевший место в 1987–1988 гг. в США: несмотря на заключенный контракт, «суррогатная мать» Мэри Уайтхед отказалась отдать ребенка супругам Стернам (яйцеклетка принадлежала Элизабет Стерн, а сперма – ее мужу Уильяму Стерну). Первая судебная инстанция лишила Мэри Уайтхед материнства и передала родительские права Стернам. Однако спустя 10 месяцев Верховный суд штата Нью-Джерси решил это дело иначе, сохранив права Стернов на опеку и наделив Мэри Уайтхед правами матери-визитера. Особо следует подчеркнуть, что окончательным решением суда контракт по поводу суррогатного материнства был признан недействительным как противоречащий закону и унижающий человеческое достоинство женщины.

В таком же духе выступают и другие противники «суррогатного материнства», говоря о нем, как о превращении женщины в «живой инкубатор», «биопрепарат», как о новой форме торговли своим телом и т. д. Впрочем, не менее энергичны и аргументы защитников данного метода. Многие из них считают, что женщина, решившая взять на себя роль «временной мамы», может идти на это не только из материальных, но и из гуманных соображений. Согласно российскому законодательству, как и во многих европейских странах, от суррогатной матери требуется согласие на то, чтобы «заказчики» были объявлены родителями ребенка.

Итак, огромные возможности для технологического вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни открывают достижения современной биологической науки. Применение новых биомедицинских методов, с одной стороны, дает многообещающие возможности, с другой же – представляет вполне реальную угрозу не только для физического здоровья,

но и для духовной целостности человека, для сохранения нравственных устоев общества.

### **Список литературы:**

1. Айвар Л.К. Правовое положение суррогатного материнства в России. Пробелы законодательства // Юрид. мир. 2006. № 2. С. 28–35.
2. Балашов Н., протоирей. Репродуктивные технологии: дар или искушение // Православие и проблемы биоэтики / Моск. Патриархат. Церк.-обществ. Совет по биомед. этике. М.: Правосл. медико-просвет. центр «Жизнь», 2001. Вып. 1 (1998–1999). [электронный ресурс]. URL: <http://www.opvr.ru/books.htm>
3. Борисова Т.Н. Актуальные вопросы законодательной и правоприменительной практики суррогатного материнства // Социальное и пенсионное право. 2008. № 1. С. 15–16.
4. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
5. Никитин Е.Н. Бесплодие. Что предлагает медицина? Правовые аспекты. М.: Эксмо, 2008.
6. Печугина Е. Эко невидаль // Родительский дом. 2007. № 38 (23 дек.). С. 6.
7. Синдром гиперстимуляции яичников // Бесплодный брак: современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
8. Филиппов О.С. Вспомогательные репродуктивные технологии: взгляд через призму биоэтики // Проблемы репродукции. 2004. № 2. С. 38–40.

## **ЭТИКА МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА: ЮРИДИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**ДРОЧНЕВА Екатерина Сергеевна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [droc.katerina@yandex.ru](mailto:droc.katerina@yandex.ru)

Науч. рук.: ст. препод. КГН СГМСУ  
**ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович**

Медицинские исследования невозможно проводить без экспериментирования. Любое новое открытие требует экспериментального подтверждения. Но при этом становится острым вопрос о необходимости ограничения и рационализации экспериментов, разработки и соблюдения определенных этических норм и правил.

**Цель** нашей работы: изучить этические и правовые аспекты проведения медицинских экспериментов на людях и на животных.

1). Эксперименты на людях:

Медицина – та область человеческой деятельности, где каждое новое открытие означает если не сохранение жизни, то хотя бы облегчение тяжких

недугов для множества людей. Однако, при изучении каждого нового открытия на определенной стадии исследования возникает необходимость проверить на человеке средство или метод, результаты действия которых невозможно с достоверностью предвидеть. Это значит, что не остается ничего иного, как сознательно подвергнуть человека или даже группу людей неведомым, возможно, опасным и вредным воздействиям.

Таким образом, опыт на человеке – это целенаправленная медицинская деятельность, которая должна проверить на живом человеческом организме гипотезу с целью получения новых биомедицинских данных в области теории, либо с целью профилактики, диагностики, терапии и реабилитации, причем применяемый метод не признан до сих пор общепринятым.

Полностью избавиться от риска в таком медицинском исследовании невозможно, но необходимо соответствующим образом снизить его и обосновать, чтобы человек не стал объектом недостаточно подготовленных опытов, либо слишком долгой проверки методов с более вредными последствиями, чем первоначально предполагалось. Соблюдение этих требований должны гарантировать, прежде всего, правовые нормы, последовательно охраняющие человека, на котором испытываются новые средства или методы лечения.

С правовой точки зрения эксперимент можно охарактеризовать как вмешательство в личные права человека, совершаемое в связи с исследованием в области медицины.

Критериями правомерности проведения медицинских экспериментов с участием людей в качестве испытуемых являются:

1. Соответствие нормам действующего законодательства;
2. Добровольное информированное согласие дееспособного испытуемого на проведение эксперимента;
3. Соблюдение прав и законных интересов пациента;
4. Научная обоснованность испытания;
5. Достаточность клинической (лабораторной) базы;
6. Квалификация врачей-исследователей;
7. Приоритет интересов участника эксперимента над целями работы (минимизация риска);
8. Заключение этического комитета;
9. Адекватная компенсация участникам медицинского эксперимента

При наличии всех указанных критериев медицинский эксперимент может считаться правомерным и защита прав и законных интересов испытуемых будет выражена в максимальной степени.

Нравственный принцип, заключенный в документах, утверждает: каждый человек имеет право на достойное лечение, это право принадлежит любому и не может быть отменено никакими соображениями относительно общественной пользы, вклада в общее благосостояние или прогресса в медицинских науках.

## 2) Эксперименты на животных:

Бурное развитие медико-биологических исследований в XX в. привело к тому, что в настоящее время в мире ежегодно используется более 100 миллионов экспериментальных животных. В связи с этим, а также с усугублением общепланетарного экологического кризиса, встает вопрос о необходимости ограничения и рационализации экспериментов на животных с целью уменьшения вреда, наносимого человеком окружающему его животному миру, а также о необходимости разработки и соблюдения определенных этических норм и правил по отношению к подопытным животным.

В России проект «Закона о защите животных от жестокого обращения» принят Государственной Думой в первом чтении в июле 1998 г. Проектом предусматривались принципы защиты животных от жестокого обращения, нормы обращения с дикими и домашними животными при их содержании. В законе имеются статьи, запрещающие причинять страдания используемым в экспериментах животным. Статьи закона устанавливают ответственность органов государственной власти, юридических и физических лиц за невыполнение требований по ограждению животных от жестокого обращения.

В целом в настоящее время доминирует мнение, что эксперименты на животных необходимы для прогресса медицинских и биологических наук, а также здравоохранения, но должны проводиться с соблюдением определенных нравственных норм. Требование этичности эксперимента стало обязательным условием его проведения во всех странах и служит показателем цивилизованности страны.

Предварительный вариант таких правил, разработанных комиссией по биоэтике Государственного научного центра РФ «Институт медико-биологических проблем», приводится ниже.

#### I. Общие положения при проведении экспериментов с животными:

1. Эксперименты на животных должны быть обоснованы с позиции их значимости для решения медико-биологических проблем космонавтики и получения новых знаний в области биологии и медицины.

2. Экспериментальная нагрузка на животное не должна быть завышена. Дублирование эксперимента должно быть исключено.

II. Правила отбора животных и проведения экспериментов с использованием животных:

1. Для экспериментов следует отбирать здоровых животных (предпочтительно чистые линии), свободных от патогенной микрофлоры.

2. Экспериментальные животные должны быть обеспечены стандартными общепринятыми условиями содержания и питанием в соответствии с установленными требованиями.

3. Необходимо предусмотреть критерии для своевременного вмешательства в эксперимент, если последний сопровождается болезненными или стрессирующими процедурами, действие которых перекрывает эффект изучаемого фактора.

4. Экспериментальные вмешательства, в том числе и хирургические операции, следует выполнять с применением надлежащих седативных, анальгетических или наркотических препаратов в соответствии с нормами, принятыми в ветеринарной практике.

Нельзя проводить хирургические операции и другие болезненные процедуры на обездвиженных с помощью релаксантов животных, не получивших полноценного обезболивания или наркоза.

5. Запрещается использование животных в экспериментах, причиняющих боль и страдания, более одного раза. Повторное использование животных в таких экспериментах разрешается только в крайних случаях и требует специального разрешения комиссии.

6. В послеоперационный период животное должно получать квалифицированный уход и ветеринарную помощь.

Итак, использование экспериментов в медицине затрагивает этические и правовые нормы, но невозможность развития науки без экспериментирования заставляет разработать свод правил их проведения, максимально их рационализировать.

#### **Список литературы:**

1. Власов В.В. Международные этические требования к медицинским исследованиям с участием человека // Терапевтический архив. 1996. Т. 68, № 1. С. 58–64.
2. Лопухин Ю.М. Биоэтика // Вестн. АМН СССР. 1993. № 9. С. 41–47.
3. Нежметдинова Ф.Т., Исланова Н.Н. Право и медицина: биоэтические основы : учеб. пособие. Казань: Дом Печати, 1998.
4. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы: [учеб. пособие для мед. и фармацевт. вузов]. М.: ЗАО «Литера», 1997.

#### **ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ: КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

**КАНЕВА Лидия Анатольевна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: 19\_lidok\_93@mail.ru  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Проблема позднего деторождения и бесплодности набирает обороты в XXI веке. В современном обществе все больше супружеских пар не могут зачать ребенка. Но причин этого явления множество. И наиболее часто звучит слово – бесплодие, то есть неспособность зрелого организма воспроизводить потомство. Бесплодным считается брак, когда беременность не наступает после одного года жизни супругов без применения

противозачаточных средств. Бесплодие может быть мужским (30%) и женским (70%). У женщин также различают первичное (женщина не имела ни одной беременности) и вторичное (наступает после родов или абортов) бесплодие. Оно может быть абсолютным, когда беременность невозможна в силу различных причин, и относительным, когда беременность может наступить после устранения причин бесплодия.

В начале XXI века молодые женщины все чаще делают выбор в пользу карьеры, а не детей, ставят на первое место положение в обществе, материальное благополучие и карьеру, а зачатие производят уже в позднем возрасте, иногда с помощью донорской спермы и ЭКО. Делают они это потому, что не хотят связывать себя серьезными отношениями с мужчинами. Такому явлению социологи и медики Австралии дали название «социальное бесплодие». Данный термин означает нежелание иметь детей. Это – осознанный выбор женщины. Как считают психологи, нежелание не может называться болезнью. Таких женщин психологи называют «чайлдфри», что дословно переводится как «свобода от детей». Психологи и медики всех стран стараются выяснить причину того, что подталкивает здоровых женщин в репродуктивном возрасте отказываться от беременности, которая так желанна для тех, кто действительно не может иметь детей.

Официальной статистики по поводу бесплодия нет, но приведены приблизительно такие показатели. В России признаны бесплодными 6 млн. женщин и 4 млн. мужчин, что составляет около 15% семейных пар. В большинстве случаев это бесплодие является относительным и его причины могут быть устранены. Около 2% пар можно считать абсолютно бесплодными. Бесплодные женщины готовы на все, чтобы родить ребенка. Они не жалеют ни денег, ни времени на обследования и лечение.

**Целью** нашей работы стало выяснение проблемы эмоционального состояния бесплодных женщин, попытка понять причины добровольного отказа от беременности и выявление роли общества по отношению к бесплодным женщинам.

Психологи считают, что женщина сама ставит себе преграды в обзаведении потомством. После неудачных попыток забеременеть, женщины теряют чувство уверенности в себе, начинают думать, что они не женщины, «уродки» и т.д. Пессимистичный характер мыслей вызывает апатию, истерики, ненависть к окружающему миру. Весь смысл существования у них сводится к детям, а без детей смысла жизни уже нет. Все эти чувства может испытывать женщина, которая узнает, что она бесплодна. Она не понимает тех, кто может иметь детей, но выбирает что-то другое.

Издравле женщина являлась хранительницей домашнего очага и уюта, а мужчина – добытчиком. Но в современном обществе женщины переосмыслили свои ценности и потеснили мужчин. Они стали работать и подниматься по карьерной лестнице, но домашние и семейные дела с них никто не снимал. Женщина несет двойной груз обязанностей, что приводит к физическому и эмоциональному истощению. Поэтому многие деловые женщины делают выбор в пользу карьеры. Бизнес-вумен – современное

понятие о женщине в бизнесе. Они с головой погружаются в работу, стремятся достичь всего большего, а создание семьи уходит на второй план.

При обсуждении причин этого женщины считают, что современное общество требует самореализации. Некоторые говорят о материальном обеспечении, другие – о неприятии обществом неработающую мать. Но у многих современных народов считается нормой, когда женщина выходит замуж, рождает детей и становится хранительницей очага. Она не работает и воспитывает детей. Родственники и окружающие поддерживают ее. Это ее достижение, это то, чем она может гордиться.

Большинство наших соотечественниц полагает, что для уважения общества ей недостаточно выйти замуж и родить детей. Общество не будет воспринимать ее всерьез. В современном мире положение в обществе ставится на незаслуженно высокую ступень. Наличие корочки о высшем образовании обязательно. Занимаемая должность определяет отношение к человеку. Для того, чтобы достичь этого, женщины откладывают беременность до момента, когда они будут уважаемы в обществе.

В современном мире женский пол перестал быть робким и неуверенным, перестал нуждаться в защите. Соответственно и требования к мужскому полу стали значительно выше. Теперь не мужчины выбирают спутницу жизни, а женщины выбирают себе спутника. Достойную пару составить очень сложно и многие женщины откладывают беременность по причине отсутствия партнера.

Еще одной из причин социального бесплодия является «дороговизна» содержания ребенка. Обзавестись детьми для многих пар становится равноценным приобретению дорогостоящего живого «гаджета», что соответственно скажется на материальном благополучии пары. Культ нарциссизма и эгоизма заставляет откладывать рождение детей. В возрасте 40 лет такие женщины вынуждены прибегать к донорской сперме и ЭКО. Социальное бесплодие впоследствии может стать физиологическим бесплодием, поздние попытки забеременеть не всегда удачны.

Итак, бесплодие – актуальная проблема современности. Абсолютное физиологическое бесплодие встречается редко. Относительное физиологическое бесплодие усугубляется психо-эмоциональным состоянием женщины, что понижает шансы избавления от причины неспособности иметь детей. Термин «социальное бесплодие» официально не существует. Социально бесплодными женщины становятся вследствие влияния современного общества. Социальное бесплодие может стать причиной физиологического бесплодия.

### **Список литературы:**

1. Евсевичева И.В., Лунова Л.Н. Представления работающих семейных женщин о карьере // Вестник Моск. ун-та. Серия 14: Психология. 2005. № 1. С. 39–49.
2. Турецкая Г.В. Деловая активность женщин и семья // СоцИс. 2001. № 2. С. 67–73.

3. Clark L. Childless women 'vilified by bosses': Why NOT having a family could ruin your career // Mail Online. 2009. 18 May (<http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1183895/Childless-women-vilified-bosses-Why-NOT-having-family-ruin-career.html>)
4. Hill A. Personality types affect women's approach to childbirth // The Guardian. 2010. 26 July ([www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jul/26/personality-types-women-childbirth-study](http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jul/26/personality-types-women-childbirth-study))

## **ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЁЖИ К АБОРТАМ (НА ПРИМЕРЕ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г.АРХАНГЕЛЬСКА)**

**ЛОЧЕХИНА Евгения Борисовна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [logYginya@yandex.ru](mailto:logYginya@yandex.ru)  
Науч. рук.: препод. КГН СГМУ  
МАКУЛИНА Евгения Юрьевна

Отношение человека к жизни является одним из важных аспектов по отношению к жизни вообще. В настоящее время наблюдается некое обесценивание жизни. Это ярко проявляется в проблеме абортов, которую медицина пытается решить с помощью контрацепции. Проблема тесно связана с социальными, культурными, мировоззренческими взглядами общества. Огромную роль играет воспитание, которое человек получает в семье.

В России, где социальные проблемы не всегда разрешимы, вопрос аборта особенно актуален. В нашей работе была поставлена цель: выявить отношение к абортам молодежи Архангельска в возрасте от 16 до 24 лет. Для ее достижения были поставлены задачи:

1. Выявить основные критерии, по которым молодежь города Архангельска в возрасте от 16 до 24 лет поддерживает совершение абортов или является их противником; 2. Проанализировать литературные источники по темам: воспитание будущих родителей; взгляды современной молодежи на семью и причины отказа от рождения детей, причины совершения абортов. 3. Провести анкетирование по этим темам и проанализировать его результаты.

Источком жизни каждого человека является семья. Очень важно, в какой атмосфере будет воспитываться ребёнок, как его примут в семье, как будут относиться к нему, пока он в утробе матери. Большое количество разных факторов повлияет на дальнейшее здоровье ребёнка, его становление в обществе уже во взрослой жизни. Вся жизнь человека «от младенческой и до старческой немощи, или от зачатия до посмертного поминовения» [3, с. 7] связана с семьёй. Отмечено, что существует потребность в детях. Она



«является социально-психологическим свойством социализированного индивида, проявляющемся в том, что без наличия детей и подобающего их числа индивид испытывает затруднения как личность» [5, с 368].

Семья, в которой воспитывается ребёнок, имеет тесный контакт с другими семьями, с определёнными социальными группами. В зависимости от того, какие ценности преобладают в окружении будущих родителей, такие ценности закладываются и в нём самом. Очень важно, чтобы ребёнок видел положительные стороны жизни, видел, как родители вместе преодолевают трудности, поддерживают друг друга в самые тяжёлые моменты жизни, радуются и скорбят вместе.

Можно выделить шесть категорий, являющихся важными в семье, это: биологическая, психологическая, экономическая, социокультурная, правовая и религиозная.

Биологическая категория характеризуется физической преемственностью и продлением человеческого рода. Необходимо обратить внимание на процесс зачатия будущего ребёнка не просто, как результат «акта половой любви» [3, с. 10], но и создание новой жизни, которая будет иметь свою неповторимую судьбу. Здесь важно бережное отношение к физическому и моральному здоровью будущих матери и отца, грамотное принятие родов, забота и уход за младенцем, а в дальнейшем – за растущим ребёнком. Очень точно и лаконично об этом сказала Мать Тереза: «Каждый зачатый ребёнок сотворён по образу Божию для великого дела: любить и быть любимым» [3, с. 11].

Психологическая структура семьи тесно связана с биологической. Человек не просто психофизиологически привязывается и подстраивается к партнёру, он начинает его чувствовать, может ставить себя на его место.

Полноценная семья является «открытой», коммуникабельной системой в обществе. Эта открытость возникает благодаря необходимости общения с другими людьми, невозможности жить в застывшем мире, желании расти, двигаться вперёд. Здесь важную роль играет экономическая составляющая, которая влияет не только на настоящее существование семьи, но и на будущие планы, возможности, желания, на «прошлое» – поддержание сил родителей в преклонном возрасте. Экономическая составляющая семьи в определённой мере влияет на социокультурное развитие, которое зависит от мировоззренческих взглядов семьи, культурных ценностей, приоритетов. Экономическая основа участвует в поддержании этих направлений. Современная система общества диктует о необходимости экономической стабильности для дальнейшего воспитания, обучения, становления будущего члена общества.

Правовая категория берёт своё начало с далеких времён – с библейского и римского права. Нормативно-правовые нормы рассчитаны на многие десятилетия вперёд и могут корректироваться в течение всего периода жизни людей, так как меняются взгляды, принципы, а вместе с тем и нормы в обществе. Важно обучить ребёнка основным правовым нормам уже в семье, воспитать в нём правовую ответственность.

Последний принцип в семье – религиозный. Эта категория является очень важной для формирования полноценной семьи в обществе, для дальнейшего становления взглядов, мировоззрений, моральных принципов ребёнка. Эта составляющая даёт ответ (хоть и не однозначный) на такие важные вопросы для ребёнка как: «Откуда я взялся?» «Кто я такой?» «Зачем я пришёл в этот мир?» Эти вопросы волнуют и взрослых, но доступно объяснить это ребёнку, чтобы он сделал в дальнейшем правильный выбор жизненного пути, намного сложнее, так как он ещё не видел в должной мере мир, не может оценить отношения между людьми. Он наблюдает только с одной стороны – во время процесса общения родителей между собой и непосредственно с ребёнком. В религиозной предпосылке частично лежат и философские взгляды, которые тесно связаны с мировоззрением.

Таким образом, хорошо видно то, что семья играет важную роль в становлении будущего члена общества, а вместе с тем – в становлении будущих родителей: отца и матери. То, что ребёнок с детских лет будет наблюдать вокруг себя, какие отношения он будет видеть между родителями, такое представление он получит о семье, об отношениях между мужчиной и женщиной. Здесь же сформируется отношение к созданию новой жизни, отношение к будущему ребёнку, а, следовательно, будут формироваться мысли об аборте, взгляды и мнение о нём.

В современном обществе наблюдается большое количество неполноценных семей, где есть только один из родителей – мать или отец, детей в этих семьях может быть несколько. Данное состояние проявляется в «нестабильности: снижении числа заключённых браков, повышении количества разводов, особенно среди молодых супружеских пар, росте доли семей с доходами ниже прожиточного уровня жизни» [2, с. 41]. Брак со временем утрачивает свою значимость, перестаёт быть обязательным условием для рождения и воспитания детей. Активный процесс эмансипации женщин пугает мужчин и может быть причиной отталкивания их от семейной жизни. Мужчины часто бывают не готовы к созданию полноценной семьи, не хотят брать на себя ответственность за другие судьбы.

Большое влияние на создание полноценной семьи оказывает воспитание юношей и девушек в их семьях. «Человек (женщина) сопоставляет две различные сферы жизни – карьеру (самореализацию) и рождение детей – и делает выбор (в соответствии со своими целями) в пользу первой» [4, с. 23]. К сожалению, многие современные молодые семьи на первый план ставят карьеру, а потом детей. Такой ход событий ведёт к риску рождения больного ребёнка в дальнейшем, так как с увеличением возраста матери увеличивается вероятность рождения ребёнка с нарушением здоровья, беременность женщины в возрасте может влиять на здоровье и жизнь её самой, следовательно, стать предлогом к аборту.

Перед тем, как создать семью, зачать ребёнка, вырастить и воспитать его, важно быть готовым к трудностям, которые будут встречаться в семейной жизни, научиться принимать другого человека таким, какой он

есть, принять все плюсы и минусы своей половинки. Необходимо научиться жертвовать ради блага семьи, прислушиваться к своим близким. К сожалению, сейчас эти принципы уходят на дальний план, главными становятся: карьера, увлечения, желание вволю нагуляться, неготовность отвечать за свои поступки, а вместе с тем и за свои ошибки. Все эти и ряд социальных, экономических, политических причин, а также психологическая готовность к созданию семьи и деторождению влияют на неготовность современной молодёжи к созданию полноценной семьи, осознанному рождению детей.

Тем не менее, наблюдается и такая категория молодёжи, которая готова создать семью, родить и воспитать детей. Эти люди чаще всего являются уже устоявшимися в жизни, имеют свои взгляды на жизнь, принципы, ценности, сформировавшееся мировоззрение. В таких группах «супруги готовятся стать родителями и сформировать семью в строгом смысле слова, ибо лишь рождение детей превращает брачную пару в семью, мужа и жену – в отца и мать» [1, с. 159].

Отношение к абортам<sup>7</sup> в обществе неоднозначно. Существуют медицинские показания к прерыванию беременности и социальные факторы, которые в немалой мере влияют на совершение аборта. К медицинским показаниям относятся: смерть плода в утробе матери, нарушения развития, угрожающие жизни матери или ребёнка (например, внематочная беременность). Кроме медицинских показаний к аборту существует и желание самой женщины относительно данного медицинского вмешательства. Первый триместр беременности (до 12 недель) даёт полное право женщине на решение данного вопроса, абортивное вмешательство осуществляется по её желанию. Так же возможна данная процедура во втором триместре беременности (до 22 недели) при условии беременности после изнасилования.

В настоящее время возникает всё больше предложений для совершения аборта. К таким факторам относятся: разгар карьеры, нежелание создавать семью, экономическая нестабильность семьи, нежелание ребёнка, случайная беременность «по глупости» и ряд других факторов, которые являются причиной для данного медицинского вмешательства.

Замечено, что стремление стать матерью характерно в большей степени для зрелых женщин. В возрастной группе от 36 до 42 лет «это признают 77,8%» [2, с. 61] опрошенных женщин. Это характеризует общество с такой стороны, что женщины к такому возрасту являются способными взять на себя ответственность в воспитании ребёнка, они уверены в своей стабильности. Однако, надо помнить, что в таком деле, как создание новой жизни – рождение малыша, важно состояние здоровья матери и отца.

---

<sup>7</sup> «Аборт (искусственный аборт, от лат. *Abortus* – «выкидыш») – искусственное прерывание беременности. По современным медицинским стандартам, аборт проводится, как правило, при сроке до 20 недель беременности или, если срок беременности неизвестен, при весе плода до 400 г» [6].

Необходимо обратить внимание на тот фактор, что ряд абортс совершается по просьбе со стороны мужчин, которые не готовы принять ребёнка в семью или же вообще не готовы создать семью из-за боязни трудностей и других проблем.

В ходе нашей исследовательской работы был проведён опрос-анкетирование среди молодёжи города Архангельска в возрасте от 16 до 24 лет. Всего опрошено 170 человек, из них: юноши – 52 человека, девушки – 118 человек. Анкетирование было проведено в следующих высших и средних образовательных учреждениях:

1. САФУ им. М.В. Ломоносова. Институт педагогики и психологии. Начальное образование. Двойной бакалавриат: I, II курсы – 49 человек.
2. САФУ им. М.В. Ломоносова. Институт педагогики и психологии. Психолого-педагогическое образование. Профили: психология и социальная педагогика; психология и дошкольная педагогика – 21 человек.
3. СГМУ. Лечебный факультет. II курс – 45 человек.
4. СГМУ. Педиатрический факультет. II курс – 21 человек.
5. Арктический морской институт имени В.И. Воронина – филиал ФГБОУ ВПО «Государственный университет морского и речного флота им. адмирала С.О. Макарова» – 34 человека.

Опрашиваемым были выданы анкеты, где указывался вопрос: «Как Вы считаете, имеет ли женщина право на совершение аборта»? Были предложены наиболее вероятные варианты ответов. Разрешалось отвечать на вопрос неоднозначно «ДА» или «НЕТ», допускался вариант двойного ответа.

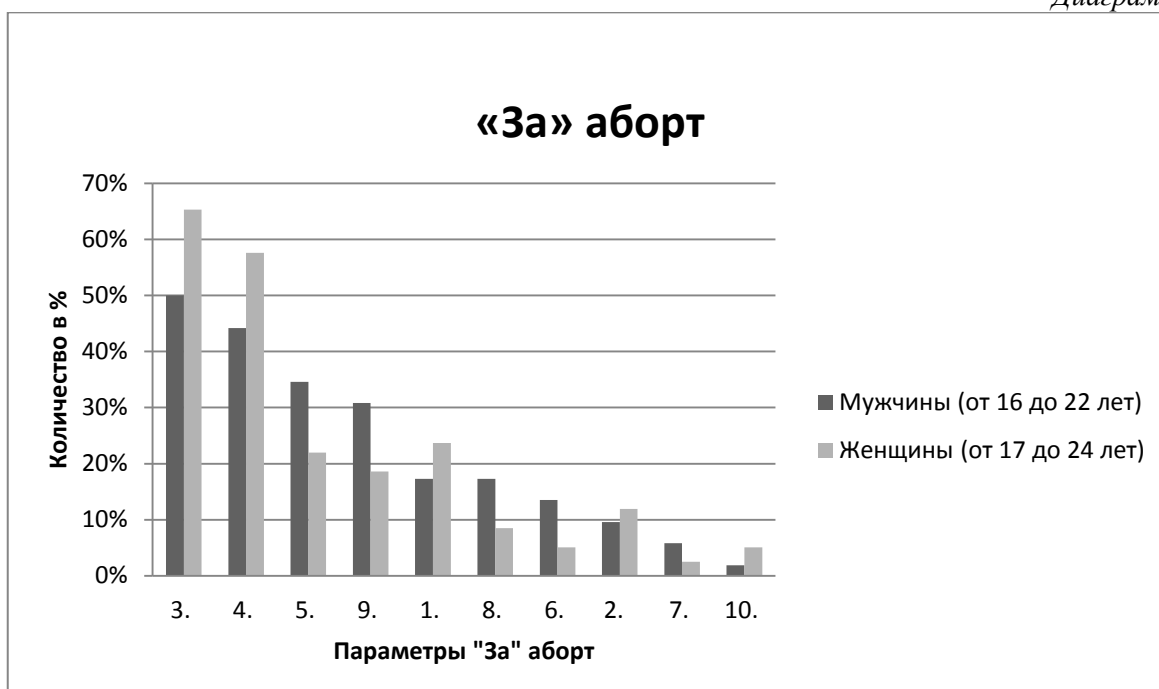
Предложенные варианты ответов:

Да	Нет
1. Это мой организм (часть моего организма), я вправе поступать с ним как хочу	1. Так как это уже живой человек
2. Потому что ЭТО ещё не человек	2. Человек не имеет право забирать жизнь у другого человека
3. При условии угрозы жизни для матери	3. 100% нельзя утверждать, что родится больной ребёнок
4. При условии угрозы жизни для ребёнка или при выявлении нарушений развития плода (Синдром Дауна, множественные пороки сердца и др.)	4. Это запрещает моя религия
5. При условии тяжёлого социального положения (жилищные условия, зарплата и др.)	5. Это запрещают мои убеждения (если «да», то какие именно)
6. При отказе от отцовства со стороны мужчины	6. Другие варианты:
7. Боязнь осуждения со стороны общества относительно отсутствия отца ребёнка (влияние общественного мнения)	
8. Отсутствие желания оставлять учёбу, работу, карьеру ради воспитания ребёнка	
9. Ранняя беременность	
10. Другие варианты:	

После сбора всей информации по результатам анкетирования, проведён качественный и количественный анализ полученных ответов. В итоге были выделены наиболее актуальные параметры «За» и «Против» аборт среди мужского и женского населения в отдельности, определено количество человек с неоднозначным вариантом ответа. Наиболее весомые причины для совершения аборта выстроены в порядке уменьшения их важности среди мужчин в возрасте от 16 до 22 лет и женщин в возрасте от 17 до 24 лет. Полученные результаты анкетирования представлены в текстовом варианте и в диаграммах.

## Результаты анкетирования

Диаграмма 1



### «За» аборт:

1. Это мой организм (часть моего организма), я вправе поступать с ним как хочу (М.: 17,3%; Ж.: 23,7%).
2. Потому что ЭТО ещё не человек (М.: 9,6%; Ж.: 11,9%).
3. При условии угрозы жизни для матери (М.: 50%; Ж.: 65,3%).
4. При условии угрозы жизни для ребёнка или при выявлении нарушений развития плода (Синдром Дауна, множественные пороки сердца и др.) (М.: 44,2%; Ж.: 57,6%).
5. При условии тяжёлого социального положения (жилищные условия, зарплата и др.) (М.: 34,6%; Ж.: 22%).
6. При отказе от отцовства со стороны мужчины (М.: 13,5%; Ж.: 5,1%).
7. Боязнь осуждения со стороны общества относительно отсутствия отца ребёнка (влияние общественного мнения) (М.: 5,8%; Ж.: 2,5%).
8. Отсутствие желания оставлять учебу, работу, карьеру ради воспитания ребенка (М.: 17,3%; Ж.: 8,5%).

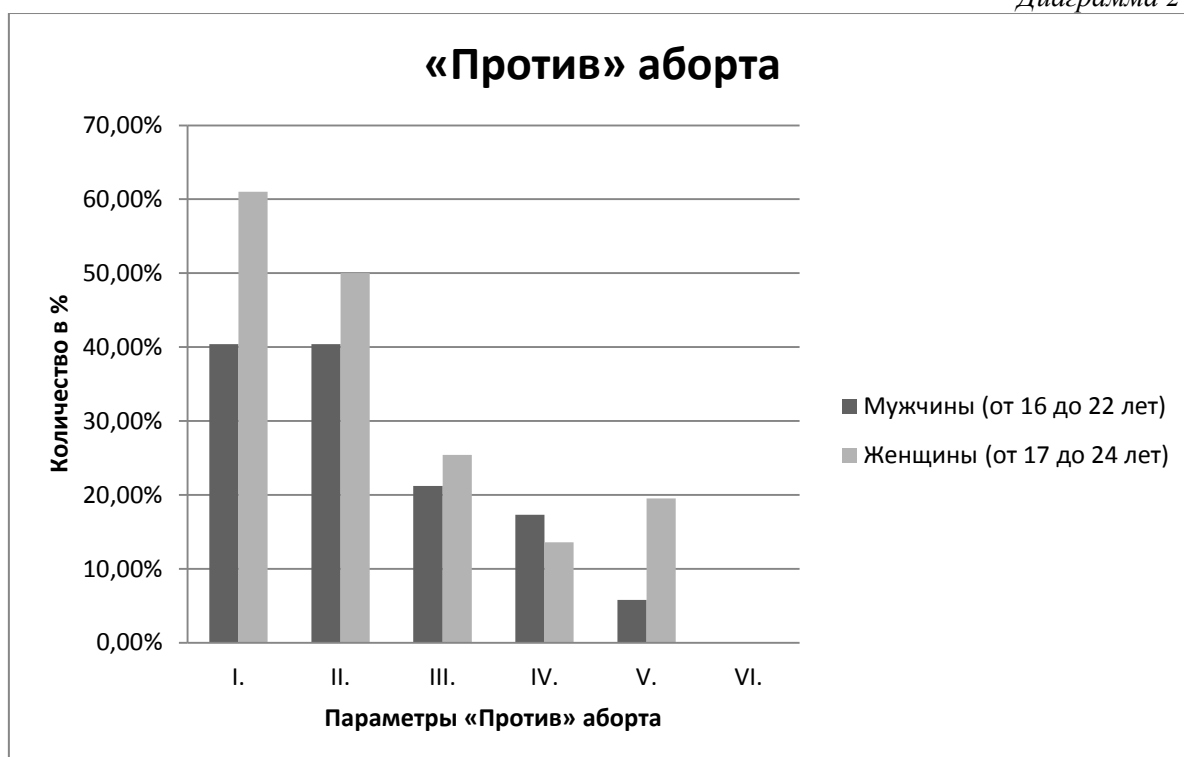
9. Ранняя беременность (М.: 30,8%; Ж.: 18,6%).

10. Другой вариант: После изнасилования (М.: 1,9%; Ж.: 5,1%)

Анализ диаграммы «За» аборт» среди женского и мужского населения показал, что в ответе «Другие варианты» появляется общее, сходное для части опрошенных направление – аборт после изнасилования. Этот вариант характерен для мужского и женского населения. Аборты по взгляду «Это мой организм (часть моего организма), я вправе поступать с ним как хочу» – преобладает у женского населения по сравнению с мужским. Высокий показатель у ответов: «При условии тяжёлого социального положения (жилищные условия, зарплата и др.)» и «Ранняя беременность». У девушек находится на VI месте, в то время как у мужчин на VIII месте ответ: «Потому что ЭТО ещё не человек». Также взгляд на «Другой вариант: После изнасилования» у девушек встречается чаще, чем у мужчин, а «Боязнь осуждения со стороны общества относительно отсутствия отца ребёнка (влияние общественного мнения)» у девушек стоит на последнем месте, в отличие от юношей – у них на IX месте.

### «Против» абортов:

Диаграмма 2



1. Так как это уже живой человек (М.: 40,4%; Ж.: 61%).

2. Человек не имеет право забирать жизнь у другого человека (М.: 40,4%; Ж.: 50%).

3. 100% нельзя утверждать, что родится больной ребёнок (Мю: 21,2%; Ж.: 25,4%).

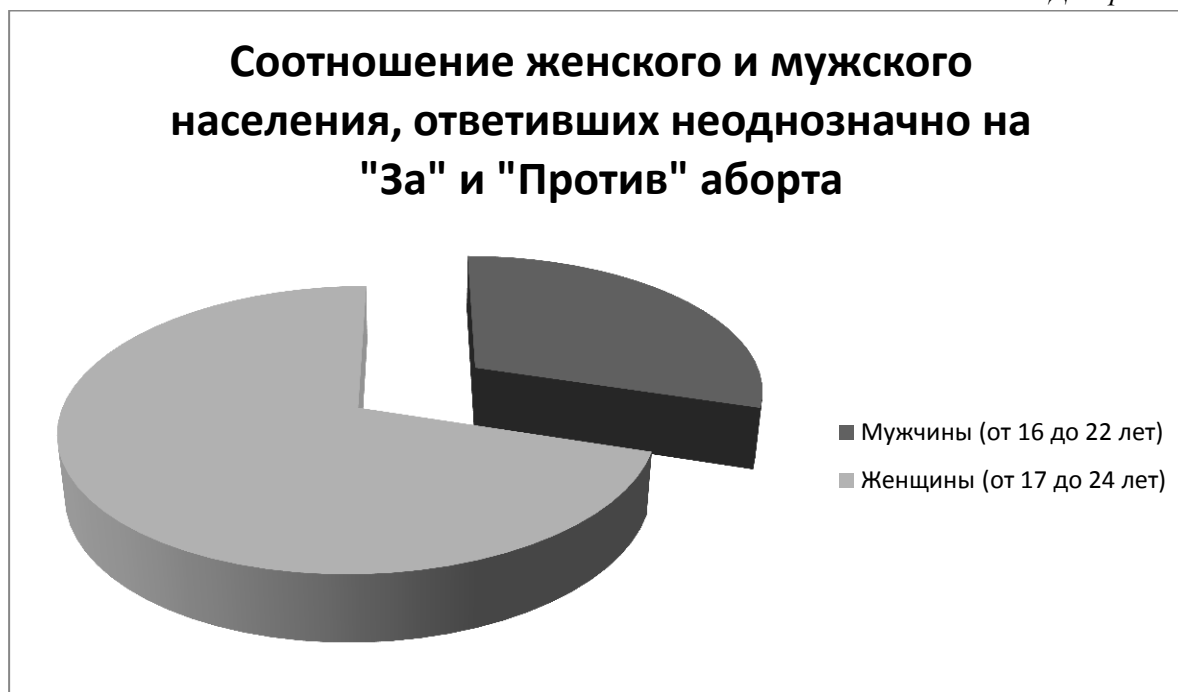
4. Это запрещает моя религия (М.: 17,3%; Ж.: 13,6%).

5. Это запрещают мои убеждения (если «да», то какие именно) (М.: 5,8%; Ж.: 19,5%).
6. Другие варианты (М.: 0%; Ж.: 0%)

На диаграмме видно, что такие критерии, как «Это уже живой человек» и «Человек не имеет право забирать жизнь у другого человека» являются наиболее значительными при отказе от аборта как среди женщин, так и среди мужчин. Есть расхождения относительно показателей таких, как «Это запрещает моя религия» и «Это запрещают мои убеждения». Среди мужчин наибольшее предпочтение уделяется религиозному запрету, а среди женщин – убеждениям.

Если сложить данные в процентном соотношении в ответах «За» и «Против» отдельно у юношей и у девушек, не будет получаться 100% результата. Это связано с тем, что были неоднозначные ответы, т. е. опрашиваемые считают, что аборт необходимо совершать в зависимости от сложившейся жизненной ситуации. Среди девушек к неоднозначному ответу склоняется 40,7%, среди юношей – 17,3% (см. Диаграмма № 3).

Диаграмма № 3



Итак, проблема аборта действительно существует в современном обществе. Обесценивается человеческая жизнь, это подтверждают результаты опроса. Исходя из анализа диаграмм видно, что люди готовы на медицинское вмешательство такого характера по разным причинам. В процентном соотношении преобладает «Положительный» ответ в отношении аборта, как среди девушек, так и среди юношей. Это тревожный звонок. Необходимо, начинать с семейного воспитания, закладывать с самого детства, воспитывать у современной молодёжи ответственное отношение к зачатию, бережное отношение к ребёнку – новой жизни. К сожалению,

взгляды на семью, на воспитание детей у современной молодёжи не сформированы должным образом. Проблема ранней беременности, исходя из результатов анкетирования, в последующем может повлиять на совершение аборта. Для мужчин совершение аборта ради карьеры значимее, чем для женщин.

Данная тема актуальна. Необходимо воспитывать достойное общество, которое сможет нести ответственность за совершённые действия.

### **Список литературы:**

1. Антонов А.И. Микросоциология семьи. М.: ИНФРА-М, 2009.
2. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / [А.С. Батуев и др.]; под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2007.
3. Семья: духовные и общественные проблемы / [сост. Е.Б. Рашковский]. М.: Центр книги Рудомино, 2011.
4. Семья и деторождение в России: категории родительского сознания / И.В. Забаев [и др.]; [под ред. М. С. Ковалевой]; Правосл. Св.-Тихоновский гуманит. ун-т. М.: Изд-во ПСТГУ, 2012.
5. Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. 2-е изд., испр. М.: ИНФРА-М, 2010.

## **ЭВТАНАЗИЯ В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ**

**МАЛЬЦЕВ Дмитрий Сергеевич**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [maltsevunlimited@mail.ru](mailto:maltsevunlimited@mail.ru)

Науч. рук.: ст. препод. КГН СГМУ  
ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович

Тема эвтаназики является общечеловеческой, интерес к этому явлению охватывает людей независимо от возраста, расовой принадлежности, вероисповедания, профессии и т. п. В настоящее время принято считать человеческую жизнь сверхценностью, поэтому исследование темы добровольного ухода из жизни становится особенно актуальной. Современные подходы медицины, особенно в области реаниматологии, изменили отношение человека к смерти как к явлению быстротечному, позволяя в некоторой степени управлять этим процессом, растянув его во времени. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием, и перевели понятие эвтаназики в категорию одной из сложнейших этических проблем.

**Цель** нашей работы: рассмотреть понятие «эвтаназия» с точки зрения медицинских, юридических, религиозных концепций.

В переводе с греческого языка эвтаназия дословно означает – хорошая смерть (эу – хороший, танатос – смерть). В историческом аспекте отношение



к этому явлению всегда оставалось неоднозначным, порождая споры на тему – жить или не жить? Периодически возникают прецеденты, которые только подчеркивают актуальность проблемы эвтаназии. Это и отношение к введению смертной казни во многих странах или моратория на нее. И частные случаи с больными, находящимися в состоянии клинической смерти, и последующими необратимыми последствиями в организме.

Термин «эвтаназия» впервые предложил английский философ Фрэнсис Бэкон (1561–1626) в очерке «О достоинстве и приумножении наук», утверждая: «Я абсолютно уверен, что обязанность врача состоит не только в том, чтобы облегчать страдания, причиненные болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение может привести к излечению, но даже и в том случае, когда уже нет абсолютно никакой надежды на спасение и можно сделать саму смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия, о которой так мечтал Август, уже сама по себе является не малым благом...» [2].

Каждая историческая эпоха, до и после Ф. Бэкона, предлагала свое решение относительно понимания эвтаназии, суицида, отношения к смерти, как к явлению, что находило отражение в трудах философов, социологов, врачей, а также в художественных текстах. Рассмотрим это подробнее.

В примитивных культурах на смерть смотрели двояко, так как она могла быть плохой (самоубийство) и хорошей (естественная), однако нередко были случаи ритуальных самоубийств, например у древних бурят.

Явление эвтаназии было свойственно и для Древней Греции, где поощрялось самоубийство людей, достигших возраста 60 лет. Платон в диалоге «Государство» писал, что медицина обязана заботиться только о здоровых душой и телом; не следует препятствовать смерти физически слабых, а скверные душой сами себя погубят. Сократ, Платон и стоики от Зенона до Сенеки оправдывали умерщвление очень слабых и тяжелобольных людей даже без их согласия. Они полагали, что, если человек ослабел и становится балластом для общества, покончить с собой – его моральный долг.

Для японской культуры характерно ритуальное отношение к самоубийству, которое определялось религиозными традициями, национальными обычаями. Издавна в Японии существовали особые места, где человек мог свести счеты с жизнью, особенно в случаях, когда следовало искупить вину, сохранить честь или выразить протест.

Христианство, которое отождествляло жизнь с даром Божьим, сразу выступило против суицида. Вместе с тем, в русской истории описаны случаи коллективных самоубийств по религиозным мотивам. В начале XX в. эпидемия самоубийств затронула русское общество, а особенно литературу.

Новое время предлагало позицию толерантного отношения к суициду и нашло свое отражение в труде Дэвида Юма (1711–1776) «О самоубийстве». Юм считал, что после смерти элементы, из которых состоит человек, продолжают служить мировому процветанию.

Отвержение самоубийства и эвтаназии никем не оспаривалось до эпохи Просвещения, когда врачи, вслед за Бэконом, стали утверждать о необходимости облегчать страдания умирающих. В конце XIX в. получило расширение взглядов о добровольной эвтаназии, которая может осуществляться также и с помощью врача. В России адвокат А.Ф. Кони считал эвтаназию допустимой при наличии сознательной и настойчивой просьбы больного, невозможности облегчить его страдания лечебными препаратами, а также несомненных доказательств невозможности спасения жизни и при условии предварительного оповещения отдела прокуратуры.

И. Кант полагал, что человек не может покончить со своей жизнью лишь потому, что она стала невыносима, а именно: «Данный поступок употребит волю для того, чтобы положить конец воле, что он считает противоречащим нашей разумной природе. Те люди, которые используют аспект священности жизни к проблеме эвтаназии, вероятно, полагают, что прекращение жизни нравственно неприемлемо при любых ситуациях».

В 1930-е гг. эвтаназия применялась в массовых масштабах в нацистской Германии по отношению к тем, кто жил «жизнью, которая не стоит того, чтобы ее жить». В 1939 г. Гитлер ввел указ о регистрации детей, страдающих монголоидностью, гидроцефалией, параличом и уродствами (5 тыс. из них были подвергнуты эвтаназии). Впоследствии, по другому указу, были подвергнуты принудительной эвтаназии десятки тысяч людей с умственными расстройствами. Длительное время после войны эвтаназия повсюду считалась недопустимой.

Борьба среди юристов, философов, медиков, социологов, политологов, богословов продолжается и в современном мире. В частности, юриспруденция рассматривает эвтаназию, как сознательное причинение смерти. Уголовное право России классифицирует эвтаназию как убийство. Развитие в медицинской практике жизнеподдерживающего лечения и появление допустимого автономного права выбора привело к тому, что эвтаназия во многих странах перестала быть запретной. При этом, под эвтаназией понимается ускоренное приближение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких.

Жизнь священна и неприкосновенна, утверждают одни. Жизнь не должна превращаться в мучительное и бессмысленное существование, возражают другие. Основным аргументом в этой борьбе выступают правовые запреты и дозволения.

Рассмотрим термин «эвтаназия» с научной точки зрения. Следует различать пассивную и активную эвтаназию.

Пассивная эвтаназия – это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо даже не начинается. Пассивная эвтаназия (выписка из больницы безнадежно больного пациента) довольно часто встречается в медицинской практике. С точки зрения морали существует важное различие между ситуацией, когда принимается решение не начинать лечение, и ситуацией, когда прекращается уже начатое лечение.

Активная эвтаназия – это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента, например путем инъекции средства, вызывающего смерть. Различают такие формы активной эвтаназии, как 1. убийство (умерщвление) из сострадания (когда жизнь, являющаяся мучением для больного, прерывается другим человеком, например врачом, даже без согласия пациента); 2. добровольная активная эвтаназия (врач по просьбе больного делает ему летальную инъекцию); 3. самоубийство при помощи врача (также по согласию или требованию больного врач передает ему в руки средство, позволяющее покончить с собой).

Основополагающим аргументом сторонников активной эвтаназии является право человека на самоопределение, вплоть до того, чтобы самому распорядиться собственной жизнью. Никто не вправе заставлять безнадежных больных испытывать жестокие мучения, сознавая, что растительное существование и боль лишают человека достоинства. Сами больные, стремясь положить конец своим страданиям, зачастую прибегают к более изощренным способам самоубийства, чем безболезненная инъекция.

Безусловно, нельзя однозначно сделать вывод о запрете эвтаназии или ее поощрении. Ф. Бэкон считал обязанностью врача не только излечение, но и умерщвление для облегчения страданий: «Каждому дано его главное право – право на жизнь. И никто не имеет права принуждать больного отказаться от этого права, так как умысел лица, совершающего конкретные действия, состоит в оказании помощи тяжело больному человеку, чтобы сократить его страдания, по его собственной воле» [2].

Важнейшая проблема встает в отношении тех больных, которые не в состоянии лично принять решение о том, чтобы перестать жить: находящихся в коме, умственно неполноценных, включая страдающих старческим маразмом, а также совсем маленьких детей. За них сделать выбор должен кто-то другой. Родственники, власть или медицинские представители? И где уверенность в том, что их решение будет верным? В настоящий момент медицина развивается очень быстро, и сегодня найдены способы лечения болезней, еще недавно считавшихся безнадежными; таким образом, отключая пациента от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его недуга.

Таким образом, изучив материалы по представленной теме, можно сделать следующее заключение.

1. Полная легализация эвтаназии невозможна, так как присутствует опасность злоупотреблений и превращения ее в средство для умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих онкологическими заболеваниями или СПИДом. Однако, признание эвтаназии законом, может лишить государство стимула для финансирования исследований по поиску необходимых для лечения медикаментозных средств и препаратов.

2. Совершенно очевидно, что пассивная эвтаназия фактически присутствует в медицинской практике и проблема требует срочного правового решения.

3. С развитием медицины в области трансплантологии, появляются новые проблемы, связанные с пересадкой органов от человека к человеку. Это, в свою очередь, порождает другой сложный этический вопрос – о сроках продления жизни больного или возможности спасти жизнь человека.

### **Список литературы:**

1. Акопов В.И., Бова А.А. Отказ от медицинского вмешательства и проблемы эвтаназии в медицинском праве РФ // Первая международная конференция «Общество – медицина – закон» (Май, 1999): сб. докл. / Кисловодский ин-т экономики и права. Кисловодск, 1999. С. 5–6.
2. Бэкон Ф. Сочинения: в 2-х т. Т. I. М.: Мысль, 1971. С. 87–546.
3. Иванюшкин В.Я., Дубова Е.А. Правовые и этические аспекты эвтаназии // Вестник АМН СССР. 1984. № 6. С. 72–77.
4. Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия // Этическая мысль: науч.-публицист. чтения / редкол.: А.А. Гусейнов и др. М., 1990. С. 205–212.
5. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков; пер.: О.Ю. Донец и др. М.: Когито-Центр, 2001.

## **ПРОБЛЕМА КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА: ЗА ИЛИ ПРОТИВ?**

**МАСЛОВА Надежда Алексеевна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [Lapushok17@yandex.ru](mailto:Lapushok17@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Клонирование человека большинством населения представляется фантастикой, хотя успешные опыты на животных были проведены ещё в 90-х гг. XX века, а во многих странах использование стволовых клеток эмбрионов-клонов давно не ново. Так всё-таки что такое клонирование? Панацея или зло?

Клонирование человека может избавить мир от множества болезней, улучшить генофонд планеты. Необходимо донести людям достоверную научную информацию, а не газетные «утки».

**Целью** нашего исследования мы поставили разобраться в этической стороне клонирования. Для этого необходимо: 1) рассмотреть положительные стороны клонирования человека, 2) причины невозможности проведения этой манипуляции, 3) изучить отношение власти к данной процедуре.

Сегодня медицина может бороться практически со всеми заболеваниями. В это же время она отчасти утратила свое человеческое лицо.

Увлекаясь научными исследованиями и прогрессом, некоторые доктора сбились с пути. Возникли новые медицинские и нравственные проблемы.

Ещё недавно термин «клонирование», упоминавшийся ранее преимущественно в научно-фантастических текстах, прочно обосновался на страницах прессы. Термин «генная инженерия» раньше не будоражил любопытство журналистов, хотя исследования в этой области ведутся достаточно длительное время.

Овца Долли родилась летом 1996 г. после эксперимента по выращиванию живого организма на основе генетического материала, взятого из «материнского» организма. О своем успехе учёные Рослинского института в Шотландии сообщили публично лишь в феврале 1997 г. Это происшествие вызвало волну публикаций в СМИ и серьёзное беспокойство правительств развитых стран: возможность получения человека «механическим» способом предстала перед политиками с неотвратимостью свершившегося факта.

Клонирование человека в данный момент уже почти возможно, благодаря научному прорыву доктора Яна Вильмута и его коллег из Великобритании. Получилось так, что на восприятие этой темы изначально оказали большое влияние сенсационные, но вводящие в заблуждение, сообщения СМИ, а также общие негативные эмоции, порожденные научной фантастикой.

В реальности клон – это лишь идентичный близнец другого человека, родившийся на несколько десятилетий позже. Но фантастические книги и видеофильмы создали у основной массы людей иллюзию, будто человеческие клоны окажутся бездумными зомби, монстрами. Клоны человека станут обычными людьми, а вовсе не зомби. Их родит обычная женщина, они будут воспитаны в простой семье, как и любые другие дети. Клон будет намного моложе своего оригинала, следовательно, нет вероятности, что его будут путать с оригиналом. Как и близнецы, клон и донор ДНК будут иметь различия в отпечатках пальцев. Клон не унаследует воспоминаний и мыслей оригинала. Таким образом, клон – это не ксерокопия или двойник человека, а просто младший идентичный близнец. У человеческих клонов будут такие же юридические права и обязанности, как и у всех других людей.

Хочется отметить, что клонирование человека должно проводиться только лишь на добровольной основе. Человек, которого в будущем хотят клонировать, должен будет дать на это свое официальное согласие. Женщина, согласившаяся выносить и воспитать этого ребёнка, также должна действовать добровольно. Для проведения клонирования необходима женщина, чтобы выносить ребенка, следовательно, нет такой опасной возможности, что некие злоумышленники воспроизведут огромное количество клонов в лабораториях. Клонирование должно производиться только при согласии и участии обычных людей, как дополнительная возможность для рождения ребёнка.

Невольно возникает вопрос: «А зачем вообще клонировать человека»? Существует как минимум две значимые причины: для того чтобы дать

реальную возможность семьям зачать клонов-близнецов выдающихся личностей и чтобы позволить бесплодным парам иметь потомство.

Выдающиеся люди достаточно необходимы в аспектах как культурных, так и материальных. К примеру, в Соединённых Штатах Америки многие звезды кино и спорта весьма часто стоят миллионы долларов. Взять хотя бы Клинта Иствуда. Кинофильмы с его участием всего за 30 лет принесли миллиарды долларов. Ричард Шикель однажды произнёс: «Для актеров, более чем для кого бы то ни было, генетика – это судьба». Культурное и материальное значение клонирования этого актёра было бы величайшим. Огромное количество фанатов было бы в восторге. Он, вероятно, имеет необходимые денежные ресурсы для оплаты данной манипуляции. Его жена в молодом возрасте, и с лёгкостью смогла бы родить ребенка, которого бы они воспитали в своей семье. Если бы они захотели это сделать, то почему же власть решает, что это незаконно?

Возможно клонирование и не таких знаменитых людей. Понятие «выдающегося человека» не включает в себя только профессиональных спортсменов и кинозвёзд. Каждому из нас знакомы люди, которых мы уважаем, чтим и восхищаемся. Часто мы говорим себе: «Побольше бы на свете таких людей!» Клонирование позволит нам перейти черту пустых размышлений. К примеру, дядя Николай Иванович – замечательный человек, которого любят и уважают как дома, так и на службе. Его племянник со своей женой хотят иметь ребенка, похожего на дядю. Он рад и согласен себя клонировать. Так почему Конгресс США может вмешаться и объявить эту семью преступниками, которых следует наказать? Где здесь негативные последствия для них и общества?

Но что же ждать от человеческих клонов? Ответ прост. Внешность донора и клона будет практически одинаковой. У близнецов 70-процентное совпадение в интеллекте и 50-процентное в характере. Следовательно, если мы клонируем знаменитого ученого, то его клон может в реальности оказаться гораздо умнее! К сожалению, технология клонирования пока далеко не идеальна. Но это – стимул к дальнейшим исследованиям, а не к запретам.

Существует огромное множество выдуманных и необоснованных возражений против клонирования человека. Отсюда возникает отсутствие понятия этой процедуры у большинства людей. Многие считают, что сами помыслы о клонировании неестественны и отвратительны, что создание человека с идентичным генетическим кодом оригинала будет нарушать человеческую индивидуальность и уникальность. Такие домыслы необоснованны, так как на сегодняшний день в мире более 150 миллионов человек, чей генотип не уникален. Я имею в виду естественных близнецов, которые рождаются с частотой 1:67. Такие близнецы более идентичны, нежели клоны, ведь естественные близнецы имеют одинаковый возраст, а клон и донор ДНК будут иметь разницу в возрасте в несколько десятилетий.

Есть и такое мнение, что клонирование настолько уменьшит генетическое разнообразие, что мы станем восприимчивее к различным

заболеваниям. Эта теория не имеет под собой оснований. На нашей планете около 5 миллиардов людей. Вполне понятно, что клонирование человека будет проходить в небольших масштабах из-за высокой стоимости процедуры. К тому же, большая часть женщин все же не захотят быть матерями клонов. Пройдет очень много времени, прежде чем количество клонов людей достигнет хотя бы одного миллиона во всем мире.

Говорят о том, что технология не идеальна, и может привести к летальному исходу плода. Но ни единая сфера деятельности человека не даёт гарантии от случайной смерти. Клонирование человека – не исключение.

Верующие люди считают клонирование принятием на себя роли Всевышнего. В Библии и в священных книгах других религий нет как такового табу на клонирование человека. Отсюда вывод, что религиозное противостояние клонированию человека не имеет под собой твердых оснований. Тем, кто убеждён, что клонирование человека – «отвратительно и неестественно», дано право думать именно так и убеждать в этом остальных.

В результате аборта происходит смерть плода, а в результате клонирования – создание новой жизни. Таким образом, оппозиция клонированию человека не основана на устоявшихся нравственных и моральных нормах.

Рассуждения об исполнении роли Бога – непонятная и возникающая вновь и вновь критика. Её можно услышать тогда, когда в медицинской науке происходят новые серьезные открытия. Ещё не так давно использование противозачаточных средств, искусственное оплодотворение и трансплантация органов критиковались на тех же самых основаниях.

Любая ткань человеческого организма содержит молекулы ДНК и может потенциально быть источником для клонирования. К этим источникам относят и такие ткани как волосы, кости и зубы. Выяснено, что ДНК начинает постепенно разрушаться через несколько недель после смерти, разрушаются части генетического кода.

На сегодняшний день сохранились локоны многих знаменитостей, таких как Исаак Ньютон, Джордж Вашингтон, Наполеон, Бетховен, Мерлин Монро, Элвис Пресли и другие. В недавнем времени проводили лабораторный анализ волос Ньютона. Было обнаружено, что они в достаточно высокой концентрации содержат мышьяк, из-за его химических экспериментов. Ранее волосы известных людей были лишь оригинальными редкостями. С появлением клонирования они приобретают огромное значение. Есть вероятность, что гениальные люди прошлого могут быть клонированы из их тканей. Мозг Альберта Эйнштейна до сих пор сохранен в специальной ёмкости. Желательно, если бы у этих образцов соблюдалось криогенное хранение для предотвращения дальнейшего разрушения ДНК.

Возможность в будущем клонирования интересных личностей прошлого – очень увлекательная перспектива. Исаак Ньютон и Альберт Эйнштейн – гениальные ученых всех времен. Как далеко может пойти научный прогресс, если эти исследователи будут клонированы и обучены в современном мире с использованием новейших технологий?

Стоит только поразмыслить о ДНК из Египетских мумий! Вероятно, древние жители Египта были гораздо мудрее, чем мы могли раньше подумать, раз они сохраняли своё тело и после смерти. Технология человеческого клонирования может предоставить женщине XXI века возможность дать жизнь клону великого фараона.

В каждой стране своя позиция по отношению к клонированию. Например, Япония категорически против. А в Британии десятилетие назад приняли закон, разрешающий клонирование эмбрионов.

Противники клонирования говорят о моральных и нравственных аспектах, а сторонники подчёркивают необходимость как можно более скорого использования этого достижения науки в медицине.

На данный момент во многих странах, в том числе в Российской Федерации, рассматриваются законопроекты, легализующие клонирование и выделяющие его в отдельную научную дисциплину.

**Вывод:** Клонирование человека даёт огромные потенциальные возможности и несколько вероятных негативных последствий. Как и с большим количеством научных открытий, сделанных ранее, таких как авиатранспорт и компьютерные технологии – существует лишь одна угроза – нашей личной узкой умственной самоудовлетворенности. Клоны человека смогут продвигать науку и культурное развитие. Некоторые случаи, где возможно нарушение принятых норм, необходимо будет предотвратить с помощью специального законодательства. Со здравым смыслом и чётким регулированием, клонирование человека не то, чего нужно опасаться.

### **Список литературы:**

1. Биоэтика. Проблемы и перспективы : [дискуссия] // Вопросы философии. 1994. № 3.
2. Коваленко Д.В. Двудиккий Янус генной терапии // Высокие технологии и современная цивилизация: материалы науч. конф. / Ин-т философии РАН. М., 1999. С. 73–75.
3. Корочкин Л.И. Клонирование животных: естественнонаучные и социальные проблемы // Высокие технологии и современная цивилизация: материалы науч. конф. / Ин-т философии РАН. М., 1999. С. 92–96.
4. Мадоян И.А. Этический фактор как обязательный компонент современных технологий в биоинженерии // Высокие технологии и современная цивилизация: материалы науч. конф. / Ин-т философии РАН. М., 1999. С. 76–79.
5. «Не хотим быть клонами!»! Проблемы современной евгеники // Биоэтика: принципы, правила, проблемы / РАН; отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. М., 1998. С. 420–436.



## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

НЕВЕРОВА Наталья Викторовна

РЕПИНА Лидия Александровна

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс. Педиатрический ф-т

E-mail: [beaverdaget@mail.ru](mailto:beaverdaget@mail.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Трансплантация – это замена поврежденных или утраченных органов путем пересадки аналогичных органов, взятых у здоровых организмов того же вида.

Мы считаем что, на сегодняшний день проблема трансплантологии актуальна. Трансплантология как наука важна в первую очередь для нас, медицинских работников, так как затрагивает вопросы здоровья населения. Но проблема пересадки органов беспокоит не только медиков, она обсуждается представителями церкви, гражданского общества, простыми людьми. Трансплантация органов с точки зрения биоэтики является частным вопросом, а также важной философской и общественной проблемой.

**Цель** нашей работы: изучить проблемы трансплантологии и пути их решения. **Задачи:** проанализировать печатные источники по теме, выяснить отношение студентов-медиков как будущих врачей к проблеме трансплантологии. Для этого проведен тест-опрос среди сотни человек, большинство из них студенты. Полученные результаты представлены в Приложении 1–3.

Многие люди сейчас нуждаются в донорских органах, но часто они умирают, так и не дождавшись. Среди них не только взрослые, но и дети. В большинстве случаев – это трудоспособное население, которое могло бы принести больше пользы государству, нежели находясь на больничных койках или умирая дома. Исследования показали, что выгоднее пересадить почку и провести реабилитацию, нежели практически ежедневно проводить дорогостоящую процедуру-гемодиализ

Говоря о трансплантации органов от здорового человека к реципиенту, можно говорить о качестве жизни. Каково жить с одной почкой? Кто-то к этому относится просто, не зная последствий.

Если трансплантология была бы широкомасштабной то, к чему бы это привело? Сколько бы людей выздоровело? А сколько было бы убито ради органов? Если государство приняло бы закон об изъятии органов у покойных, как тогда бы констатировалась смерть? Скольких бы не стали спасать медики? На все эти вопросы мы не сумеем дать ответ в нашей статье, но самые, на наш взгляд, серьезные, попытаемся раскрыть.

Академик АН СССР, АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР Борис Васильевич Петровский однажды сказал: «Врачу никогда, пожалуй, не

было так трудно соблюдать принципы Гиппократы, ... как в исторический период завершения XX в.» [1].

Пересадка органов, впрочем, как и любая операция, связана с риском для жизни больных. Многие из таких операций до сих пор не проводятся, а некоторые из них не выходят за пределы лаборатории.

Существует, как минимум, две точки зрения. Сторонники первой выступают за проведение данной операции, другие – против.

Мы считаем что, взятие органов у живых людей должно быть связано с позициями добровольности и безвозмездности донорства, хотя в наши дни соблюдение данных правил можно поставить под сомнение.

Если говорить о моральных вопросах трансплантации органов, происходит раздел интересов. Реанимационные бригады борются за спасение жизни умирающего и должны приложить все усилия, чтобы пациент выжил. Если пациента не удалось спасти, возникает проблема верной констатации смерти. Ранее человек считался умершим после необратимой остановки сердечной и дыхательной деятельности, а также кровообращения. В наше время, наполненное большим количеством современной аппаратуры, жизнь человека может быть поддержана искусственно и довольно длительное время. Поэтому констатация смерти зависит от решения врача, что, безусловно, налагает на него огромную ответственность. С другой стороны задачей трансплантационной бригады является возвращение жизни и здоровья реципиенту.

Директор НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава России, академик РАН, РАМН и РАЕН Валерий Иванович Шумаков в одном из своих интервью сказал: «Медики должны оценить обстановку и быстро принять решение, может ли человек с несовместимыми травмами, после аварии, стать донором. В такой обстановке промедление неуместно: забор должен осуществляться в первые часы после смерти» [2].

У трансплантологов, помимо этого, возникают и другие проблемы. Это подбор иммунологического донора, подготовка пациента к операции и проведение послеоперационной терапии, которая устранила бы последствия оперативного вмешательства. Неправильно подобранный донорский орган может привести к возникновению процесса немедленного отторжения пересаженного иммунной системой реципиента после операции. Должно быть полное совпадение групп крови, антигенов, резус-фактора и т. п. И чтобы избежать этого, применяют иммуноподавляющие препараты, необходимость использования которых сохраняется у всех пациентов до конца жизни. Как и все препараты, они имеют ряд противопоказаний, побочных эффектов. Самый серьезный, с нашей точки зрения, побочный эффект – это снижение иммунитета, а значит, такие пациенты больше предрасположены к инфекционным и вирусным заболеваниям.

Можно задаться еще одним вопросом, что приводит к утрате тех или иных органов? Безусловно, это те или иные заболевания, например цирроз печени, хронический гломерулонефрит, гангренозный панкреатит, пороки сердца и т.д. В настоящее время идет рост пострадавших в результате ДТП и

самоубийств. Последствия ДТП самые разнообразные. Человек может получить незначительные травмы, но и множественные, сочетанные травмы, размозжение, переломы конечностей, разрывы внутренних органов. Если свести счеты с жизнью, например, с помощью лекарственных препаратов, и пациента не удаётся спасти, то часто последствия не заставляют себя ждать. Лекарственные препараты действуют в первую очередь на печень и почки.

Мы считаем, что общество недостаточно информировано о вопросах трансплантации, донорства, последствий. Это может быть вызвано неверностью суждений средств массовой информации, чаще всего, это мало проверенная, непрофессиональная информация негативного характера. Но как же решить хотя бы часть проблем в данной отрасли медицины? Необходимо создание соответствующих правовых актов, морально-этических норм, которые объективно отрегулировали процесс пересадки органов и тканей.

Иным способом решения данной проблемы является возможность использования искусственных органов. Здесь может решиться первоочередная проблема – «где взять орган?» – и других проблем, связанных с забором органов у живого донора или у трупа. Если орган будет искусственным, вероятность его отторжения будет, безусловно, снижена. Например, в практическую деятельность трансплантологии уже вошли искусственные клапаны сердца, суставы и хрусталики глаза, искусственная хрящевая ткань. Это путь, зависящий от новейших технологий в области других наук. Он требует много усилий, денег, умственных ресурсов, научных исследований, испытаний. Именно здесь необходима поддержка государства в вопросах финансирования, а тем самым – стимулирование научных разработок в сферах касающихся трансплантологии.

Еще один путь решения проблемы дефицита донорских органов – ксенотрансплантация – использование органов для пересадки от животных. Такой путь основан на меньшей ценности жизни животного. Но, в свою очередь, это несправедливо по отношению к животным и антигуманно! Каждое живое существо имеет право жить. С другой стороны, человек на протяжении нескольких тысячелетий использует животных для удовлетворения своих потребностей, как в пище, так и в одежде.

Мы считаем, для того чтобы минимизировать столкновение с данной проблемой необходимо соблюдать здоровый образ жизни. Следить за тем, как и чем, питаетесь. Безусловно, исключить вредные привычки, такие как употребление алкогольных напитков, курение. Соблюдайте правила ПДД. Находите в себе силы справляться с трудными жизненными ситуациями, ведь жизнь только одна.

*Приложение 1*

### Тест-опрос.

1. Вы знаете, что такое трансплантология и что к ней относится?

1 – да 2 – нет 3 – затрудняюсь ответить.

2. Как вы относитесь к пересадке органов без согласия от умерших?

1 – за 2 – против

3. Изъятие органов у детей, по вашему мнению, это:  
 1 – этично 2 – не этично 3 – этично, по мед. показаниям.
4. Можно ли людей после пересадки органов считать инвалидами?  
 1 – да 2 – нет
5. Как вы относитесь к донорам-альтруистам?  
 1 – положительно 2 – негативно
6. Как вы относитесь к донорам, отдающим свои органы исключительно за деньги (т.е. ради выгоды)?  
 1 – положительно 2 – отрицательно.
7. Как вы считаете, переливание крови можно отнести к трансплантологии?  
 1 – да 2 – нет
8. Что вы думаете о людях, которые отдают свои органы, помогая незнакомым людям?  
 1 – только жертвуют своим здоровьем 2 – молодцы, помогают людям
9. Хотели бы вы стать донором?  
 1 – да 2 – нет
10. По вашему мнению, трансплантология в настоящее время развита?  
 1 – прогрессивно 2 – отстает 3 – не развивается

Приложение 2

График результатов

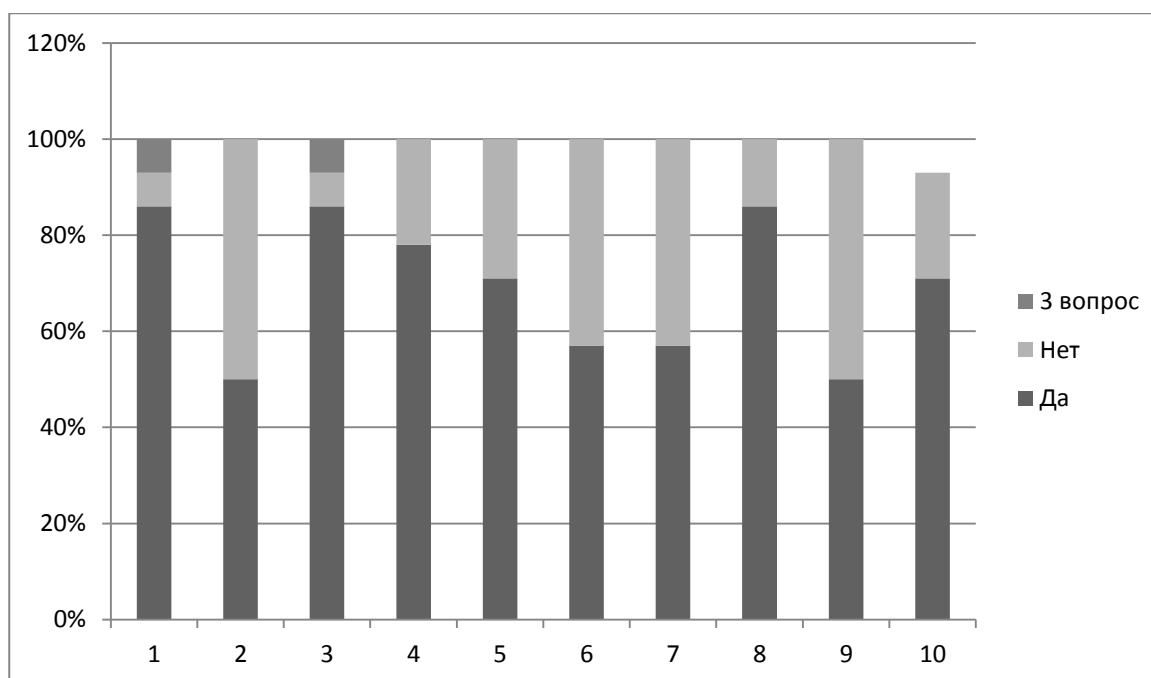


Таблица результатов опроса

№ вопроса	результаты в %		
	Да	Нет	
1	86	7	7
2	50	50	
3	86	7	7
4	78	22	
5	71	29	
6	57	43	
7	57	43	
8	86	14	
9	50	50	
10	71	22	

В наше время некоторые люди не имеют понятия, что же такое трансплантология, что к ней относится и почему она занимает одно из важнейших мест в лечении и спасении жизней. Мы провели тест-опрос среди студентов разных факультетов медицинского университета по вопросам трансплантологии. Тест показал, что большинство студентов все же имеют понятие о трансплантологии, но мнения по поводу гемотрансфузии разделились. Одни считают, что переливание крови относится к трансплантологии, другие относят ее к отдельному направлению в медицине. Также мы выяснили, что студенты с большим уважением относятся к донорам, отдающим свои органы совершенно незнакомым людям, независимо – за деньги ли они это делают или безвозмездно. Однако мнения по поводу изъятия органов от покойных без согласия родственников разделились. С небольшим преимуществом преобладал ответ «против», но и «за» было чуть меньше половины опрошенных.

С этической точки зрения взгляды на трансплантологию разделились. Большинство считают, что после пересадки органов человек не является инвалидом и может относиться к здоровым людям. Но были и мнения, противоположные вышеуказанным. Также опрошенным мы задавали вопрос, касающийся детской трансплантологии. Большинство считают, что пересадка органов или их частей от детей может быть произведена только по медицинским показаниям, когда это реально необходимо.

В итоге мы задали вопрос «Хотели бы вы стать донором?». И выяснилось, что ответы разделились на «да» и «нет». Но, также из ответов «да», около 50% опрошенных уже являются донорами (крови и ее компонентов). При этом, как оказалось, большинство студентов считают, что

трансплантология в наше время совершенно не развивается и даже отстает в развитии, по сравнению с другими странами. Несмотря на то, что появляется все больше и больше новых, неизвестных заболеваний, лечением которых является пересадка органов/тканей, прогресс не наблюдается.

### **Список литературы:**

1. Акопов А. О профессиональной этике в хирургии // Врач. 2012. № 11. С. 82–84. URL: <http://www.lspbgmu.ru/universitet/press-tsentr/smi-o-nas/771-vrach-o-professionalnoj-etike-v-khirurgii> (11.11.2013).
2. Комаров А.А., Исмагилов Ф.В. Презумпция согласия в отечественной трансплантологии: правовые, медицинские, этические и религиозные подходы // Вестник Том. гос. ун-та. 2009. № 329. С. 123–126. URL: <http://sun.tsu.ru/mminfo/000063105/329/image/329-123.pdf> (11.11.2013).

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ: ТЕМПЕРАМЕНТ, ХАРАКТЕР И СТРАТЕГИЯ ЭТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**НОВРУЗОВА Минаханум Кейбуллаевна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Лечебный ф-т  
E-mail: novruzova.2014@list.ru  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Завершивший XX век вывел проблему осмысления ценностей человеческого бытия на первый план научного познания, ознаменовав тем самым современный, аксиологический, этап развития науки. Однако ценности и ценностные ориентации человека всегда являлись одним из наиболее важных объектов исследования философии, этики, социологии и психологии.

Ценностные ориентации – сложный социально-психологический феномен, характеризующий направленность и содержание активности личности, определяющий общий подход человека к миру, к себе, придающий смысл и направление личностным позициям, поведению, поступкам. Так, рассматривая ценностные ориентации, советский психолог А.Н. Леонтьев отмечал: «... это ведущий мотив – цель возвышается до истинно человеческого и не обособливает человека, а сливает его жизнь с жизнью людей, их благом... такие жизненные мотивы способны создать внутреннюю психологическую оправданность его существования, которая составляет смысл жизни» [3].

То, что мы называем заимствованным из греческого языка словом «этика» или из латинского языка «мораль», состоит в правильном человеческом поведении. Нас должно занимать не только наше собственное благо, но и благо других, а также всего человеческого общества.

Первым шагом в прогрессивном развитии этики является расширение сферы солидарности с другими людьми. Для неразвитых обществ границы этой сферы достаточно узки. Она включает кровных родственников, то есть членов одного рода, и представляет семью в широком смысле слова. В современной жизни остатки патриархальных отношений иногда встречаются. Автор статьи наблюдала в одном из медицинских учреждений отказ выздоравливающего пациента присматривать за лежащим больным в той же палате, мотивируя свое решение принадлежностью к другому роду: «Это не мой брат». И ни наградой, ни угрозами невозможно было принудить его оказать услугу этому чужаку. При родственных связях помощь оказывалась без напоминаний. Но стоит человеку начать задумываться о своем отношении к другим людям, он понимает, что каждый человек как таковой подобен ему и его ближним [2].

Исходя из выше сказанного, поставлена **цель:** выяснение особенностей поведения пациентов одной палаты по отношению к другим в зависимости от ценностных ориентаций, этических стратегий, темперамента и характера.

**Задачи исследования:** 1. Определить характер и темперамент пациентов стационара. 2. Определить стратегию этического поведения в системе «пациент – пациент». 3. Исследовать влияние темперамента, характера и ценностных ориентаций пациентов на стратегию их этического поведения в рамках стационара.

Для достижения цели и решения задач проведен опрос (тест) среди пациентов одной из клиник Архангельска и проанализированы его результаты.

Исследование проводилось в октябре 2013 г. среди пациентов средней степени тяжести здоровья, находившихся в хирургическом отделении «Первой ГКБ им. Е.Е. Волосевич» в Архангельске. Вопросы анонимной анкеты были составлены в соответствии со стандартами этического комитета. В ходе исследования применялись наблюдательный и аналитический методы.

В исследовании согласились участвовать 20 пациентов: 9 мужчин и 11 женщин, разные по возрасту – от 19 до 77 лет, по уровню образования – 4 с высшим (менеджер, юрист, преподаватели вуза и музыкальной школы) и 16 – со средним специальным. Респонденты с высшим образованием более четко отвечали на дополнительные вопросы и обосновывали свои ответы.

Пациентам была предложена анонимная анкета:

<i>Вопросы</i>	<i>Да</i>	<i>Нет</i>
1. Если человек причинил кому-нибудь зло, он должен получить равное наказание в размере причиненного ущерба, но не более того?	15	5
2. Если человек совершил доброе дело в отношении кого-нибудь, он должен получить равное вознаграждение.	14	6
3. Поступаете ли Вы в отношении других людей также как в отношении себя?	11	9
4. Считаете ли вы правильным выражение “Если я должен терпеть это, то и другие обязаны испытать это”?	2	18
5. Если люди относятся к Вам плохо, сможете ли вы не делать в отношении них зла?	17	3
6. Необходимо ли отвечать злом на зло?	1	19
7. Считаете ли вы свои поступки некоторых людей достойными того, чтобы им следовали все люди.	7	13
8. Можно ли поступить так, чтобы этот поступок стал образцом для всех людей.	17	3

Был проведен анализ результатов анкетирования, но до этого у респондентов мы попытались в ходе бесед определить типы характеров, используя классификацию К. Леонгарда – Н. Шмишека [1, с. 61–68]:

*Экзальтированный тип* – яркая черта этого типа – способность восхищаться, а также улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние – от печальных. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям.

*Эмотивный тип* – имея выраженную акцентуацию характера по данному типу, люди предпочитают общение в узком кругу избранных, с которыми устанавливаются хорошие контакты, которых они понимают «с полуслова». Редко сами вступают в конфликты, играя в них пассивную роль. Обиды носят в себе, «не выплескивают» наружу.

*Дистимический тип* – мало контактен, немногословен, с доминирующим пессимистическим настроением. Он обычно домосед, тяготеет шумным обществом, редко вступает в конфликты с окружающими, ведет замкнутый образ жизни.

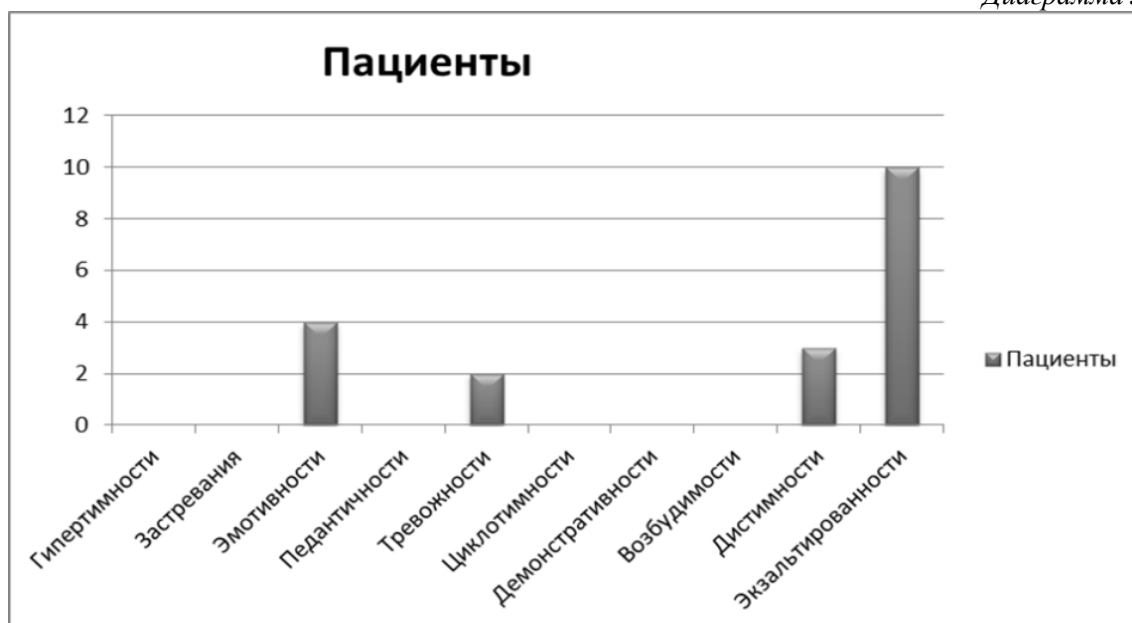
*Тревожно-боязливый тип* – нерешителен, мало контактен, робок, неуверен в себе, склонен к минорному настроению. Он редко вступает в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях ищет поддержки и опоры. Склонен к углубленному самоанализу и появлению навязчивых состояний.

Тип характера может влиять на поступки человека. Но все пациенты на главный вопрос исследования: **ПОМОГЛИ БЫ ОНИ НУЖДАЮЩЕМУ В ИХ ПОМОЩИ ИЛИ НЕТ** – ответили **ДА**, потому что, это такой же человек, как и он сам.



Пациенты распределились по типам, что представлено на диаграмме № 1:

Диаграмма № 1



Этические стратегии, которые проявились у пациентов, распределились следующим образом:

	«Око за око» Причинённое зло в точности воспроизводится наказанием	«Золотое правило» Не делайте другим того, чего не желаете себе	«Подставь щеку» Ударившему тебя по щеке, подставь и другую	«Категорический императив И. Канта» Человек обладает свободой выбора поступков в рамках понимания чувств другого человека. Все поступки человека оцениваются исходя из понятий о добре и зле
Да	14	20	20	16
Нет	6	0	0	4

Был проведен тест определения ценностных ориентаций (по М. Рокичу) [1, с. 25–29]. Его результаты представлены в диаграммах 2 и 3.

## 1. Терминальные ценности М. Рокича<sup>8</sup>

Диаграмма №2



Из 20 протестированных, 12 респондентов поставили на 1 место самую важную для них ценность «Здоровье», 6 респондентов поставили на 2 место «Жизненную мудрость», 4 респондента поставили на 17 место «Материально обеспеченную жизнь», 8 респондентов поставили на последнее, 18 место, «Творчество».

## 2. Инструментальные ценности М. Рокича

Диаграмма №3



<sup>8</sup> Милтон Рокич (1918–1988) – профессор социальной психологии Университета штата Мичиган и Университета штата Мичиган. Разработал собственную концепцию ценностных ориентаций личности, понимая под ценностью устойчивое убеждение в принципиальной предпочтительности некоторых целей или способов существования перед другими.

Из 20 протестированных, 10 респондентов поставили на 1 место «Аккуратность», 8 респондентов на 2 место поставили «Воспитанность», 4 респондента на 17 место поставили «Образованность», 6 респондентов на последнее, 18 место, поставили «Высокие запросы от жизни».

Несмотря на то, что 20 человек – лишь маленький срез ситуации, т.к. меняются пациенты в палате и уже через день-два все может быть по-другому, анализ анкеты и беседы с пациентами показали, что в хирургическом отделении взаимопомощь пациентов одной палаты необходима, особенно послеоперационным больным. Наше исследование подтвердило, что большинство помогает нуждающимся независимо от темперамента, характера, этических ценностей, возраста, профессии, семейного положения каждого пациента.

### **Список литературы:**

1. Психологические тесты: в 2 т. Т. 1 / под ред. А.А. Карелина. М.: ГИЦ «ВЛАДОС», 2003.
2. Швейцер А. Проблема этики в ходе развития человеческой мысли. Гуманность // Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М.: Прогресс, 1992. С. 500–509.
3. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000.

## **ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ РАННЕГО МАТЕРИНСТВА**

**ПАХОМОВА Кристина Игоревна  
КОРЯКОВСКАЯ Ксения Васильевна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [Pakhomovak@rambler.ru](mailto:Pakhomovak@rambler.ru)

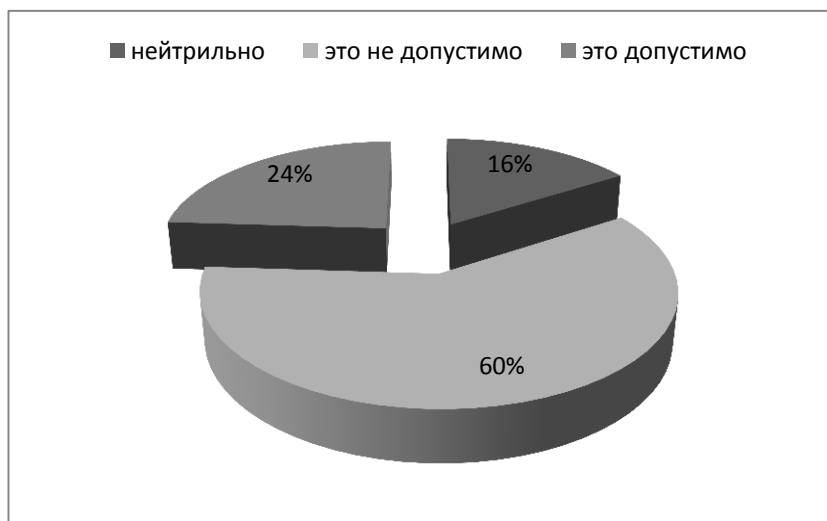
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
**МАКУЛИН Артем Владимирович**

Раннее материнство является в настоящее время одной из основных проблем современной молодежи. Отсутствие у юных женщин изначально осознанного внутреннего желания иметь ребенка и благоприятной психологической настроенности на беременность влечет за собой ряд серьезных социально-психологических проблем [1].

Заинтересовавшись этим вопросом, мы поставили цель: определить основные проблемы, причины и последствия раннего материнства. Для ее выяснения было проведено анкетирование 25 студентов СГМУ женского пола в возрасте от 18 до 25 лет. Анализ полученных результатов позволил сделать выводы, которые мы представляем в данной работе.

**Отношение к проблеме раннего материнства  
в зависимости от количества человек (в %)**

*Диаграмма №1*



*Таблица 1*

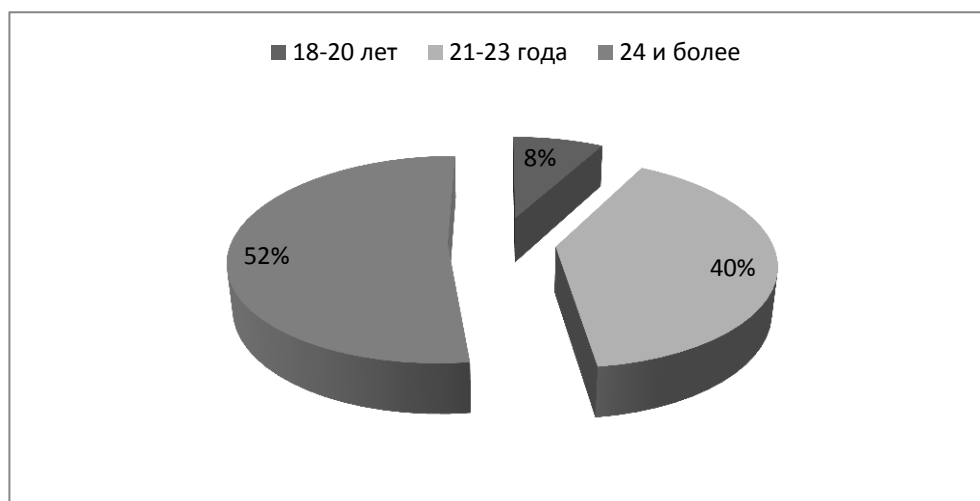
**Основные причины раннего материнства\***

<i>Основные проблемы</i>	<i>Количество человек, выбравших этот вариант ответа</i>
Безответственность в вопросах контрацепции	20
Неосведомленность в вопросах контрацепции	2
Влияние алкоголя	17
Ранняя половая жизнь	15
Искреннее желание иметь детей	3

\*была возможность выбора нескольких ответов

**Оптимальный возраст для рождения ребенка  
в зависимости от количества человек (в %)**

*Диаграмма № 2*



*Таблица*

### Основные проблемы молодых матерей\*

<i>Проблемы</i>	<i>Количество человек, выбравшее этот вариант ответа</i>
Проблемы в финансовой сфере (недостаток денежных средств)	23
Недостаточная эмоциональная зрелость	15
Неодобрение со стороны близких	12
Статус одинокой матери	20
Нет возможности реализоваться в профессиональном плане	21

\*была возможность выбора нескольких ответов

Таблица 3

### Последствия раннего материнства\*

<i>Основные последствия</i>	<i>Количество человек, выбравшее этот вариант ответа</i>
Брошенные дети	23
Плохое воспитание детей	13
Дети воспитываются бабушками	21
Матери малообеспечены	19
Дети растут в неполной семье	7

\*была возможность выбора нескольких ответов

Таблица 4

### Мероприятия необходимые для предотвращения раннего материнства\*

<i>Основные проблемы</i>	<i>Количество человек, выбравшее этот вариант ответа</i>
Просвещение молодых людей о последствиях раннего материнства	20
Просвещение молодых людей о способах контрацепции	13
Консультации врачей гинекологов	8

\*была возможность выбора нескольких ответов

Отсюда мы делаем следующие выводы: большинство опрошенных считают проблему раннего материнства крайне важной и считают, что раннее материнство не приемлемо.

В ходе экспертного опроса были выявлены основные причины раннего материнства: 20 человек считают, что это безответственность в вопросах контрацепции, 17 человек – влияние алкоголя, 15 человек – раннюю половую жизнь и только 3 человека считают, что раннее материнство вызвано искренним желанием иметь детей.

Основной проблемой молодых матерей 23 человека выделило финансовую, из-за отсутствия доходов у матери, в связи с отсутствием образования. Также анкетированные считают, что большинство несовершеннолетних матерей воспитывались в малообеспеченных, неблагополучных, асоциальных семьях. Недостаточная эмоциональная

зрелость является одной из основных проблем для 15 человек, так как в связи с этим мамы не могут воспитывать ребенка хорошо. Большая часть девушек остается не замужем и растит малыша самостоятельно, это является одной из главных проблем для 20 опрошенных. В связи с рождением ребенка возникает необходимость прекращения образования, и в дальнейшем у девушек нет возможности реализоваться в профессиональной плане. Большой проблемой является непонимание и отсутствие поддержки со стороны близких людей, это значительно влияет на психическое здоровье матери.

Самым оптимальным возрастом для материнства считается возраст от 24 лет, так как в этом возрасте в основном завершается процесс получения образования, молодые девушки более эмоционально развиты, ответственны и готовы к рождению ребенка.

Последствий раннего материнства достаточно много. К сожалению, большинство молодых матерей в связи с проблемами, которые мы описали ранее, отдают своих детей в детские дома или оставляют на попечение бабушек и дедушек. Если же девушки решают воспитывать детей сами, то дети в основном растут в неполной малообеспеченной семье, что приводит к недостатку должного воспитания, внимания и благоприятных условий существования.

Во-многом, рождение ребенка несовершеннолетней матерью зависит от ситуации в семье этой девочки, поэтому необходимо больше внимания уделять подросткам со стороны родителей, в семье должны быть доверительные отношения [1]. Для предотвращения раннего материнства необходимо проводить мероприятия, включающие просвещение молодых людей в вопросах контрацепции, знакомить с последствиями и проблемами раннего материнства. Раннее начало половой жизни является в известной степени сигналом родителям, обществу, государству о существующей проблеме, которую необходимо решать.

Мы выявили основные причины, проблемы и последствия рождения ребенка в раннем возрасте и указали на возможную профилактику, необходимую для предотвращения этой проблемы.

### **Список литературы:**

1. Скутнева С.В. Раннее материнство // СоцИс. 2009. № 7. С. 114–118.

## ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

РАЗУМОВА Елизавета Юрьевна  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [lizi1995@gmail.com](mailto:lizi1995@gmail.com)

Науч. рук.: препод. КГН СГМУ  
МАКУЛИНА Евгения Юрьевна

В России ежегодно возрастает число детей-инвалидов. Отношение общества к ним неоднозначно. В их абилитации и интеграции в общество важную роль играет мнение и отношение к ним лечащего врача.

**Целью** нашей работы стало изучение понятия «инвалидность», её особенностей у детей, а также выяснение роли врача в абилитации ребёнка-инвалида и определение отношения студентов СГМУ и врачей-педиатров к детям-инвалидам.

В ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями на 2 июля 2013 г.) определено, что: «Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид»[1].

В структуре детской инвалидности первое занимают заболевания нервной системы и органов чувств, второе – психические расстройства, третье – врождённые патологии. На остальные классы заболеваний приходится менее 50% числа всех детей-инвалидов [3].

У детей инвалидность – явление более тяжёлое, чем у взрослых, поскольку она сопряжена с развитием ребёнка. Инвалидность, несомненно, оказывает влияние на психику ребёнка, его умственное и физическое развитие, с каким бы заболеванием она ни была связана [4].

Для детей чаще всего используется индивидуальная программа реабилитации, то есть разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на

восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Но она имеет рекомендательный характер, родители или сам инвалид могут отказываться от неё или от некоторых мероприятий, предполагаемых в ней [5, с. 38–39].

Зачастую дети-инвалиды чувствуют и ведут себя не в соответствии со своим возрастом. В зависимости от заболевания их психическое развитие может отставать, например, при патологиях нервной системы, или опережать сверстников, при заболеваниях, не связанных с нарушениями нервной системы, как следствие – привычки следить за собой, контролировать состояние своего здоровья.

У некоторых детей-инвалидов могут появляться психологические проблемы, связанные с их заболеванием, положением в обществе, ограниченными возможностями самореализации, недостатком общения [6].

Очень многое в развитии детей-инвалидов зависит от благополучия семьи. В неблагополучных семьях заболеваемость детей инвалидов куда выше, а психическое состояние хуже, чем в благополучных. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к лечению детей инвалидов из благополучных и неблагополучных семей [6].

Также следует помнить, что общение с ребёнком-инвалидом и его семьёй будет длительным. Родители, после нескольких лет болезни ребёнка, могут общаться с врачом на равных и во многом не уступать ему по знаниям.

Врач-педиатр должен общаться с пациентом и его семьёй, учитывая все вышеперечисленные условия. Желательно, чтобы отношения «врач – пациент» в данном случае строились на доверии и участии, по возможности была выбрана коллегиальная модель общения.

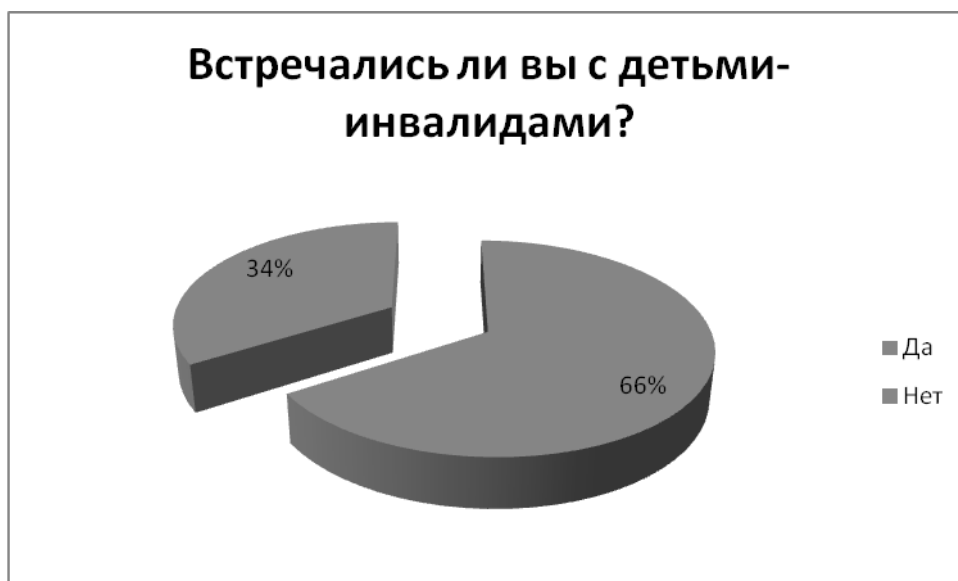
Для выяснения этических аспектов взаимоотношений врача и ребенка-инвалида в октябре 2013 г. был проведен социальный опрос 47 студентов 2 курса педиатрического факультета СГМУ и 16 врачей одной из поликлиник города Архангельска.

По данным социального опроса, были получены следующие результаты:

Большинство опрошенных студентов за время практики успело встретиться с детьми-инвалидами: (см. диаграмму №1)

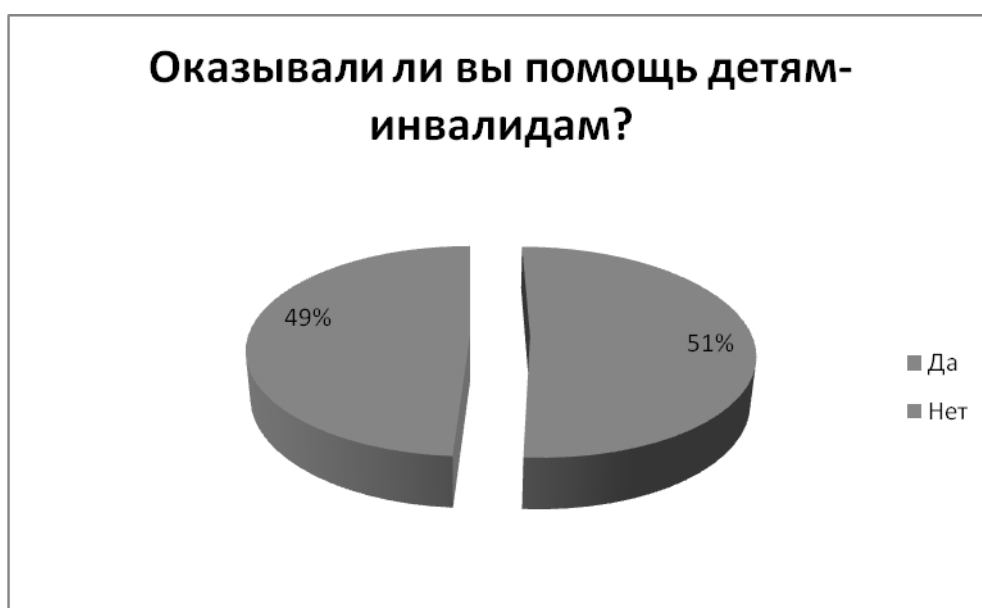


Диаграмма № 1



Чуть меньшее число оказывало им помощь: (см. Диаграмму № 2)

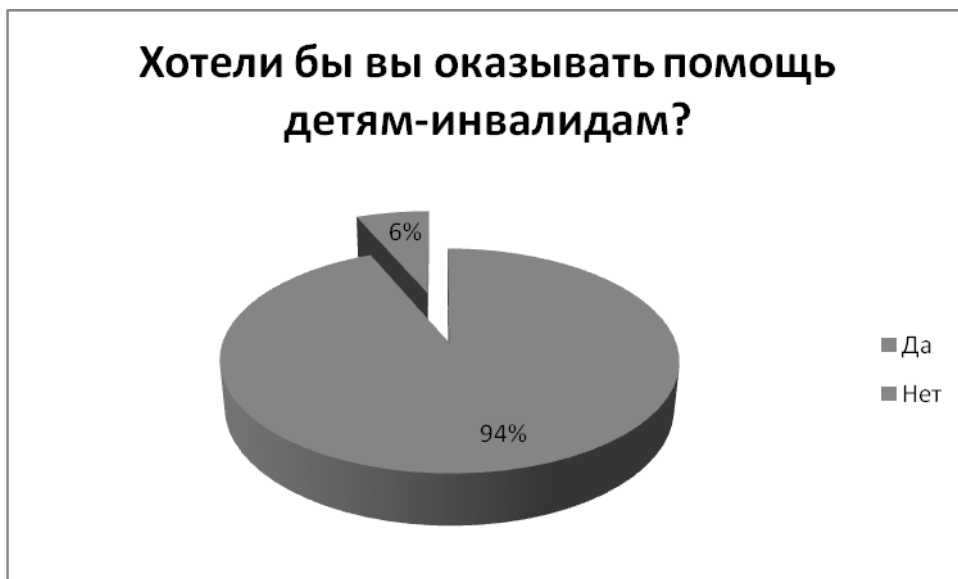
Диаграмма № 2



Хотели бы оказывать помощь детям-инвалидам подавляющее большинство опрошенных студентов: (см. Диаграмму № 3)

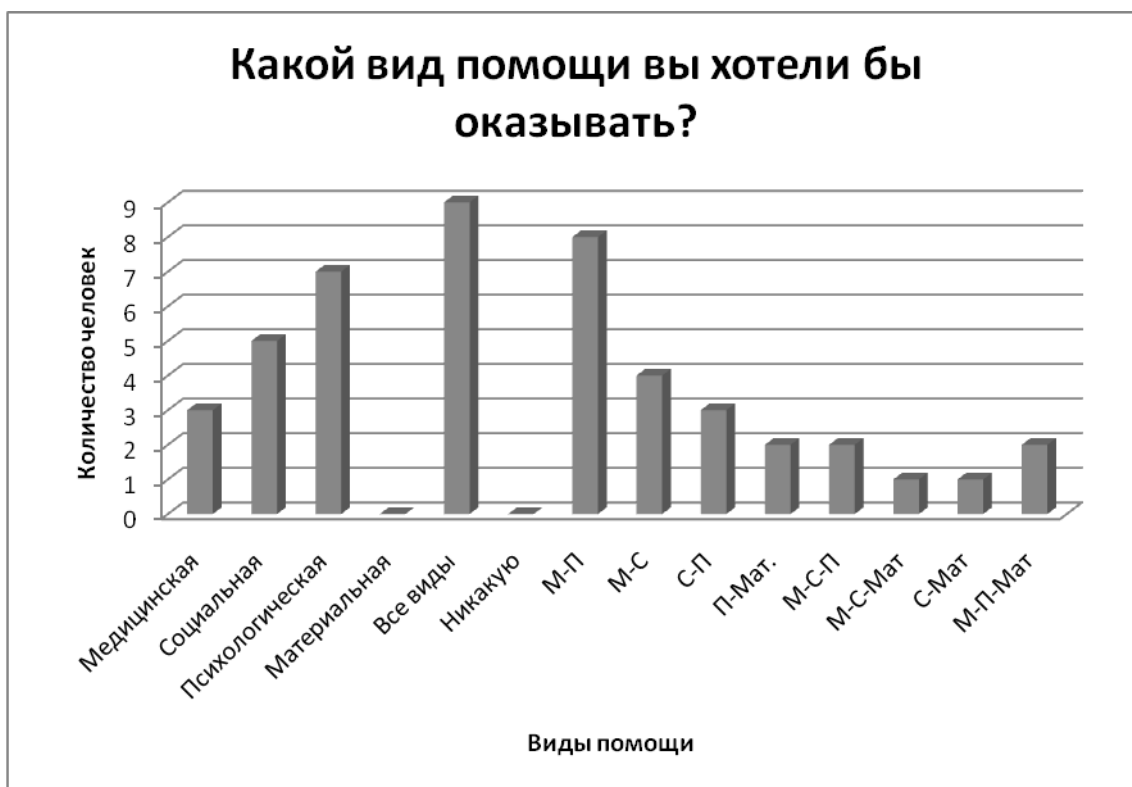
Чаще всего будущие педиатры хотели бы оказывать детям психологическую помощь отдельно или совместно с медицинской (М-П), а так же все возможные виды помощи.

Диаграмма № 3



От работы с детьми-инвалидами не отказался ни один из опрошенных: (см. Диаграмму № 4).

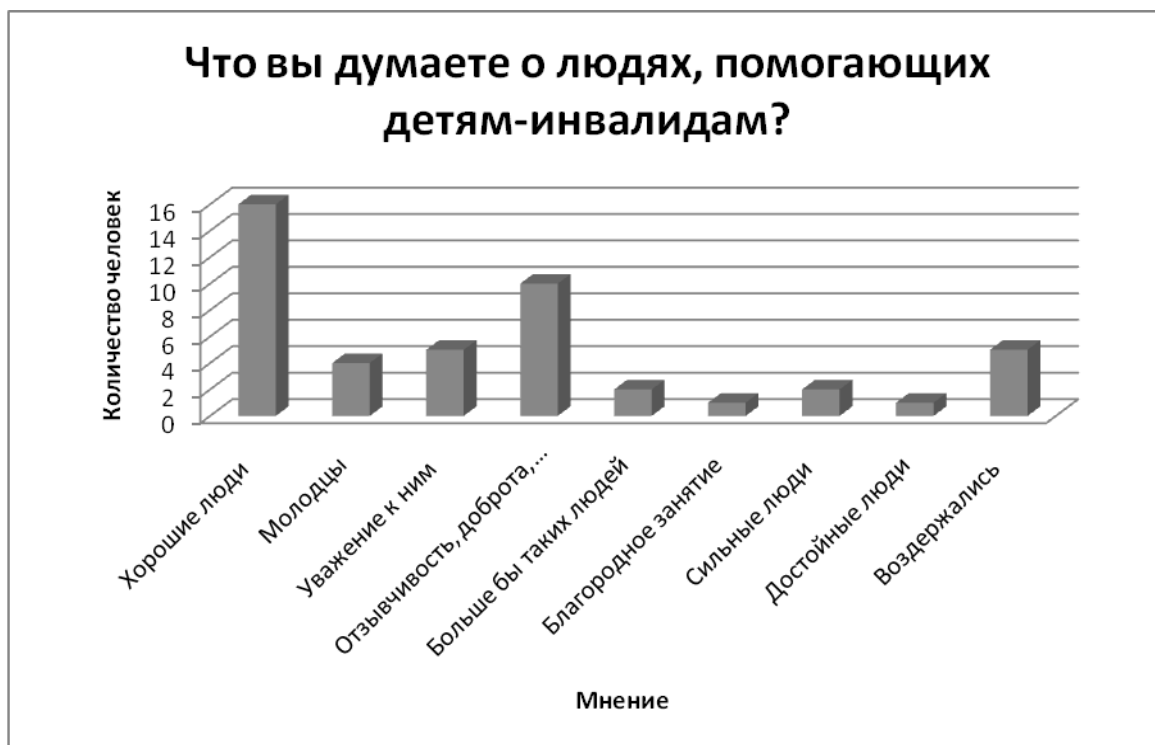
Диаграмма № 4



Отзывы о людях, помогающих детям-инвалидам, оказались полностью положительными. Такие начинания поддерживают и уважают. Многие респонденты отметили отзывчивость, доброту и гуманность таких людей,

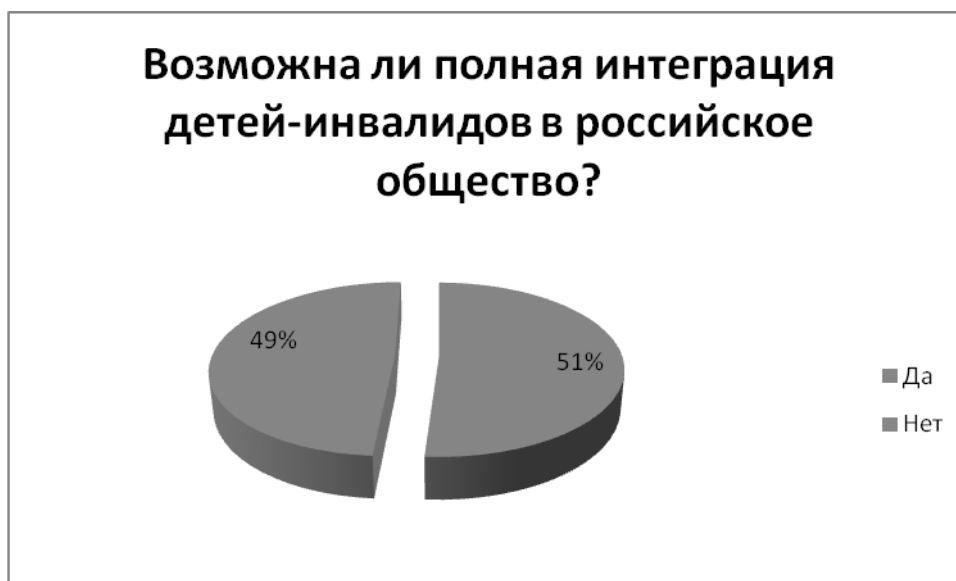
важность их для общества и самих детей-инвалидов. Так же указывали на благородство волонтеров, их силу духа: (см. Диаграмму № 5).

Диаграмма № 5



Помимо вопросов о помощи детям-инвалидам студентов спрашивали о том, могут ли дети-инвалиды полностью приспособиться к современному российскому обществу. На этот вопрос мнения студентов разделились почти поровну, но большая часть опрошенных согласилась с такой возможностью: (см. Диаграмму № 6).

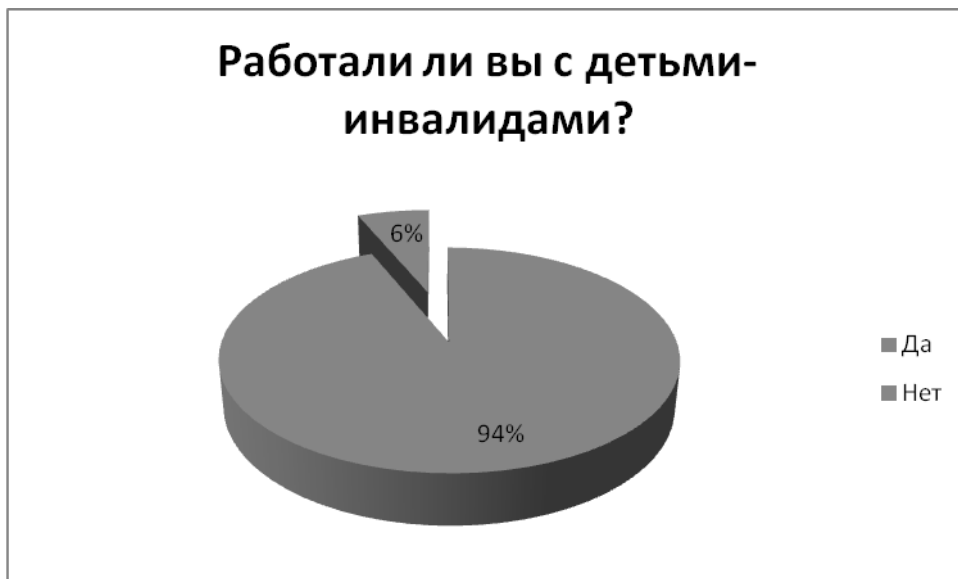
Диаграмма № 6



Похожие вопросы были заданы практикующим архангельским врачам-педиатрам. На диаграммах – анализ их ответов.

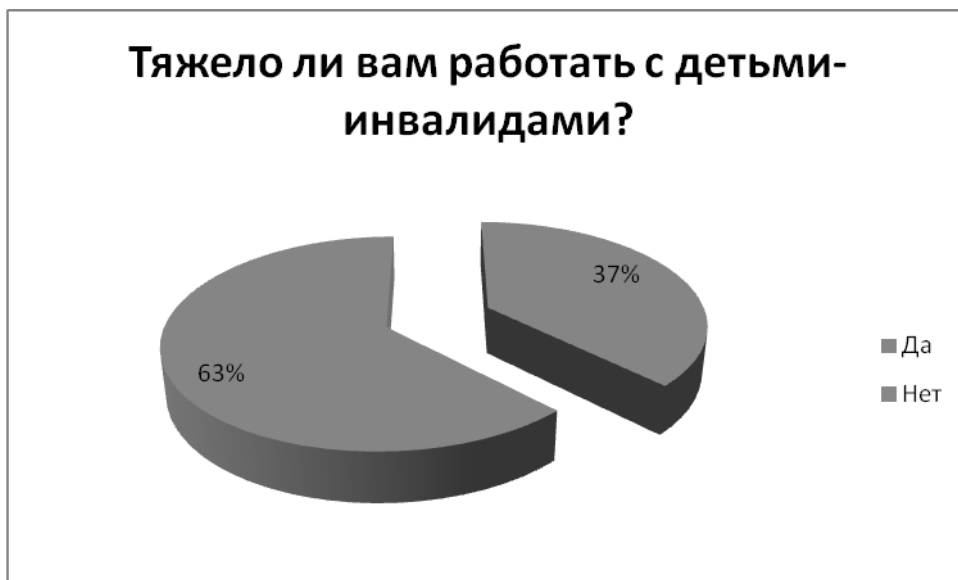
Большинство врачей-педиатров, по данным опроса, работало с детьми-инвалидами:

Диаграмма № 7



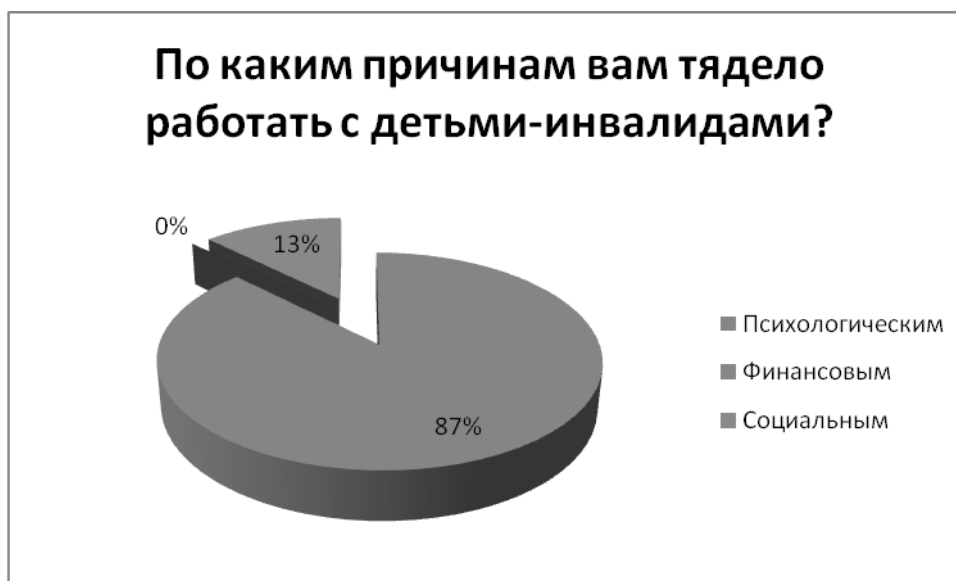
Большинство врачей не считают работу с детьми-инвалидами трудной:

Диаграмма № 8



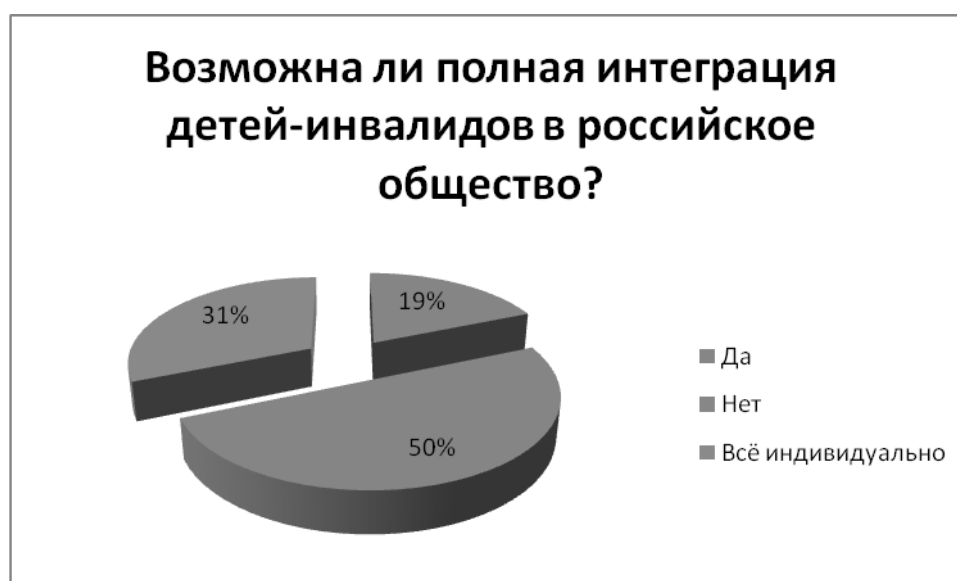
Основным затруднением в работе с такими детьми для врачей является психологический фактор:

Диаграмма № 9

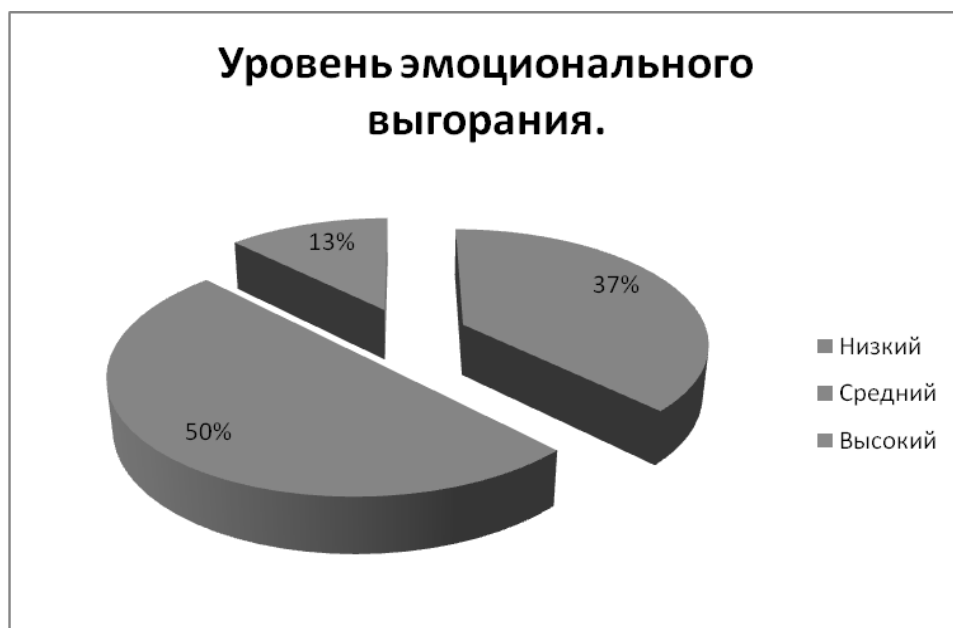


На вопрос о возможности интеграции детей-инвалидов в российское общество врачи чаще отвечали отрицательно. И, в отличие от студентов, некоторые указали индивидуальность возможности интеграции для каждого отдельного случая:

Диаграмма № 10



Возможно, это связано с достаточно высоким уровнем эмоционального выгорания у врачей:



Итак, в ходе обработки данных опросов выяснилось, что отношение студентов педиатрического факультета СГМУ к детям-инвалидам не является отрицательным. Абсолютное большинство готово оказывать им различную помощь, активно работать с ними и считает возможной их нормальную жизнь в обществе. В то же время практикующие врачи более сдержано относятся к возможности интеграции детей-инвалидов в социум и работе с ними.

#### **Список источников и литературы:**

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон; принят Гос. Думой 20 июля 1995; с изм. на 2 июля 2013 г. (ред., действ. с 01.09.2013) // consultant.ru
2. Дьяченко В.Г., Чепель Т.В. Некоторые подходы к совершенствованию медико-социальной помощи детям-инвалидам // Здоровоохранение РФ. 2001. № 5. С. 17–19.
3. Зелинская Д.И. О состоянии детской инвалидности и реализации федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» // Рос. педиатр. журнал. 2001. № 2. С. 4–7.
4. Пузин С.Н., Линник В.В., Чикина Л.Н. Актуальные проблемы реабилитации детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. № 4. С. 6–9.
5. Руководство для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья: помощь и поддержка / авт. текста: С.Г. Шпилевая; Центр северных стран по вопр. благосостояния и социал. обеспечения; Информ. бюро СМ северных стран в Калининграде. Калининград: Пикторика, 2011.
6. Хуснутдинова З.А. Пути совершенствования медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям // Рос. педиатр. журнал. 2001. № 2. С. 60–63.

## ДЕОНТОЛОГИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБОРТИРОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

ТЕЛЮКИНА Яна Андреевна  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Лечебный ф-т

E-mail: [dammno4aka@rambler.ru](mailto:dammno4aka@rambler.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Прогресс современной науки предоставляет нам широкий спектр знаний, в том числе и медицинской направленности. При этом стоит знать, чему можно доверять. Также появляется все больше объявлений о просьбе помочь ребенку с той или иной антенатальной патологией, однако не всегда говорится о предпринятых мерах профилактики появления заболевания.

Мы решили определить уровень информированности молодого населения по медицинским вопросам при абортации женщин с выявленной патологией плода и установить основные тенденции в видении его морально-этических аспектов.

Для этого был подготовлен и проведен социологический опрос 53 человек в возрасте от 18 до 25 лет, из них 25 – женщины (47,1%) и 28 – мужчины (52,9%). Результаты его анализа стали основой нашего исследования.

Стоит ли вынашивать ребенка с диагностированной патологией плода?					
	Да	Нет	Смотря какая	Скорее нет, чем да	Дело каждого
Женщины (25)	44% (11)	32% (8)	16% (4)	4% (1)	4% (1)
	Да	Нет	Смотря какая	Если будет счастливая жизнь	50/50
Мужчины(28)	21,4% (6)	60,7% (17)	7,1% (2)	3,7% (1)	7,1% (2)

Лишь 16% женщин задумались над патогенезом и около половины – в любом случае оставили бы малыша. Среди мужчин показатели отличаются – двое задумались над патогенезом, а 60,7% считают, что вынашивание ребенка не имеет смысла. При этом 3,7% – сохранили бы жизнь такому малышу в случае счастливой жизни. Однако нельзя однозначно сделать заключение, будет ли жизнь ребенка счастливой или нет, ведь это может зависеть от тяжести заболевания, а не только от усилий родителей.

Знаете ли Вы какие-либо внутриутробные наследственные болезни?			
	Да	Нет	
Женщины (25)	88,9% (16)	11,1% (2)	
	Да	Нет	Непонятно о чем идет речь
Мужчины (28)	64,3% (18)	32,1% (9)	3,6% (1)

Показатели говорят о том, что уровень информированности о данном вопросе высокий, однако следует заметить, что среди мужчин такой показатель ниже, чем среди женщин. Вероятнее всего, это обусловлено тем, что 2/3 опрошенных женщин в той или иной мере относятся к медицинской сфере (обучаются, работают), тогда как среди мужчин этот показатель равен примерно 1/3.

<b>Какой, по Вашему мнению, фактор может являться лидирующим в возникновении внутриутробной патологии?</b>				
<b>а) окружающая среда</b>				
<b>б) генетика</b>				
<b>в) образ жизни</b>				
	<b>а</b>	<b>б</b>	<b>в</b>	<b>Все названные</b>
Женщины (25)	8% (2)	32% (8)	52% (13)	8% (2)
	<b>а</b>	<b>б</b>	<b>в</b>	$\Sigma$
Мужчины (28)	3,6% (1)	35,7% (10)	60,7% (17)	

Порядка 50–60% опрошенных в обеих группах считают доминантой образ жизни матери, что, несомненно играет роль, средние показатели у генетики и самое малое процентное соотношение у ОС. О том же, что все факторы могут влиять на развитие патологии, задумалось только 8% опрошенных.

<b>Является ли прерывание беременности (аборт) при диагностировании внутриутробной патологии при пренатальной диагностике обоснованным?</b>					
	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Не знаю</b>	<b>Наверное</b>	<b>Зависит от наследственности</b>
Женщины (25)	64% (16)	16% (4)	8% (2)	8% (2)	4% (1)
	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>50/50</b>	<b>На совести матери</b>	<b>Зависит от тяжести</b>
Мужчины (28)	64,2% (18)	25% (7)	3,6% (1)	3,6% (1)	3,6% (1)

В обеих группах 64% опрошенных считают обоснованным аборт, однако 3,6% мужчин считают, что это останется на совести матери.

<b>Должна ли беременность быть планируема?</b>			
	<b>Да</b>	<b>Необязательно</b>	<b>Скорее да, чем нет</b>
Женщины (25)	92,0% (23)	4% (1)	4% (1)
	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	
Мужчины (28)	85,7% (24)	14,2% (4)	

В обеих группах порядка 85–90% опрошенных склоняются к тому, что беременность должна быть планируема, однако 14% мужчин все же подвергли это сомнению. Что интересно – 4% женщин – тоже.



<b>Знаете ли Вы, что такое медико-генетическое консультирование? Можете ли дать краткую аннотацию</b>			
	Да	Нет	Точно – не знаю
Женщины (25)	68% (17)	24% (7)	8% (1)
	Да	Нет	Примерно
Мужчины (28)	53,6% (15)	32,1% (9)	14,3% (4)

Чуть больше половины опрошенных знают значение предложенного словосочетания, при этом у мужчин показатель незнающих – опять же выше.

<b>Считаете ли Вы правильным сообщать в семье (родственникам или мужу/жене) о наследственных заболеваниях в роду?</b>		
	Да	Нет
Женщины (25)	100% (25)	
	Да	Нет
Мужчины (28)	85,7% (24)	14,3% (4)

Женщины единогласно выразили правильность информирования родных. 14% мужчин не стали бы информировать близких. Быть может, это обусловлено «мужским» типом поведения, т.е. нежеланием говорить о своих проблемах.

<b>Стоит ли рожать ребенка с такой диагностированной патологией плода, как синдром Дауна?</b>					
	Да	Нет	Не знаю	Затрудняюсь ответить	Дело каждого
Женщины (25)	48% (12)	40% (10)	8% (1)	8% (1)	8% (1)
	Да	Нет	Не знаю		
Мужчины (28)	39,3% (11)	57,1% (16)	3,6% (1)		

Опрос показал, что мужчины с меньшей вероятностью решились бы на воспитание ребенка с такой патологией, нежели женщины.

<b>Считаете ли Вы правильным сбор средств для помощи детям с тяжелой патологией плода, если</b>							
<b>а) родители знали о болезни после проведения пренатальной диагностики</b>							
<b>б) родители не знали, но проводили пренатальную диагностику</b>							
<b>в) родители не знали и пренебрегли пренатальной диагностикой</b>							
	а	б	в	В любом случае			
Женщины (25)	8%(2)	32%(8)	4%(1)	50%(14)			
	а	б	в	Не знаю	Должны заниматься специалисты	Если могут помочь врачи	Дело родителей
Мужчины (28)	21,3% (6)	53,6% (15)	3,6% (1)	3,6% (1)	3,6% (1)	3,6% (1)	10,7% (3)

50% женщин считают, что сбор средств для ребенка должен производиться в любом из вышеперечисленных случаев, 53% мужчин также считают, что помогать нужно, но лишь в том случае, если диагностика дала сбой.

<b>Стоит ли, по-вашему, доверять результатам пренатальной диагностики?</b>				
	Да	Не знаю	50/50	нет
Женщины (25)	69,6%(17)	8,7%(2)	17,4%(5)	4,3%(1)
	Да	Не знаю	50/50	нет
Мужчины (28)	85,7%(24)	3,6%(1)		10,7%(3)

Большинство людей (70–85%) в обеих группах считают, что доверять результатам все-таки стоит. Порядка 17% женщин не могут сказать точно, 10% мужчин – уверены в ненадежности такой диагностики. Важно отметить, что на сегодняшний день появляется все больше отзывов на форумах для молодых мам о несовершенстве данных методов, ввиду чего женщины отказываются от проведения данного обследования.

<b>Должно ли государство заботиться о больных детях с тяжелой патологией плода, если родители знали о ней, но решили оставить ребенка?</b>				
	Да	Нет		
Женщины (25)	88% (22)	12% (3)		
	Да	Нет		Не всегда
Мужчины (28)	64,3% (18)	32,1% (9)		3,6% (1)

Большинство опрошенных считают, что государство обязано заботиться о ребенке и выплачивать ему дотации в любом случае.

<b>Что, по-вашему, правильней – взять ребенка из детдома или пытаться сделать ЭКО?</b>						
	ЭКО	Дет.дом	Решение каждого			Затрудняюсь ответить
Женщины (25)	40%(10)	44%(11)	8%(2)			8% (2)
	ЭКО	Дет.дом	Решать самим	Не понимаю	По ситуации	Затрудняюсь ответить
Мужчины (28)	35,7% (10)	21,4% (6)	17,8% (5)	7,2% (2)	7,2% (2)	10,7% (3)

Голоса женщин разделились практически полностью, мужчины же считают более правильным сделать ЭКО.

<b>Как Вы думаете, почему женщины предпочитают родить заведомо больного ребенка, нежели взять его из детдома?</b>					
	Свое	Не знаю	Плохая наследственность	Прелести материнства	Страх воспитывать чужое
Женщины (25)	52% (13)	8% (2)	20% (5)	8% (2)	12% (3)
	Свое	Не знаю		Безответственность	
Мужчины(28)	78,6%(22)	10,7%(3)		10,7%(3)	

В результате опроса стало ясно, что большинство опрошенных обеих групп считают, что ребенка из детского дома в малой степени можно считать своим.

<b>Целесообразным было бы картировать хромосомы детей в детдомах – чтобы знать о наследственности ребенка до его усыновления, ввиду того, что частая отговорка чтобы не брать малыша оттуда – «плохая генетика»?</b>					
	Нет	Да	Неэтично	Не совсем	Возможно
Женщины(25)	32% (8)	56% (14)	4% (1)	4% (1)	4% (1)
	Да	Нет	Личное дело	Не знаю	А смысл?
Мужчины(28)	50% (14)	39,2% (11)	3,6% (1)	3,6% (1)	3,6% (1)

Большая часть опрошенных женщин склоняется к целесообразности данного занятия, как и мужчин. Однако порядка 30–40% человек в обеих группах считают обратное. Возможно, лимитирующим фактором послужила стоимость данной процедуры, однако с 2000 по 2007 гг. стоимость снизилась в 30 раз [3] и в 2009 г. составила 4,4 тысячи долларов [4].

<b>Вы бы предложили своей женщине пройти пренатальную диагностику?</b>				
	Да	Нет	Не могу ответить	Должны решать оба родителя
Мужчины (28)	78,6% (22)	14,2% (4)	3,6% (1)	3,6% (1)

78% мужчин попросили бы свою вторую половинку пройти данное обследование. Это очень важно, потому что не каждая девушка знает о такой процедуре.

<b>Согласились ли бы Вы воспитывать ребенка с тяжелой патологией плода?</b>					
	Возможно	Нет	Не могу ответить/не думал	Да	Если от любимой женщины - да
Мужчины(28)	7,2%(2)	35,6%(10)	25%(7)	28,6%(8)	3,6%(1)

Число мужчин, решившихся на воспитание больного малыша, почти равно числу честно признавших, что не станут делать этого. Однако практически те же цифры находятся в графе не задумывающихся об этом вопросе молодых людей.

<b>Если Вы после пренатальной диагностики жены/девушки узнали о возможной патологии ребенка, Вы бы рекомендовали ей сделать аборт или рожать?</b>					
	Рожать	Затрудняюсь ответить	Аборт	Обсудить с женой	Смотря какая
Мужчины(28)	32,2%(9)	10,7%(3)	32,2%(9)	10,7%(3)	14,2%(4)

Голоса разделились пополам – за роды и за аборт. Однако 10% решили все-таки обсудить это с женой и 14% – решили узнать о патогенезе заболевания.

<b>Имеет ли нерождённый ребенок, даже если он болен, право на жизнь?</b>				
	Да	Нет	Зависит от тяжести	
Женщины(25)	84%(21)		16%(4)	
	Да	Нет	Оба родителя решают	Мать берет ответственность на себя
Мужчины(28)	71,4%(20)	10,7%(3)	14,3%(4)	3,6%(1)

Высокие показатели в графе – право на жизнь, однако 10% мужчин думают, что такого права у ребенка нет. И 3,6% считают, ответственность за жизнь такого ребёнка должна взять на себя мать.

<b>Можно ли считать нерождённого ребенка личностью?</b>				
	Да	Нет		
Женщины(25)	76% (19)	24%(6)		
	Да	Нет	Не полностью	Затрудняюсь ответить
Мужчины(28)	21,4%(6)	64,4%(18)	7,1%(2)	7,1%(2)

Большинство женщин считают, что не рожденный ребенок – уже личность, мужчины же высказали диаметрально противоположное мнение.

<b>Обрекает ли родитель, решивший оставить больного ребенка, на муки или дает ему право на жизнь?</b>					
	Муки	Жизнь	В зависимости от тяжести	Жизнь в муках	
Женщины(25)	44%(11)	24%(6)	24%(6)	8%(2)	
	Муки	Жизнь	В зависимости от тяжести	Жизнь в муках	Не корректный вопрос
Мужчины(28)	32,2%(9)	35,7%(10)	17,8%(5)	10,7%(3)	3,6%(1)

Большинство женщин, по результатам опроса, считают, что жизнь принесет больному малышу муки, тогда как число мужчин, считающих также, примерно равно числу мужчин, считающих, что право на жизнь не рождённый должен получить.

<b>Важно ли информировать население о способах, возможностях и последствиях мед.ген.консультирования и пренатальной диагностики?</b>			
	Да		
Женщины (25)	100% (25)		
	Да	Нет	Не понял вопроса
Мужчины (28)	89,3% (25)	7,1% (2)	3,6% (1)

100% женщин заявили о важности и нужности информирования населения, тогда как 7,1% мужчин решили, что этого делать не стоит. 3,6% не поняли вопроса.

<b>Вправе ли мать распоряжаться жизнью нерождённого ребенка?</b>				
	Да	Нет	Оба родителя должны	Затрудняюсь ответить
Женщины(25)	76%(19)	8%(2)	8%(2)	8%(2)
	Да	Нет	Оба родителя должны	Затрудняюсь ответить
Мужчины(28)	71,4%(20)	21,4%(6)	3,6%(1)	3,6%(1)

70–76% в обеих группах считают, что мать может распоряжаться жизнью ребенка, однако 21% мужчин с этим не согласны.

<b>Является ли нерождённый ребенок частью организма матери или он уже самостоятельный объект?</b>					
	Часть		50/50	Самостоятельный	
Женщины(25)	60% (15)		16% (4)	24% (6)	
	Часть	Самостоятельный	Либо оба варианта, либо ничего	Затрудняюсь ответить	Особое состояние
Мужчины(28)	60,6%(17)	28,6%(8)	3,6%(1)	3,6%(1)	3,6%(1)

Большинство человек в обеих опрошенных группах считают ребенка частью организма матери, и как следствие – дают возможность распоряжения его жизнью, однако 3,6% мужчин высказали мнение, что эти два варианта не могут быть взаимоисключаемыми.

Таким образом, из вышеизложенного следует:

– Большинство мужчин из опрошенных не видят смысла в вынашивании ребенка с диагностированной патологией плода, считают, что он не имеет права на жизнь, и, в большинстве случаев, они бы непременно отправили свою жену на пренатальную диагностику, чтобы минимизировать возможность развития патологии.

– Женщины, напротив, считают, что вынашивать ребенка стоит, он в любом случае имеет право на жизнь.

– Основной причиной не брать ребенка из детского дома является подсознательная фиксация того, что он все-таки не свой.

– Большинство опрошенных доверяют результатам пренатальной диагностики.

– Небольшой процент мужчин склонен возлагать проблемы будущего ребенка и его жизнь в целом на плечи матери.

### **Список литературы:**

1. Ридли М. Геном: автобиография вида в 23 гл. М.: Эксмо, 2008.

2. Руководство по педиатрии / под ред. А.А. Баранова, Б.С. Каганова, Р.Р. Шиляева. Т.: Врожденные и наследственные заболевания / под ред. П.В. Новикова. М.: Династия, 2007.
3. <http://www.forbes.ru/forbes/issue/2007-07/14003-grozit-li-vam-rak>
4. <http://lenta.ru/news/2009/11/06/genome>

## ЭТИЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫМ И УМИРАЮЩИМ

ТИШКОВА Ирина Николаевна,  
АСАДОВА Зумруд Хаммедовна  
Архангельск, Россия,  
Северный государственный медицинский университет,  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [katty-2014@rambler.ru](mailto:katty-2014@rambler.ru),  
[ya.desertrous.@yandex.ru](mailto:ya.desertrous.@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Одним из факторов постоянной убыли населения являются болезни. К сожалению, медицина не всегда может противостоять им и часто оказывается бессильна. Ежегодно заболевания уносят жизни миллионов человек. Постоянно врачу приходится наблюдать десятки смертей. Ему приходится смотреть в глаза пациентов, полные страдания и безысходности, и понимать, что совсем скоро поговорить с тем или иным человеком уже не удастся. И он с отчаянием и глубоким чувством вины осознает, что, являясь даже самым первоклассным и квалифицированным врачом, не может дать больному, то, что дороже всего в жизни человеку – здоровье! Смерть пациента, как правило, оказывает на медицинского работника сильное действие, заставляет еще и еще раз задуматься о несовершенстве медицины, побуждает к повышению своего профессионального мастерства и к научному поиску [1].

Как будущие врачи, мы решили разобраться в отношениях медицинских работников к неизлечимо больным и умирающим. Это стало **целью** нашей работы. **Задачи** для достижения цели: Узнать: Каким должен быть врач в глазах пациента? Каким образом стоит вести диалог с терминальным больным? Что следует говорить пациенту о его болезни, а чего не стоит? Какую помощь может предоставить врач такому больному?

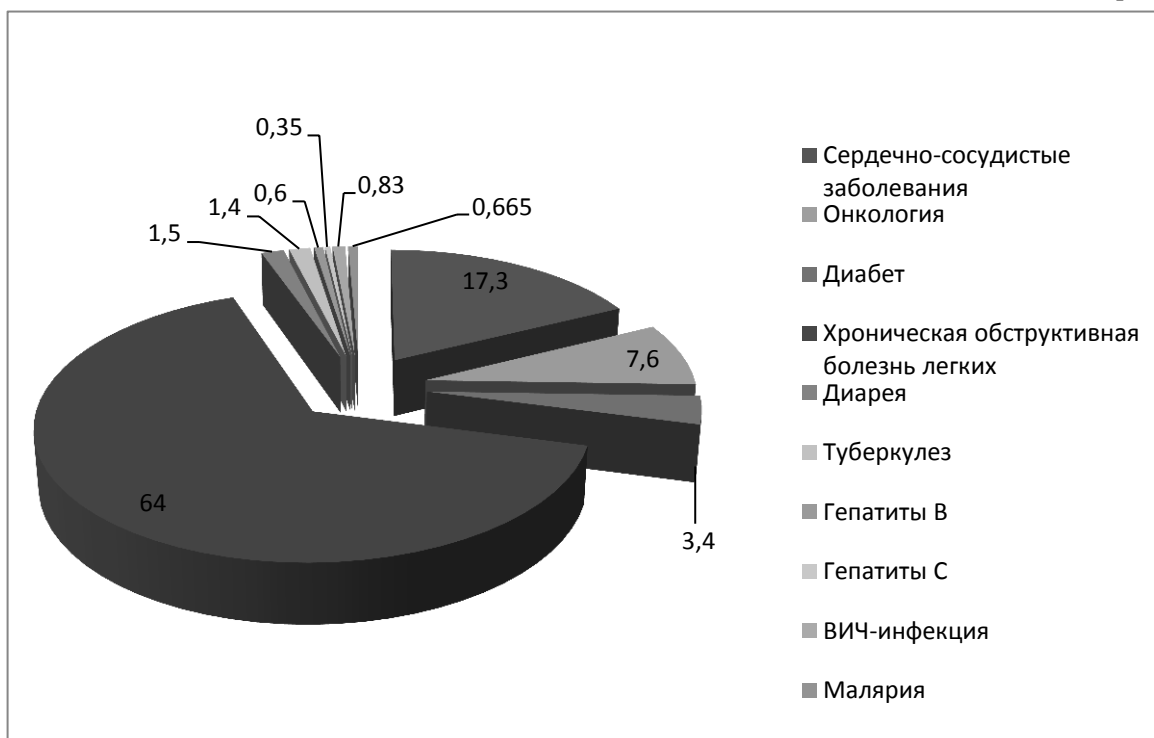
Помощь неизлечимо больным должна быть направлена на достижение душевного и психосоциального спокойствия, облегчение страданий, поддержку. Такая помощь называется паллиативной. Её оказывает медицинский персонал, который становится для пациента близким человеком, семьей, опорой, помогающий в борьбе с болезнью и её принятием. Вирджиния Хендерсон, будучи одной из первых медсестер, которая попыталась после Флоренс Найтингейл определить смысл понятия сестринское дело, отмечала: «медсестра – это ноги безногого и глаза ослепшего...».

11 октября – Всемирный день хосписной и паллиативной помощи. В 1982 г. паллиативная помощь была выделена ВОЗ в отдельное направление медицины. В нашей стране система предоставления паллиативной помощи развита недостаточно хорошо, и она не является самостоятельной областью.

Её развитию мешают многие причины. Терминальные больные в нашей стране, в большинстве случаев, получают необходимую помощь на дому, где за ними ухаживают их близкие. Больных не госпитализируют на длительное время в больницы, а привычная домашняя обстановка, семья и т. п., безусловно, помогает больному обрести большее душевное спокойствие, чем нахождение в больнице. Часто паллиативную помощь путают с хосписной, которая является заключительным ее этапом и направлена на обезболивание. Её применяют только на 4-й стадии онкологических заболеваний. На наш взгляд, это достаточно неправильно, т. к. мучения при жизни имеют не только онкологические больные, но и многие другие. Почему же им не предоставляют эту помощь? Наверняка, все опять-таки это связано с денежными затратами государства, которому невыгодно содержать экономически нерентабельное население. На наш взгляд программы по паллиативной помощи требуют достаточно больших доработок.

К летальному исходу приводят многие заболевания. В диаграмме № 1 показаны наиболее распространенные из них:

Диаграмма № 1



Первое место в ней по распространенности занимает хроническая обструктивная болезнь легких, от нее умирает ежегодно около 64 млн. человек. На втором месте находятся сердечно-сосудистые заболевания, со смертностью 17 млн. 300 тыс. человек. В тройку распространенных заболеваний также входят онкологические заболевания, со смертностью 7 млн. 600 тыс. человек. Обратим особое внимание на то, что большинство из

этих заболеваний являются прямым следствием наших нездоровых привычек и нездорового образа жизни. Но своевременная диагностика может предотвратить развитие заболевания, и даже победить ее.

Какие же этические нормы должны соблюдаться в системе «врач – пациент»?

*Конфиденциальность*: сохранение информации, касающейся личности пациента, втайне от третьих лиц.

*Тактичность*: соблюдение границы в общении с больным, которую нельзя переступать, учитывая при этом возраст пациента, пол, наличие или отсутствие посторонних и т. д.

*Равенство*: обязанность рассматривать людей в рамках равенства, как морального, так и материального [4].

*Уважение личности*: уважение достоинств, прав и обязанностей пациента.

*Сострадание*: способность пронести боль пациента через себя, как физическую, так и душевную.

С целью понять, каково же отношение медицинских работников в Архангельске к неизлечимо больным и умирающим, был проведен социологический опрос. В анкетировании участвовали 23 человека, из них врачами являются 6 человек, что составляет 26% от общего количества, а младших медицинских работников – 17 человек, что составляет 74% (см. диаграмму № 2).

Диаграмма № 2 участников (количество человек указано в %)



Анкета состояла из 10 вопросов, каждый из которых в наибольшей мере отражал ту или иную позицию участников.



Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вопросы	Наиболее частые ответы	Процентное соотношение
1. Часто ли вам приходилось сталкиваться с такими пациентами?	крайне редко очень часто	50% 50%
2. Какого мнения вы придерживаетесь в отношении таких больных?	каждый пациент-это личность, за каждого в отдельности я переживаю и переношу всю его боль через себя	65%
3. Я беспокоюсь о том, что не говорю пациенту что-либо важное (например, всю правду о его диагнозе)?	всегда	56%
4. Я объясняю таким пациентам, что нельзя терять смысл, нужно радоваться жизни вопреки болезни?	да	100%
5. Все ли пациенты понимают серьёзность своего заболевания?	нет	73%
6. Как пациенты реагируют на свою болезнь?	становятся безразличны ко всему	56%
7. Как врач должен вести диалог с пациентом?	рассказать так, чтобы дать пациенту надежду на выздоровление	69%
8. Как вы думаете, что помогло бы врачу в вашем случае прийти к верному решению?	состояние здоровья и психики на данный момент	60%
9. Каким образом чаще, по вашему мнению, пациенты реагируют после оглашения им их диагноза?	отрицание, гнев, депрессия	65%
10. Чем врач может помочь пациенту после оглашения диагноза?	беседой врача-психолога	56%

### **Анализ анкетирования:**

По результатам данного анкетирования можно сделать следующие выводы:

*Во-первых*, в редких случаях можно наблюдать безэмоциональное, равнодушное отношение к терминальным больным со стороны медицинского персонала.

Известный немецкий физик, физиолог и психолог Герман Гельмгольц считал, что врачу необходимо «стоять перед надломленным взором умирающего, нужно самому слышать вопли отчаяния его семьи, нужно себе задать перед лицом смерти грозный вопрос: все ли было сделано для предотвращения рокового события?»[1].

*Во-вторых*, большинство медицинских работников чувствуют свою вину перед больным, так как они целенаправленно утаивали некоторую информацию о состоянии здоровья пациента с целью наименьшего травмирования его психики.

Зачастую врачу бывает сложно сказать пациенту о его диагнозе в силу многих обстоятельств. Одним из основных критериев является боязнь усугубить течение болезни больного, что может привести к его более быстрому летальному исходу. Поэтому врач часто не договаривает всю правду о состоянии здоровья больного, а более того – пытается дать надежду на выздоровление.

*В-третьих*, неизлечимо больным и умирающим пытаются оказать как врачебную помощь, так и психологическую, тем самым поддерживая их в тяжелой жизненной ситуации, что является немаловажным для пациентов, так же, как и помощь со стороны родных.

Врачи стараются облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии. В крайних случаях, прибегают даже к такому спорному методу, как эвтаназия, который на данный момент в России запрещен. В чем же его двойственность? С одной стороны, этот способ «легкой смерти» направлен на облегчение страданий больного, а с другой стороны, каждый врач давал «Клятву Гиппократата», обязуясь бороться за жизнь, а не прекращать ее!

Кодекс врачебной этики РФ говорит о том, что «врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, а обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми, известными ему и разрешенными способами» [2].

Мы считаем, что студентам медицинских Вузов следует проводить встречи с врачами, имеющих дело с терминальными больными. Это помогло бы им более ярко понять психологию таких пациентов, научиться находить индивидуальный подход к каждому, а так же подбирать нужные и уместные слова при ведении с ними диалога.

Таким образом, исследование показало, что медицинский персонал не просто выполняет свои профессиональные обязанности, но и заинтересован в том, чтобы помогать терминальным больным справиться с их тревогой, страхом и депрессией после оглашения им диагноза.

Пациенты стремятся увидеть в медработниках такие качества, как гуманность, сострадание, тактичность, внимательность, а также терпеливость. Поэтому хочется надеяться, что эти черты всегда будут присутствовать в личности каждого медицинского работника! Только тот сотрудник, который работает по призванию и с увлечением, любит свою работу, привязан к своему делу и постоянно стремится к самоусовершенствованию в своей профессии, может отвечать деонтологическим принципам [3].

### **Список литературы:**

1. Драматическая терапия. URL: [http://www.medchitalka.ru/medicina\\_segodnya](http://www.medchitalka.ru/medicina_segodnya)
2. Кодекс врачебной этики РФ. URL: [http://www.drmed.ru/novosti-mediciny/kodeks-vrachebnoy-etiki-rf\(4.11.2013\)](http://www.drmed.ru/novosti-mediciny/kodeks-vrachebnoy-etiki-rf(4.11.2013)).
3. Корж С.Б. Деонтология в онкологии. Минск: Беларусь, 1975.

4. Теория и методология социальной работы: учеб. пособие / [С.И. Григорьев и др.]; под ред. С.И. Григорьева. М.: Наука, 1994.

## АСПЕКТЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ВОСПИТАНИЯ

ШУМОВ Антон Викторович  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: tosha.schumov@yandex.ru  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

*Ребенок в утробе матери обнаруживает такую душу, которая обладает действительным для себя бытием еще не в нем самом, а только в матери, почему его душа и не в состоянии еще поддержать сама себя, но скорее поддерживается только душой матери. Однако это нерасторжимое единство души тем менее кажется непонятным, что самость ребенка не может оказать еще никакого противодействия самости матери, но совершенно открыта для непосредственного воздействия на нее души матери.*

*Г. Гегель*

Сегодня ни для кого не новость, что многие черты характера будущего человека формируются в перинатальном периоде. Способность к добру и сопереживанию, чувство любви или неприязни, спокойствие или агрессивность, как и многие другие свойства личности, воспитываются в человеке с момента его зачатия. Девять месяцев, проведенные малышом в чреве матери, в значительной степени определяют направления его дальнейшего развития. Говоря о важности внутриутробного воспитания, в первую очередь нужно понимать, что мы воспитываем не что-то абстрактное, несуществующее, а уже сформировавшегося человека. Внутриутробное воспитание несет в своей основе мысль о предоставлении плоду самых лучших материалов и условий.

Исследования направлений внутриутробного воспитания доказывают его неоспоримое влияние на формирование многих черт будущего человека. **Целью** нашей работы мы поставили подтверждение данного тезиса. Для этого необходимо рассмотреть связь «мать – плод – отец».

Возникает много вопросов о том, как можно осуществить воспитательный процесс в отношении эмбриона, а затем и плода. Безусловно, как следствие, это должно стать частью естественного процесса развития всего потенциала, всех способностей, изначально заложенных в яйцеклетке. Поговорим об этом по порядку.

В течение девяти месяцев плод находится под сердцем матери, получая из ее организма все необходимые вещества для поддержания своей жизнедеятельности. Слова «мать», «матушка», «материя» имеют один корень. Уже в древности люди осознали, что именно женщина и только она обладает властью над живой материей ребенка. Эта власть настолько велика,

что она может снизить влияние отрицательных и увеличить воздействие положительных факторов. Ответ на вышеуказанный вопрос очевиден – повлиять на плод можно через образ жизни матери! Все, через что проходит мать, испытывает и ребенок. Мать – это первая вселенная ребенка, его «живая сырьевая база».

Эмбрион, а затем и плод, сформировавшийся внутри матки, не воспринимает этот мир напрямую. Однако все ощущения матери, будь то положительные или отрицательные моменты, возникающие под действием окружающей среды, плод улавливает. И уже во внутриутробном периоде весь «материал», дошедший от матери, закладывается в органической памяти клеток тканей, участвуя в формировании зарождающейся психики.

Для древних цивилизаций значимость периода беременности была абсолютной истиной. Египтяне, индийцы, кельты, африканцы и многие другие народы разработали свод законов для матерей, супружеских пар и общества в целом, которые обеспечивали ребенку наилучшие условия для жизни и развития. Люди издавна знали о важности поддержания «бодрого духа» роженицы, потому что уже тогда считалось – что чувствует мать, непременно чувствует и малыш. Сегодняшние взгляды коренным образом поменялись и многие роженицы убеждены, что их еще не родившийся ребенок не может что-либо чувствовать.

Опубликовано множество результатов исследований, свидетельствующих о наличии активной сенсорной системы у плода. Но зрение, ввиду отсутствия светового источника, находится в состоянии временного бездействия. Плод может воспринять лишь слабый оранжевый свет, да и то при непосредственном освещении живота матери. Обоняние невозможно ввиду неработоспособности дыхательной системы – необходимый кислород плод получает из крови матери. Поэтому, отсутствие достаточного количества кислорода в процессе дыхания матери непременно скажется на малыше.

Вкус уже хорошо развит, плод даже демонстрирует предпочтение одного другому. Ученым удалось получить изображение плода с гримасой недовольства (!), являющейся следствием отрицательных вкусовых ощущений. Ежедневно малыш поглощает определенное количество амниотической жидкости, которая подвержена влиянию всего, что съедает и выпивает мать. Это оказывает привыкание плода к вкусу той пищи, которая характерна для региона проживания родителей. И в первую очередь, конечно, развитие малыша зависит от правильного рациона матери.

Чувствительность плода осуществляется посредством кожи, которая подвергается непрерывному воздействию мышц матери – ее матки и брюшной стенки. Именно поэтому контакт через прикосновение дает возможность поддерживать глубокий контакт между отцом, матерью и плодом через брюшную стенку.

Несмотря на то, что малыш все чувствует, он еще и все слышит! Замечено, что если мать регулярно разговаривает с плодом во время

беременности, то почти сразу же после рождения ребенок будет узнавать ее голос.

Нередко родители отмечают, что дети распознают музыку или песни, услышанные во внутриутробном периоде. Причем они действуют на малышей как прекрасное успокоительное средство и могут быть успешно использованы при снятии сильного эмоционального напряжения. Замечено, что произведения Бетховена и Брамса действуют на плод возбуждающе, тогда как произведения Моцарта и Вивальди успокаивают его.

Однако плод воспринимает не только сенсорную информацию, но и сведения эмоционального характера, которые поставляет ему мать. Речь идет о так называемом факторе «Качестве эмоциональной связи между матерью и ребенком». Любовь, с которой она вынашивает ребенка; мысли, связанные с его появлением; богатство общения, которое мать делит с ним, оказывают влияние на внутренний мир плода, формируя тем самым, основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей последующей жизни. Положительные эмоции, радостные новости, встречи заставляют наше сердце «петь». Очень полезно культивировать в себе подобное состояние счастья и внутренней свободы, передавая его ребенку, который зафиксирован в своих клетках это ощущение радости.

Будущая мать, как никто другой, является центром различных энергий, структурирующих материю. Она носит в себе проект нового человека. Поступки, мысли и чувства женщины являются причиной образования или притяжения вполне определенных типов энергии. Она может либо отмахнуться от этого факта, либо принять решение приложить, по возможности, все силы, чтобы направить свою энергию по наиболее удобному для ребенка руслу. К этому решению оказываются так или иначе причастны все окружающие люди: как члены семьи, так и все общество в целом.

Важную роль в формировании эмоций будущего ребенка играет отец. Отношение к жене, к ее беременности и к ожидаемому ребенку – важнейшие факторы, формирующие у этого ребенка ощущение счастья и силы, которое передается ему через уверенную в себе и спокойную мать.

Однако, зачастую, отрицательных моментов бывает не избежать. Многие женщины сознательно подавляют в себе все нежелательные эмоции: разговаривают с малышом, объясняют все происходящее, успокаивают. В результате закладывается основа сильного, выносливого человека.

Несмотря на огромную занятость, которую диктует нам жизнь, матери и отцы должны находить время для «свидания» со своим будущим ребенком, разговора с ним. Именно в этот момент они могут рассказать ему, с каким нетерпением ожидают его появления на свет и какой он будет здоровый, красивый, благородный, великодушный и сильный...

Нужно подчеркнуть, что усилия родителей не пройдут незамеченными: ребенок, выношенный подобным образом, будет легко поддаваться воспитанию и, по всей вероятности, будет обладать всеми качествами, способными удовлетворить его родителей; мать также выиграет от

осознанного отношения к формированию ребенка, поскольку она как бы вновь станет воссоздавать саму себя с точки зрения тела и духа.

Сегодня человечество все отчетливее понимает, что отсчет жизни начинается не в момент появления ребенка на свет, а гораздо раньше. Подобное отношение к воспитанию малыша в течение коротких, но безусловно важных 9 месяцев, потребует от родителей большой отдачи в условиях современного общества, насыщенного сложными социальными проблемами и многочисленными трудностями. «Опыт – учитель, очень дорого берущий за свои уроки, но зато никто не учит лучше его» (Т. Карлейль). Естественным завершением этого опыта будет уменьшение чувства усталости, беспокойства и страха, присущих беременности, успешные роды и появление на свет умного, здорового, спокойного, сильного и выносливого человека.

### **Список литературы:**

1. Бертин А. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях : пер. с англ. СПб: Изд-во Мед. науч.-практ. о-ва «Жизнь», 1992.
2. Зеньковский В.В. Психология детства. М.: Школа-Пресс, 1996.
3. Перинатальная психология и психиатрия : учеб. пособие для студентов мед. вузов России: [в 2 т.]. Т. 1 / [Н.Н. Володин и др.]; под ред. Н.Н. Володина, П.И. Сидорова. М.: Издат. центр «Академия», 2009.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**ЮЖАКОВА Ольга Станиславовна**  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук

3 курс. Лечебный ф-т

E-mail: [olga\\_4@inbox.ru](mailto:olga_4@inbox.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Наметившийся во всем мире мощный процесс гуманизации общественных отношений стимулирует обострение общечеловеческого интереса к проблемам наименее социально защищенных слоев, среди которых одно из первых мест занимают инвалиды. Поэтому перед обществом, осознающим свою человечность и стремящимся к ее реализации, встает проблема всесторонней помощи тем, кто в ней крайне нуждается. Это находит выражение в практике реабилитации инвалидов, конечной целью которой является, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), их социальная интеграция, т. е. активное участие в основных направлениях деятельности и жизни общества, включенность в социальные структуры, предназначенные для здоровых и связанные с различными сферами жизнедеятельности человека – учебной, профессиональной и пр. [2].

Среди инвалидов значителен удельный вес лиц, которым требуются консультации у психолога и психологическая коррекция по сравнению с группой здоровых. Психологические аспекты реабилитации инвалидов с ампутационными культями нижних конечностей в отечественной литературе исследованы недостаточно, что и обуславливает актуальность данной работы.

**Целью** данной статьи состояло выявление основных социально-психологических проблем в реабилитации инвалида ампутационными культями нижних конечностей. **Задачи:** установить возможные направления реабилитации и их особенности; определить уровень психологической защищенности пациента; узнать о мероприятиях, позволяющих инвалидам адаптироваться в жизни.

Ампутация нижних конечностей – тяжелейшая травма для человека любого возраста. Чувство целостности и интактности организма, поддерживающее нормальное внутреннее равновесие человека, нарушается, больной начинает сознательно или неосознанно страдать из-за полученного физического недуга. Одна только мысль, что окружающие сосредотачивают внимание на отсутствующей конечности, смущает его и не дает покоя [3].

Такому пациенту необходима серьезная реабилитация, т. е. оптимальное профессиональное, семейное и социальное восстановление. Эту задачу решают специалисты различного профиля, каждый по-своему.

*Советник по социальному обеспечению* занимается семейными, социальными и профессиональными проблемами инвалида, помогает ему в урегулировании сложных аспектов субсидирования и консультирует по социально-правовым вопросам.

*Психолог* участвует в оценке трудоспособности пациента, его способности к обучению и особенностей личности, в случае необходимости помогает больному адаптироваться к увечью и его последствиям. Эти задачи находятся также в компетенции *психиатра и священника*.

Поскольку их работа тесно взаимосвязана, необходим длительный, организованный и координированный обмен опытом. Предпосылкой к такому обмену служит готовность всех членов команды к тесному сотрудничеству. Академическое высокомерие, ложная гордость и ограниченность, боязнь ответственности и неповоротливая бюрократия противоречат этой задаче [1].

Труднее переносят психическую травму, причиняемую им ампутацией, больные с более низкими культурой и интеллектом. У них быстрее наступают перемены в характере и изменяется отношение к окружающим.

Первой и самой важной задачей реабилитационной программы является сбор информации об уровне интеллекта пациента, его психического состояния, связанного с ампутацией, его морально-волевых качествах. Также очень важно знать его отношение к предстоящему протезированию. Все это входит в обязанности психолога. Далее реабилитационная бригада разрабатывает свою программу на основании данных психологического исследования. Больной должен хорошо понять, что предоставит ему протез в

смысле функции и косметики. Немало пациентов, которые падают духом еще при первом контакте с протезом. Если больной лабилен в эмоциональном отношении, психически неустойчив и ампутация оставила глубокий отпечаток в его сознании, у него, как правило, будет негативное отношение к протезу. Особенно тяжелыми бывают переживания молодых людей, у которых могут начаться неврозы, а иногда и развитие психотических состояний.

Преодоление психического барьера – основная задача реабилитационной бригады. Её нужно решать при непосредственной помощи родных больного. Необходимо как можно скорее воспринять ампутацию как совершившийся и необратимый факт, как реальность, которая не должна превращаться в «центр вселенной», но и ни в коем случае нельзя ее полностью элиминировать из повседневной жизни. Как только больной осознает, что отсутствие конечности – необратимое событие, он примиряется с этим и готов для протезирования [3].

Существующая система реабилитации в нашей стране, если можно назвать системой совокупность отдельных мероприятий, недостаточно эффективна. Такая ситуация во многом объясняется тем, что формирование правильной социальной политики в отношении инвалидов невозможно без представления об их социально-психологическом и социально-экономическом статусе, без разработки правового аспекта интеграции инвалидов в обществе, знания особенностей их взаимодействия со здоровым окружением.

Отношение к инвалидам здоровых – один из важнейших социально-психологических факторов. Ведь даже имея профессию, обладая потенциальными возможностями участвовать в жизни общества, инвалид не всегда может реализовать их просто потому, что здоровые не хотят вступать с ним в контакт, администрация предприятия опасается принять его на работу.

Отношение инвалидов к здоровым в целом характеризуется как откровенно неблагоприятное: им часто приписываются такие черты, как зависть, недоверие к здоровым, недостаток инициативности, повышенное чувство жалости к самому себе, чрезмерная требовательность при выполнении своих желаний. При социальном взаимодействии с инвалидами здоровые стремятся поскорее его прекратить, используют меньший, чем обычно, словарный запас, выражают не собственное мнение, а то, которое, как им кажется, должно нравиться инвалиду. Инвалиды, которые живут обычной жизнью (их около трети), подавляют в себе чувство парии, ощущение покровительственного отношения здоровых.

Наряду с пессимистическими оценками отношения здоровых к инвалидам существуют и другие. Некоторые исследователи высказывают гипотезу об амбивалентном отношении здоровых к людям с выраженным дефектом: члены маргинальных групп воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону и в то же время – как лишенные многих возможностей.



Такое двойственное восприятие порождает противоречивые чувства: с одной стороны, неприятие и даже враждебность, с другой – симпатию и сочувствие.

Большую роль играет обучение инвалидов социальным навыкам, основным правилам общения, социально-психологическому тренингу. Активная роль в общении, снятие напряженности, спокойное обсуждение своего положения и ощущений позитивно влияют на установки конкретного инвалида. Важно воспитывать в людях с дефектом активность, неприятие роли «ущербного». Установлено, что инвалиды с положительной «Я–концепцией», уверенные в себе, «психологически благополучные», чаще воспринимаются окружающими положительно. Существует острая потребность в тренировочных программах по улучшению социальных навыков, а также специфических социальных умений в таких областях, как поиск работы, взаимоотношения в семье, дружба, ухаживание и т.п.

Прежде всего, доказана значимость непосредственного контакта, познания личностных особенностей человека с дефектом, его способностей, проблем. Речь идет о длительном контакте, дающем возможность взаимопомощи; эффективно сочетание подобного контакта с соответствующей информацией. За рубежом разрабатывают и внедряют специальные программы, включающие контакт и сведения об инвалидности.

Отношение к инвалидам со стороны здоровых сложно и определяется многими факторами. Нелегко понять отношение к инвалидам, измерить его или изменить, однако для улучшения их статуса это необходимо.

Важно выделить перспективные направления исследований в данной области:

1. Изменение методологии исследования: признать комплексную природу установок и прекратить использование подходов, применяющих лишь одну систему переменных, например, личностных характеристик субъекта, в ущерб другим;

2. Углубленное изучение источников установок для определения влияния различных переменных (культура, личный опыт, значимые другие и пр.);

3. Развитие новых методов измерения установок;

4. Получение данных об установках по отношению к инвалидам лиц, взаимодействующих с ними (родители, реабилитационный и медицинский персонал, учителя, одноклассники, коллеги по работе), с фиксацией внутригрупповых и межгрупповых различий;

5. Планирование, проведение и оценка эффективности программ, предназначенных для изменения отношения к инвалидам, включая деятельность средств массовой информации;

6. Проведение исследований по связи установок и поведения инвалидов и здорового окружения;

7. Изучение общественного мнения о причинах, течении и лечении физических и психических дефектов;

8. Лонгитюдные исследования по изучению формирования установок в отношении инвалидов.

Вряд ли взаимоотношения инвалидов и здоровых в нашей стране и в развитых странах идентичны. Вот почему так важно выявить специфику социально-психологического аспекта интеграции инвалидов в нашей стране.

Осознание значимости этого вопроса и его решение – необходимое условие эффективности реабилитационных мероприятий [2].

Итак, пациентам с ампутированными нижними конечностями врачи, психологи, родные и все, близкие ему люди, должны помочь адаптироваться в сложившейся ситуации, обучить их социальным навыкам, основным правилам общения, социально-психологическому тренингу. Социальная среда, в которой пребывает инвалид, должна воспринимать его, как обычного человека. Но уровень развития нашего общества пока далёк от идеала, поэтому необходимы меры к совершенствованию общества. Также необходимо развивать службу протезирования.

Вопрос социально-психологической реабилитации в наше время является достаточно актуальным, к сожалению, людей-инвалидов меньше не становится.

#### **Список литературы:**

1. Баумгартнер Р., Ботта П. Ампутация и протезирование нижних конечностей / пер. с нем. А.В. Низового. М.: Медицина, 2002. С. 5–6.
2. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б., Демидов Н.А. Социальные проблемы инвалидности // Социологические исследования. 1998. № 4. С. 79–83.
3. <http://www.ampgirl.su/2009/07/14/preodolenie-psixicheskogo-barera-pri-amputacii/#.UhnDf9Lxp9J>

## IV. Неклассические проблемы медицины

### ПСЕВДОЦЕЛИТЕЛЬСТВО: АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА

БАБКИНА Владислава Михайловна

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс. Педиатрический ф-т

E-mail: [tagolove@mail.ru](mailto:tagolove@mail.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Наука в наше время широко шагнула вперед. Мы летаем в космос, пользуемся компьютером, интернетом, научная медицина открыла ряд бактерий, вызывающих заболевания, изобретены лекарства против тяжелых болезней. Открыв дверь своей квартиры, мы идем мыть руки, зная, что иначе нас может поджидать инфекция. Стерилизуются инструменты и другие приборы, дезинфицируются помещения, предметы быта, одежда. Если этого не делать, то можно ожидать негативные последствия, которые могут привести к заболеваниям и даже гибели человека.

Но часть населения в наши дни относится к науке с подозрением и даже со страхом. Иррациональная вера бросает вызов прогрессу медицины, пытается противостоять развитию, хочет вернуть людей в мир «мифов». Это явление носит название «псевдоцелительство» – лечение людей с помощью нетрадиционных средств и способов, внушение недоверия дипломированным врачам. А последствия такого лечения бывают очень печальными. Псевдоцелительство широко распространяется в мире. Люди обращаются к врачам нетрадиционной медицины в надежде на выздоровление, пренебрегая стандартными методами лечения. Лечение, конечно, не всегда дает быстрый эффект, но оно не должно наносить вред здоровью. Испытанные годами препараты, помогающие людям не понаслышке и рекомендации специалистов – вот верный путь к выздоровлению.

Мы поставили **цель**: выяснить, псевдоцелительство является другом людей или врагом? Причиняет вред здоровью или оказывает положительное воздействие? Действительно ли такая медицина помогает заболевшим или это обман, самоубеждение и какую роль здесь играет эффект плацебо?

Считается, что с появлением врачей нетрадиционной медицины начинается усложнение жизни людей. Отказ от лекарств, медикаментов и реальной врачебной помощи ведет человечество к болезням, а зачастую и к смертям. Однако, существует эффект плацебо. Люди настолько верят в то, что таблетки-пустышки, уколы с водой и тому подобное им помогает, что мозг начинает посылать сигналы «оздоровления» по всему телу и наступает облегчение, так скажем «исцеление».

Длительное ухудшение, за которым следует слабовыраженное короткое улучшение или отсутствие такового, свидетельствует о неизлечимости случая. Заболевание, всегда динамичное в своем начале, уже вызвало глубокие патологические изменения, которые не позволяют восстановить нормальное функционирование. Вследствие глубоких анатомических нарушений наблюдается постоянное снижение сопротивляемости жизненно важных органов. Здесь должна помогать традиционная медицина.

Так в чем же сила псевдоцелительства и гомеопатии? Почему люди обращаются к таким врачам?

Первая составляющая успеха – научный язык. Использование научного языка заставляет людей прислушиваться к гомеопатам и их коллегам. Человек, если слышит умные слова, то предполагает, что их произносит «человек образованный и знает что говорит, значит, ему можно довериться и последовать за ним».

Вторая составляющая – врачи являются хорошими психологами. Люди, у которых проблемы, ждут помощи, сочувствия, им нужно успокоение и поддержка. В поликлиниках государственного образца пациентам уделяется от 5 до 20 минут, никакого сочувствия не приеме не существует. Врачи нетрадиционной медицины уделяют своим пациентам до одного – двух часов времени на каждого, и, конечно, нет очередей, прием ведется по записи на конкретное время. Такое отношение привлекает людей.

Выделим третью составляющую – атмосфера приема.

Гомеопатия – это лечение подобного подобным. *Similia similibus*. Принцип гомеопатического средства – разведение вещества в воде до степени одной капли в целом океане и перемешивание. Закон исцеления является закономерным следствием холистического принципа, который лежит в основе гомеопатии. Гомеопатическое лечение следует по пути жизненной энергии: от центра к периферии, от мозга к внутренним органам, от более важных внутренних органов к менее важным, из верхней части тела в нижнюю, а на психическом уровне стимулирует развитие личности до ее полной зрелости – основному предназначению каждого человека. Только те врачи, которые в каждом конкретном случае твердо придерживаются закона исцеления, могут по праву называть себя гомеопатами.

Но нередко после посещения таких клиник люди не получают удовлетворения. Отмечается ухудшение здоровья, ведущее за собой ряд негативных последствий. Люди, доверяются таким врачам, но должна ли их вера обрекать на смерть?

Чтобы разобраться, чем привлекает людей нетрадиционная медицина, был проведен социологический опрос населения, в котором участвовало 35 человек. Результаты его анализа показаны ниже:

*Знаете ли Вы, что такое псевдоцелительство?*

По данным нашего исследования, из 35 человек только 24 знают о псевдоцелительстве;

15 из 24 считают, что люди, занимающиеся псевдоцелительством – мошенники и их деятельность опасна;

12 из 24 – что эффективность методов псевдоцелительства не доказана;  
10 из 24 – что псевдоцелители заставляют людей сомневаться в традиционной медицине, якобы создавая ей альтернативу.

*Почему люди обращаются к врачам гомеопатам и псевдоцелителям?*

13 из 24 опрошенных считают, что люди не получают положительного эффекта от лечения традиционными способами;

12 из 24 – не верят врачам;

14 из 24 – боятся традиционных методов лечения, так как они более болезненны и продолжительны.

*Имеют ли право врачи нетрадиционной медицины оказывать медицинскую помощь, ссылаясь на свои чудодейственные способности?*

2 из 24 ответили «да»;

22 из 24 ответили «нет».

*Приносят ли врачи нетрадиционной медицины реальную помощь пациентам?*

1 из 24 – да, я считаю, их помощь необходима;

19 из 24 – нет, это может только усугубить течение болезни;

4 из 24 считают что это – эффект плацебо.

*Должны ли нести ответственность врачи нетрадиционной медицины, если выздоровление не наступает, а болезнь прогрессирует?*

9 из 24 считают, что эта ответственность лежит на пациентах;

15 из 24 считают, что это должно наказываться.

*Вывод:* Успехи медицины растут постоянно – снижается смертность, лечатся и ликвидируются опасные заболевания (например, полиомиелит, оспа), разработаны системы переливания крови, пересадки органов, технологии сложнейших операций и диагностик. Чтобы стать врачом, нужны долгие годы учебы, для получения диплома требуется сдача экзаменов и других государственных норм. Каждый врач проходит тесты на работоспособность и повышает свою квалификацию. Такие люди действительно заслуживают право лечить людей и помогать им. Альтернативная медицина подрывает уверенность в традиционной медицине. Многие люди доверчивы, зачастую зависят от мнения окружающих, поддаются на уловки гомеопатов и псевдоцелителей.

В заключении воспользуюсь фразой Ричарда Докинза: «Голова должна быть открыта на столько, чтобы из нее не вываливался мозг».

### **Список литературы:**

1. Докинз Р. Рабы суеверий. Враги разума URL: // <http://www.youtube.com/watch?v=gZPj9xSmXI8> (30.11.2013).
2. Паскерио Т.П. Гомеопатия / пер. с англ. Г.А. Федотова. М.: Гомеопат. медицина, 2002.

## СПЕЦИФИКА ВОДИТЕЛЬСКОЙ ЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТЕ

БОДРОВА Елена Олеговна,  
НОВИКОВА Кристина Андреевна  
Архангельск, Россия,  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: menya\_ne\_use@mail.ru  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Актуальная проблема XXI в. – этика водителей на дороге. Ежедневно поступает информация о дорожно-транспортных происшествиях различной степени тяжести. Считается, что уровень дорожно-транспортного травматизма в России зашкаливает все мыслимые пределы, риск погибнуть в ДТП в нашей стране – один из самых высоких в мире. В прошлом году в России произошло более 200 тысяч автоаварий, в которых погибло около 28 тысяч человек, еще более 258 тысяч получили ранения. Фактически каждый день в России более 50 человек погибает на дороге. В Архангельской области общее количество ДТП с января по сентябрь 2013 г. составило более 1,5 тысяч, в них погибло более 150 человек, около 2 тысяч пострадало. Несмотря на то, что, по сравнению с прошлыми годами, количество ДТП уменьшается, их уровень все равно остается высоким.

Правительство РФ предлагает множество путей решения данной проблемы. Увеличивается количество нововведений: повышение штрафов, ограничение скоростного режима, лишение водительских прав, повторная сдача теоретического экзамена, установка видеокамер, радаров. Это, безусловно, важные аспекты в улучшении ситуации на дорогах. Но мы считаем, что для снижения показателей смертности необходимо уделить особое внимание обучению водителей оказанию медицинской помощи в автошколах, особенно тех, кто не имеет медицинского образования. Обзор европейских исследований смертности в результате ДТП показал, что около 50% смертей наступает в течение нескольких минут после аварий: либо на месте ДТП, либо по дороге в больницу. Если медицинскую помощь оказывать быстрее, то много смертей можно было избежать.

**Целью** нашего исследования являлось выяснение, насколько водители осознают ответственность перед другими участниками дорожного движения, и определение уровня знаний оказания первой помощи. **Задачи:** выяснить причины дорожно-транспортных происшествий и как следствие – высокой смертности, с помощью проведения опроса водителей. Наша анкета содержала вопросы общей этики и умения оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим. На основе анализа анкеты, сделанных на ее основе выводов и утвержденных общероссийских нормативных документов, составить памятку водителям.

Наше исследование заключалось в проведении анкетирования водителей разных возрастных категорий с различным стажем вождения. Анкета состояла из 20 вопросов, сформированных в два раздела: этический и медицинский. Нами было опрошено 60 респондентов города Архангельска и Архангельской области. Также мы изучили большое количество публикаций, новостей, статистических данных, интернет-ресурсов, освящающих изучаемую нами проблему. Мы провели опрос в нескольких автошколах города Архангельска и попытались выяснить, каково качество обучения будущих водителей на занятиях, в особенности, оказания медицинской помощи.

Проанализировав ответы респондентов, мы пришли к выводам, что большинство водителей не имеют простейших практических навыков оказания помощи, хотя и обладают теоретическими знаниями. Также в большинстве случаев причиной дорожно-транспортных происшествий являлось элементарное пренебрежение требованиями Правил дорожного движения. Беспечная халатность, а нередко и откровенное хамство на дорогах приводят к страшным трагедиям. Но все же, среди опрошенных, нам встретились ответственные водители, осознающие важность знания первой помощи.

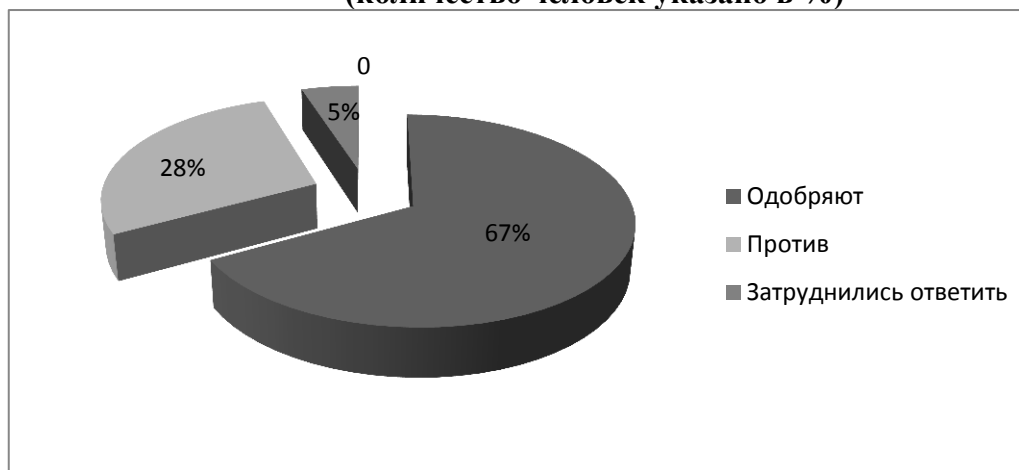
#### **Результаты анкетирования:**

Почти 100% респондентов утверждают, что всегда помнят о других участниках дорожного движения, находясь за рулем, всегда помогают другим водителям – при обгоне, на повороте, уступают дорогу, предупреждают об опасности «моргнув» фарами.

Что касается, соблюдения ПДД, здесь ситуация неоднозначная: 67% опрошенных допускают превышение скорости, если опаздывают, 5% затруднились ответить, 28% – против такого поведения. При этом 82% водителей не одобряют подобное поведение от других автовладельцев. Однако 97% опрошенных не рискнут нарушить ПДД, если у них в салоне находится ребенок, то есть, они реально осознают ответственность перед своими пассажирами.

*Диаграмма 1*

**Мнение людей на превышение скоростного режима  
(количество человек указано в %)**



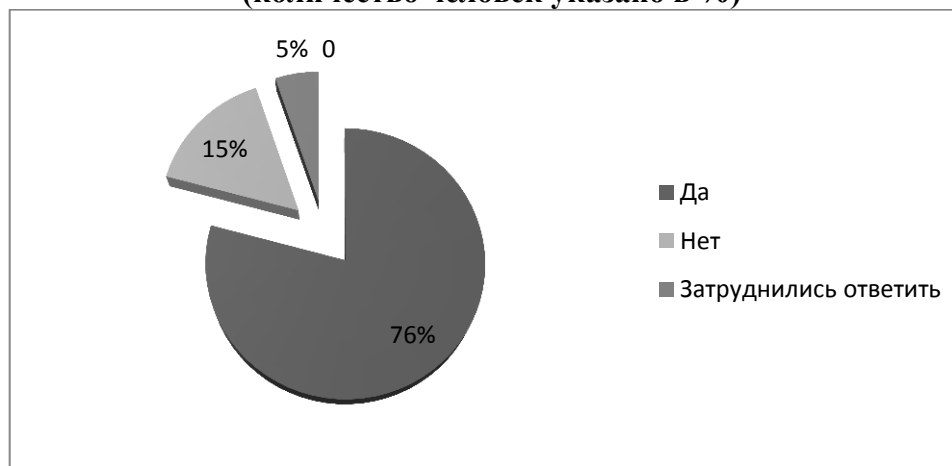
12% респондентов честно признаются, что могут позволить себе употреблять алкогольные напитки перед тем, как сесть за руль. Мы считаем, что такие водители не осознают ответственности за свою жизнь и жизни других людей. И в большинстве случаев это приводит к плачевным последствиям.

Все чаще дорожно-транспортные происшествия происходят по вине водителей, отвлекающихся на разговор по мобильному телефону. 90% водителей соглашались с нами – это во время движения отвлекает. Но несмотря на это, 30% все-таки отвечают на звонки.

И в заключение этического раздела анкеты мы задали вопрос: «Считаете ли Вы себя порядочным, вежливым водителем?». 5% скромно ответили – время от времени, почти вежлив, 15% не решились назвать себя таковыми и 76% респондентов считают себя примерными водителями.

Диаграмма 2

Вопрос: «Считаете ли Вы себя вежливым водителем?»  
(количество человек указано в %)



На месте происшествия помогать пострадавшим будут, вероятнее всего, водители транспортных средств, прохожие и др. – то есть лица, оказавшиеся на месте происшествия до прибытия скорой помощи.

Как показывают данные исследований, что частота и качество оказания первой помощи на месте происшествия до прибытия медицинских работников оставляет желать лучшего. Так, сотрудники ГИБДД при дорожно-транспортных происшествиях оказывают первую помощь только в 0,2–0,7% случаев, водители автотранспортных средств – в 7–8% случаев. При этом неотложные мероприятия требуются не менее чем у 65% пострадавших [7]. Качество обучения по вопросам первой помощи в автошколах находится на низком уровне; продолжительность обучения не соответствует требованиям и колеблется от 1-го до 4-х часов вместо 25-ти, предусмотренных программой подготовки. В некоторых автошколах занятия по первой помощи не проводились совсем. В случае проведения занятий основной упор делается на заучивание правильных вопросов



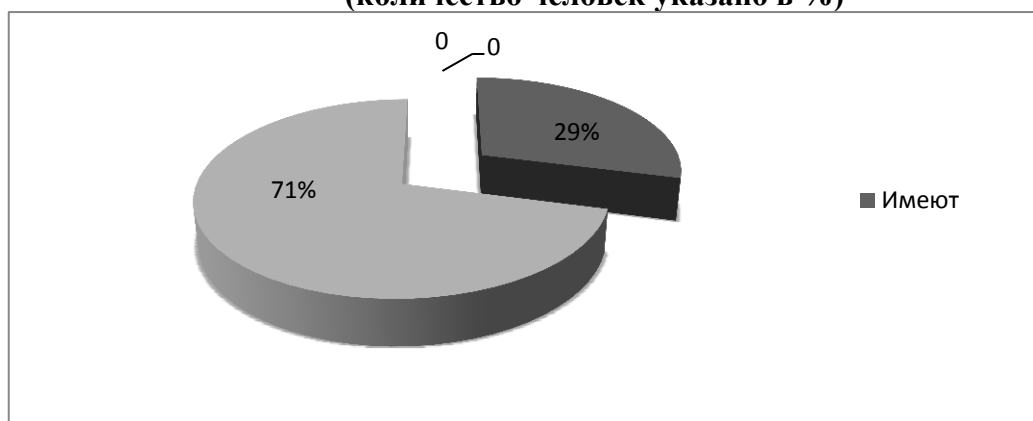
экзаменационных тестов ГИБДД, т. к. именно это требуется от выпускника для получения водительского удостоверения.

По данным нашего опроса в автошколах города Архангельска, обучение правилам оказания медицинской помощи проходит в рамках одного-двух занятий. А что касается качества – здесь сама за себя говорит статистика: за первое полугодие 2013 г. на дорогах Архангельской области по вине водителей, чей стаж составил меньше трёх лет, погибли 16 и получили травмы 270 участников дорожного движения.

По результатам нашего анкетирования, 96% опрошенных считают необходимым знать правила оказания медицинской помощи, и почти все утверждают, что знают, как это делать. Но только 29% человек имеют и практические навыки, помимо теоретических.

Диаграмма 3

**Наличие практических навыков оказания медицинской помощи  
(количество человек указано в %)**



14% водителей попадали в ДТП и нуждались в оказании медицинской помощи, при этом им помогали прохожие до приезда скорой. И только половина из всех опрошенных автовладельцев утверждают, что сами обязательно остановятся для оказания помощи пострадавшим. Но, к сожалению, никто четко не смог сформулировать свои действия. Большинство отвечали кратко: «Вызову скорую помощь», видимо, считая, что первая медицинская помощь именно в этом и заключается.

К сожалению, виновники ДТП чаще стали скрываться с места происшествия, оставляя пострадавших без помощи. 77% опрошенных были свидетелями таких ситуаций. 53% респондентов видели, как другие водители оказывают медицинскую помощь пострадавшим.

По результатам нашего исследования мы пришли к **следующим выводам**. Большинство водителей осознают ответственность перед другими участниками дорожного движения. Мы выяснили, что некоторые водители пренебрегают соблюдением ПДД, что ведёт к увеличению аварий. Большинство водителей не имеют простейших практических навыков оказания помощи, хотя и обладают теоретическими знаниями.

Мы предлагаем следующие пути решения:

– увеличить количество часов для изучения правил оказания медицинской помощи на занятиях в автошколах, с обязательным включением практических навыков;

– для водителей со стажем – организация специальных курсов по оказанию мед. помощи;

– создание рекламных роликов, баннеров, раздаточного материала, целью которых является доказать важность и бесспорность знания оказания мед. помощи;

Существует «Типовая инструкция № 22 по оказанию доврачебной помощи при несчастных случаях» утвержденная Федеральным дорожным департаментом Минтранса РФ 11 марта 1993 г., в которой очень четко и кратко описаны необходимые действия при экстренных ситуациях [11].

Мы предлагаем **памятку для водителей**, в которой отображаются этические нормы и правила поведения на дороге.

Этика складывается из следующих нравственных отношений:

– уважительное отношение ко всем без исключения участникам движения;

– предупредительный, вежливый стиль езды;

– «рваный» стиль езды, с резким набором скоростей и резким торможением недопустим;

– оптимальный стиль, характеризуемый достаточно плавным троганием, перестроением и торможением, своевременной подачей предупредительных сигналов;

– на дороге недопустимо мщение за ошибки и раздражение по любому поводу и без него;

– помощь другим водителям;

– ответственность за рядом сидящих пассажиров;

– бдительность по отношению к пешеходам, им может быть ребенок, который еще не знает Правил, пожилой человек и т. д.

– использование наиболее безопасных приемов управления своим транспортным средством;

– никогда не садиться за руль в нетрезвом состоянии;

– постоянно следить за техническим состоянием и внешним видом своего транспортного средства.

– паркуясь, помнить о других

– пропускать пешеходов на нерегулируемых перекрестках и при поворотах на них.

### **Список литературы:**

1. Все о первой помощи: [электронный ресурс]. URL: <http://allfirstaid.ru/node/22> (18.10.2013)

2. Всероссийский сайт ГИБДД [электронный ресурс]. URL: <http://www.gibdd.ru/r/29/news/319397/> (18.10.2013)

3. Герасимова Л.И., Смирнов С.В. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи при групповой и массовой термической травме // Медицина катастроф, скорая и неотложная помощь и экстремальная медицина: материалы науч.-практ. конф., 18–19 апреля 2000 г. М., 2000. С. 36–37..
4. Новости Архангельской области: [электронный ресурс] URL: [http://www.news29.ru/novosti/obschestvo/Uroven\\_obucheniya\\_v\\_avtoshkolah\\_Arhangelska\\_po\\_prezhnemu\\_ostavljaet\\_zhelat\\_luchshego/27679](http://www.news29.ru/novosti/obschestvo/Uroven_obucheniya_v_avtoshkolah_Arhangelska_po_prezhnemu_ostavljaet_zhelat_luchshego/27679) (18.10.2013)
5. Новости Архангельской области.[электронный ресурс] URL: <http://www.dvinaland.ru/prcenter/release/31864/> (18.10.2013)
6. Новости Архангельской области: [электронный ресурс] URL: <http://www.izvestia29.ru/society/2013/08/26/5920.html> (18.10.2013)
7. Организация обучения правилам оказания первой помощи / Л.И. Дежурный, К.И. Лысенко, А.М. Халмуратов, Д.И. Батулин : [электронный ресурс]. URL: <http://allfirstaid.ru/node/22>.
8. Пахомова Н.П., Троицкий В.Г., Сальников С.С. Анализ медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и раннем госпитальном этапах // Скорая медицинская помощь. 2001. № 3. С. 47–48.
9. Петров Г.М. Система безопасности дорожного движения как фактор сохранения жизни и здоровья граждан // Материалы научно-практической конференции «Предупреждение дорожно-транспортного травматизма среди детей и пешеходов», г. Сочи 24–25 мая 2000 г. М., 2000. С. 41–47.
10. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации / А.Г. Мирошниченко, В.А. Михайлович, В.В. Руксин, М.А. Кацадзе, В.Е. Марусанов // Скорая медицинская помощь. 2001. № 3. С. 42–43.
11. Типовая инструкция № 22 по оказанию доврачебной помощи при несчастных случаях: утв. Фед. дорож. деп. Минтранса РФ 11.03.1993: URL: [http://www.znaytovar.ru/gost/2/Tipovaya\\_instrukciya\\_22\\_Tipova.html](http://www.znaytovar.ru/gost/2/Tipovaya_instrukciya_22_Tipova.html)

## **ЗДОРОВЫЙ ФАСТ-ФУД: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?**

**ВИДМАНОВА Юлия Григорьевна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [vidmanova.djuliya@yandex.ru](mailto:vidmanova.djuliya@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
**МАКУЛИН Артем Владимирович**

Настоящая работа посвящена изучению проблемы питания человека, которое имеет очень важное значение в нашей жизни. Напрямую от него зависит самочувствие, настроение и здоровье человека, но не все об этом задумываются. В XXI в., веке скоростей и больших возможностей, человеку

не хватает времени на горячий полноценный обед и люди все больше склоняются к перекусам, и чаще всего это оказывается фаст-фуд (или, как ее еще называют, быстрая еда) – совершенно несбалансированная и опасная еда. Она содержит огромное количество вредных веществ, способных негативно сказаться на здоровье человека, в частности, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, нервные расстройства, онкологические заболевания и многое другое.

Но возникает и другое направление в данной сфере, такое, как здоровый фаст-фуд. Анализируя материал, мы приходим к выводу, что он все же существует. В отличие от обычного, он обогащен витаминами и микроэлементами и готовится щадящим способом. Немаловажное значение имеет и содержание калорий, которых гораздо меньше в здоровом фаст-фуде.

Отсюда вытекает **цель** нашей работы: выяснить, что такое здоровый фаст-фуд, чем он отличается от «вредного» и является ли он реальностью.

Для этого нам необходимо выполнить **следующие задачи**:

- 1.Собрать и проанализировать литературу по данной теме.
- 2.Сравнить данные
- 3.Сделать выводы, дать рекомендации.

Актуальность нашей работы заключается в том, что необходимо четко разграничивать и иметь полное представление об употребляемых в пищу продуктах. Ведь в настоящее время огромное количество детей, прежде всего и в России, и за рубежом подвергнуто негативному влиянию фаст-фуда. А это очень опасно для их растущих организмов.

С точки зрения медицины – фаст-фуд – вредная еда, к которой относятся: гамбургеры, хот-доги, пицца, чипсы, сухарики и прочее, все, что можно съесть «на бегу». Такие продукты содержат огромное количество жира и очень мало углеводов, поэтому человек, несмотря на получение практически дневной порции калорий за одно только посещение заведения фаст-фуда, через некоторое время вновь ощущает голод [6].

У «быстрой еды» есть множество недостатков. В первую очередь, это огромное количество жира и, следовательно, блюда сверхкалорийные. Также, при приготовлении такой еды образуется огромное количество канцерогенов, не считая, сколько различных стабилизаторов, эмульгаторов, ароматизаторов используют производители [7]. В Швеции ученые выяснили, что при употреблении фаст-фуда повышается риск онкологических заболеваний и нервных расстройств. Там же подсчитали, что количество канцерогена в обычной пакетике с чипсами превышает максимально допустимую концентрацию, установленную Всемирной Организацией Здоровья для питьевой воды, в 500 раз. В картофеле фри концентрация превышала норму в 100 раз.

Одним из таких канцерогенов является акриламид. В результате наблюдений над животными было изучено, что это вещество повреждает нервную систему и является причиной генетических мутаций и образования опухолей в брюшной полости.

Из всех стабилизаторов, эмульгаторов, канцерогенов и прочего – запрещенными являются E121, E123, E240, к группе канцерогенов относятся E103, E105, E121, E123, E125, E126, E130, E131, E142, E152, E210, E211, E213–217, E240, E330, E447, к аллергенам – E230, E231, E232, E239, E311–313, а болезни печени и почек вызывают E171–173, E320–322.

Кроме того, фаст-фуд вызывает привыкание и действует подобно наркотикам. Ведь помимо ароматизаторов, в нем содержится гораздо больше, чем положено, соли и сахара (особенно в газированных напитках), и недостаточное количество клетчатки, которая удерживает чувство сытости. Витаминов в «быстрой» еде тоже недостаточно. И в заведениях подают слишком большие порции. Помимо этого, здесь участвует еще и психологическая причина, которая касается самого вида блюд, их эстетики. Но самое главное заключается в том, что ввиду малого количества времени, человек просто вынужден прибегать к помощи различного рода палаток, в том числе и заведений фаст-фуда.

Исходя из вышперечисленного, мы понимаем, что люди все больше и больше страдают заболеваниями различных систем. Самые распространенные из них: сахарный диабет, гастриты, язвенная болезнь [1], ожирение. По данным статистики, в России 50% граждан имеют избыточный вес и 30% страдают ожирением. Это при том, что 70% населения время от времени посещают заведения фаст-фуда. В основном это молодые люди, преимущественно умственного труда (специалисты) ~40% [2; 4].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), одной из самых больших угроз для человечества на сегодняшний день является лишний вес – за последние 20 лет общий избыточный вес населения земного шара вырос в 3 раза и достиг угрожающих цифр. По последним расчетам один из трех взрослых людей в мире страдает избыточным весом, и один из десяти страдает ожирением [8].

В результате различных исследований было выяснено, что фаст-фуд может вызывать депрессию, а также быть причиной суицидальных наклонностей [3]. Например, в Монреале проводили эксперимент на мышах. Обнаружили, что мыши, сидевшие на диете с высоким содержанием сахара и жиров, чаще проявляли признаки подавленности, а химические процессы в их сером веществе протекали по-другому, нежели чем у тех грызунов, кто получал здоровую пищу. Если у мышей первой группы отбирали калорийную пищу, то у них наблюдался повышенный уровень кортикостерона – гормона, связанного со стрессом. Это объясняет развитие депрессии [9].

Проводился и такой эксперимент: 12 000 добровольцев употребляли фаст-фуд в течение 6 лет. Курение, алкоголь, стрессы были максимально исключены из их жизни. По результатам этого исследования имеем: 657 человек пережили за этот период тяжелые депрессии, а некоторые – многократные. Ученые склоняются к мнению, что это происходит из-за трансжиров, ведь они нарушают биохимический обмен в организме, таким образом вызывая изменения в центральной нервной системе.

Чаще всего к нервным расстройствам и суицидальным наклонностям склонны молодые люди, так как именно они в большей степени являются потребителями фаст-фуда, что с одной стороны, а с другой – у них весьма подвижное эмоциональное состояние и не выработаны усовершенствованные навыки к преодолению стрессовых ситуаций или жизненных проблем. Около 75% людей, которые совершают самоубийство, страдают от депрессии, по данным Harris County Психиатрического Центра при университете Техаса [7].

Здоровый фаст-фуд отличается от обычного пониженным содержанием вредных ингредиентов, таких как жиры, холестерин, соль, сахар. Также для приготовления здорового фаст-фуда используется постное мясо, булочки из муки из цельного зерна, картофель, обжаренный с меньшим количеством масла, газированные напитки с небольшим количеством сахара, много овощей. Помимо этого необходимо включать в свой ежедневный рацион кашу, фрукты или низкокалорийный йогурт.

Изменилась техника приготовления фаст-фуда. Например, продукты гриль, готовят между двух нагретых поверхностей, чтобы исключить попадание масла на пищу. Также расширяют ассортимент, включая в него минеральную воду, молоко, какао, соки, салаты заправляют не майонезом, а специальными соусами. Помимо этого, меню включает в себя большое количество овощей [4].

Такое понятие, как здоровый фаст-фуд очень неоднозначно. С одной стороны, это все-таки вредная пища, но с другой, он все же содержит меньшее количество опасных веществ, чем в обычном фаст-фуде. Мы можем сказать, что здоровый фаст-фуд реален и имеет право на существование. В течение двух ближайших лет в Архангельске откроется первый в городе ресторан сети фаст-фуда и начнет он работать в строящемся комплексе «Золотая миля» [10].

### **Список литературы:**

1. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга: науч.-практ. журн. СПб: ООО «Аванетик», 2013. №1.
2. Микаелян И.П. Российский рынок быстрого питания (фаст-фуда). М., 2013.
3. Минутко В.Л. Депрессия: истоки страдания. М., 2012.
4. Оздоровительное питание и БАД. 2003. №4(4) сент.
5. Рынок быстрого питания (фаст-фуда) Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России. М., 2010.
6. Шлоссер Э. Fast Food Nation: The Dark Side of the All-American Meal. Рус. сокр. версия: Нация фастфуда: темная сторона всеамериканской еды. М., 2010. URL: [http://www.youtube.com/watch?v=NJ\\_XJSxHxtM](http://www.youtube.com/watch?v=NJ_XJSxHxtM)
7. Fast Food FACTS: Evaluating Fast Food Nutrition and Marketing to Youth / Jennifer L. Harris, PhD, MBA, Mariene B. Schwartz, PhD and others. Rudd Center for Food Policy and Obesity, 2010.
8. [http://www.bbc.co.uk/russian/life/2010/06/100625\\_health\\_russia\\_obesity.shtml](http://www.bbc.co.uk/russian/life/2010/06/100625_health_russia_obesity.shtml)
9. <http://www.nedug.ru/news/>
10. news29.ru

## «ЭФФЕКТ ОРЕОЛА» В МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЕ

ВИДМАНОВА Юлия Григорьевна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [vidmanova.djuliya@yandex.ru](mailto:vidmanova.djuliya@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
ЛАВРЕНТЬЕВА Анна Юрьевна

Статья посвящена обзору и анализу существующей медицинской рекламы, включающей в себя рекламу лекарственных средств, аппаратов и другое. В наши дни очень часто происходит подмена настоящих товаров контрафактными, в результате чего страдает здоровье человека. Мы изучаем статистику за 2006–2008 гг., обращаемся к федеральным законам, рассматриваем примеры препаратов и отзывы на них, а также выясняем, что такое лекарственная болезнь. С медицинской рекламой неотъемлемо связано такое понятие как «эффект ореола», что означает создание вокруг товара некоего образа, привлекающего покупателя, то есть рассказывают о хороших, полезных качествах товара самыми разнообразными способами. В результате наших исследований мы выясняем, что качество и содержание нормативно-правовых документов по данной теме бедно на количество запретов и пожеланий в аспекте планирования и создания рекламных роликов. Люди, особенно пожилого возраста и страдающие разными болезнями, охотно приобретают опасные препараты, не имея при этом практически никакой информации о них. Также мы выяснили, что довольно высокий процент (32%) положительно относится к медицинской рекламе (по данным на 2008 г.).

Перед нами стоит **цель**: выяснение, как реклама с помощью «эффекта ореола» воздействует на психическое состояние людей и заставляет их приобретать лже-товары.

Для этого нам необходимо выполнить следующие **задачи**:

1. Собрать и изучить литературу по данной теме.
2. Изучить статистические данные по этому вопросу.
3. Сделать выводы, дать рекомендации.

Актуальность данной работы заключается в возрастании продаж различных лекарственных средств в наши дни, их умелом рекламировании, особенно тех, что отпускаются без рецепта врача в любом аптечном пункте. Часть из них является БАДами, их нельзя применять в качестве лекарств, возможно развитие лекарственной болезни. Но люди верят рекламе, занимаются самолечением, что приводит к серьёзным проблемам со здоровьем.

Согласно ст. 2 Федерального закона № 38-ФЗ «О рекламе», под рекламой понимается информация, распространенная любым способом, в

любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке [8].

«Эффект ореола» в рекламе – это специальный прием, который используют для привлечения внимания покупателей к товару. Для этой цели часто применяют яркие цвета, крутящиеся платформы, лампочки, фотопортреты знаменитостей и прочее, т. е. создают некий образ вокруг рекламируемого предмета, вещи, так называемый ореол.

В медицинской рекламе также используют различные уловки. Например, употребляя слова: уникальный, самый, только, новинка [6] или используя цепляющие взгляд короткие и яркие фразы, особенно делая акцент на слове «бесплатно». Обычно такие рекламы размещают в газетах, журналах, на телевидении, сообщают по радио. Все сопровождается привлекательными картинками, звуками, при этом настойчиво повторяется номер телефона, звучит убеждение, что лекарство или аппарат именно вам жизненно необходимы [2].

Но, по Федеральному закону № 86–ФЗ «О лекарственных средствах», ст. 44: «Реклама не должна представлять лекарственное средство как уникальное, наиболее эффективное, наиболее безопасное, исключительное по отсутствию побочных эффектов...». Также не допускается сравнение рекламируемого лекарственного средства с другими препаратами, реклама не должна гарантировать 100% результат. Но закон «О лекарственных средствах» утратил силу [7].

Ему на смену 1 сентября 2010 г. пришел Федеральный закон № 61–ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В ст. 57 указано о «запрещении продажи фальсифицированных лекарственных средств, недоброкачественных лекарственных средств, контрафактных лекарственных средств». В ст. 67 говорится о том, что информация о лекарственных средствах (по рецепту) должна содержаться только в специальных изданиях, а отпускаемая без рецепта может быть отображена в СМИ [9].

В 1922 г. У. Лишшаном было введено понятие стереотипа. Он определял стереотип как упрощенное, заранее принятое представление, не вытекающее из собственного опыта. Эти упрощения, оказывается, очень сильно влияют на восприятие и понимание явлений окружающей действительности. Позже, И.Л. Викентьев разработал систему психологических воздействий, основанную на использовании стереотипов. Автор полагал, что с помощью такой системы можно управлять процессом формирования имиджа (образа, репутации, фирменного стиля и пр.). И.Л. Викентьев считал, что принятие решений, интуиция, творческие озарения, с одной стороны, и шаблонность мышления, неприятие нового – с другой, реализуются на основе единого психофизиологического механизма: принципа доминанты. Восприятие человеком (в том числе рекламы и PR-акций) зависит не столько от воздействия на него, сколько от имеющихся у человека доминанты и (или) стереотипов.



Автор рассматривал большое количество примеров, основанных на так называемых «положительных» и «отрицательных» стереотипах клиентов. Он говорил также о неких «вечных стереотипах», в число которых входят: «жизнь и смерть», «господство и подчинение», «гений и посредственность», «молодость и старость», «богатство и бедность», «свобода и несвобода», «желание и возможности» и др.[3].

И в наши дни стереотипы имеют большое значение при работе рекламистов.

Изучив материалы СМИ, в частности, Интернет ресурсы, мы пришли к выводу, что существует множество рекламных статей, повествующих о полезных свойствах того или иного БАДа. Ознакомившись с комментариями к этим средствам, мы выяснили, что если препараты и помогают, то цена на них или завышена в огромное количество раз или вообще нигде не указана. (например, БАД Кардиолонг: «Непосредственно Кардилонг предлагается по цене от 15000 до 100000 рублей – в зависимости от того, насколько убедителен будет «специалист» на другом конце телефонной линии. При этом реальная цена БАДа находится в пределах 100–200 рублей за упаковку») [11].

Или, другой пример, появилась информация о чудо-приборе «Инсумоль» для лечения сахарного диабета. Вот что о нем говорит эндокринолог Александр Иванов, отвечая на вопрос пациента: «Применение прибора Инсумоль не улучшит состояние. Ожидать какого-либо эффекта, кроме психотерапевтического, я бы не стал. Приборов для лечения диабета не существует в природе. Это не опасно, это бессмысленно» [12; 13].

«Масштабную аферу раскрыли работники УБЭП МВД по РБ. Мошенники, действовавшие под вывеской фирмы «Мединтел», «развели» 2500 башкирских пенсионеров, всучив несчастным чудо-аппараты «Ультратон» «от всех болезней» за 15 тысяч рублей. По мнению начальника УБЭП Ю. Черницева, преступники на незаконном бизнесе зарабатывали не менее пяти миллионов в месяц. Сегодня два руководителя этой конторы арестованы и ждут приговора суда», – сообщили «Уфимские ведомости» от 26 января 2011 г. [14].

По телевидению постоянно передают ролики о зубной пасте, которая защищает от кариеса или о жевательной резинке, имеющей те же цели. Реально только американская зубная паста «Крэст» хоть немного защищает от кариеса, а жевательные резинки вызывают гастрит, но никак не защищают от кариеса.

Услуги стоматологов стоят все дороже и дороже. Настоящая цена самой дорогой полимерной пломбы дешевле трамвайного билета. Амальгамные пломбы, которые являются дешевыми и долговечными в настоящее время заменены на временные полимерные [15].

Все это говорит о том, что на неопытных и доверчивых людях наживаются мошенники, либо продавая поддельные лекарства, либо по завышенной цене, не помогающие или вообще не нужные средства и аппараты.

Теперь обратимся к статистике. Reader's Digest в 2008 г. провел опрос в 11 странах и выяснил, что влияние рекламы медицинских товаров наиболее ощутимо в России (32%) и Португалии (52%), где считают рекламу медицинских товаров и услуг полезной. В целом по Европе 80% опрошенных подтверждают, что они доверяют информации, полученной от фармацевта. Однако самым низким этот показатель является в России – 42%. Во всех странах-участницах опроса все больше людей (+32%) принимают во внимание репутацию производителя при покупке лекарственных средств для лечения часто встречающихся заболеваний. Увеличивается значимость упаковки и маркировки лекарственных средств. Прирост влияния этого показателя на потребительский спрос составил 55% (с 11% в 2006 г. до 17% в 2008 г.).

В последнее время потребители все больше доверяют и пользуются медикаментами-аналогами. 71% респондентов из 8 стран Западной Европы считают, что медикаменты-аналоги также эффективны, как и более дорогие препараты, которыми они пользовались ранее. Наибольшее количество респондентов, согласных с таким мнением, проживает в Финляндии и Португалии (78%) [10].

В настоящее время существуют и так называемые гомеопатические препараты, средства, концентрация которых в общей смеси очень мала или они там вообще отсутствуют. Опасность их применения состоит в том, что ввиду отсутствия действующего вещества, они не являются лекарством, следовательно, применять их вместо настоящего медицинского препарата может быть опасно для жизни человека и грозить осложнениями.

При чрезмерном и неправильном употреблении лекарственных средств может возникнуть лекарственная болезнь. Это понятие означает высокую чувствительность человека к лекарственным компонентам, а также непереносимость препарата. Она может проявляться в виде аллергий, вплоть до анафилактического шока, возможно поражение всех систем органов организма. Это понятие напрямую связано с темой нашей работы, так как покупатель, не советуясь с врачом и, поддавшись рекламе, принимает препарат, который и может вызвать неприятные последствия.

Мы выяснили, что рекламодатели используют разнообразные способы привлечения внимания потребителей. Медицинская реклама направлена не только на пациентов, но также и на врачей (выписывать рекламируемые препараты). Очень много обмана происходит с лекарствами и аппаратами различной направленности, показали это на примерах. Но, подняв статистику, мы выясняем обратное, что довольно высокий процент российских граждан (32%) положительно относится к медицинской рекламе. Наше мнение по данной проблеме заключается в том, что реклама препаратов все-таки нужна лишь для общего просвещения потребителей, но ни в коем случае не навязывании их.

## Список литературы:

1. Баранов Н.И. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг // Экономическая школа: альм. М., 2008. № 6: Конкуренция и конкурентная политика. С. 207–241.
2. Безлатный Д.В. Психология в рекламе: искусство манипуляции общественным сознанием. М.: ООО «Ваш полиграфический партнер», 2011.
3. Викенътьев И.Л. Приемы рекламы и Public Relations. Ч. 1. СПб.: ООО «ТРИЗ-ШАНС», 1995.
4. Зазыкин В.Г. Психология в рекламе. М: ДатаСтром, 1992.
5. Мамонова Е.А. Правовое регулирование рекламы. М: Науч. книга, 2008.
6. Мокшанцев Р.И. Психология рекламы: учеб. пособие / науч. ред. М.В. Удальцова. М.: ИНФРА-М, Новосибирск: Сибирское соглашение, 2003.
7. О лекарственных средствах : ФЗ от 22.06.1998 № 86–ФЗ (ред. 29.12.2004) <http://fptl.ru/normativi/fz-122.html>
8. О рекламе : ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 21.10.2013). URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_153530/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153530/)
9. Об обращении лекарственных средств : ФЗ от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 25.11.2013). URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_154777/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154777/)
10. статистика за 2006-2008 гг
11. <http://badbed.ru/bads-new/168-cardiolong.html>
12. <http://badbed.ru/section-blog/34-new-devises/160-insumol.html>
13. <http://www.saharniy-diabet.com/insumol-pribor-apparat-instrukciya-kupit-otzyzy-cena>
14. [http://vedomosti.journal-ufa.ru/showinf.php?n=247&n\\_id=413](http://vedomosti.journal-ufa.ru/showinf.php?n=247&n_id=413)
15. <http://sportmedia.narod.ru/medobman.html>

## ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФАКТОРА НА СОЗНАНИЕ

ВИНОГРАДОВ Михаил Валерьевич  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук

2 курс. Лечебный ф-т

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

В связи с быстрым развитием медицинской науки в последние годы открывается все большее количество гормонов и оказываемых ими эффектов, многие из которых влияют на центральную нервную систему, в частности – головной мозг. Результатом действия этих гормонов являются различные эмоции, чувства, решения, которые рождаются в нашем сознании. Можно проследить связь между уровнем определенных гормонов и сознательной деятельностью, а также ментальным состоянием человека, показав, таким образом, что поведение человека имеет не только социальную, но и немалозначимую биологическую обусловленность.

**Цель:** изучить связь между гормональным фактором и человеческим сознанием.

**Задачи:** рассмотреть основные гормоны, влияющие на сознание, и вызываемые ими эффекты.

Наша **гипотеза:** Гормоны, оказывая влияние на головной мозг, «вынуждают» нас думать, осознавать мир и действовать определенным образом. Нужная программа поведения принимается за счет выработки определенного количества необходимого гормона в нужной пропорции с другим.

Человеческое сознание, как и эмоции, определяется биологически активными веществами – гормонами. Различные гормоны могут вызывать эмоции, желания, чувства и даже мотивы к определенным действиям. Все наши эмоции и действия зарождаются благодаря веществам, которые действуют на нашу нервную систему, в частности головной мозг, и, соответственно, сознание. Они вызывают психоэмоциональные и эмоционально-поведенческие эффекты, оказывая, таким образом, влияние даже на ментальное состояние человека в целом. Казалось бы, мы сами принимаем решение, но, вполне вероятно, что это решение навязано нам гормональным фактором. Подобные вещества дают предпосылки для определенного действия или решения. Некоторые из этих биологически-активных веществ являются передатчиками импульсов между нервными клетками, таким образом, связывая многосложные системы мозга. Рассмотрим некоторые гормональные эффекты на когнитивную функцию.

*Дофамин* продуцирует приятные ощущения и позитивные эмоции, он используется мозгом в качестве награды, на которой основана работа мозговой «системы поощрения». Известны несколько «дофаминовых путей» – проводящих путей мозга, в которых роль переносчика нервного импульса играет дофамин. Один из них – мезолимбический путь, он ответственен за чувства удовольствия. Дофамин участвует в процессе принятия человеком решений: среди людей с нарушением синтеза или транспорта дофамина, многие испытывают затруднения с принятием решений. Это связано с тем, что дофамин отвечает за «чувство награды», позволяющие принять решение.

Дофамин влияет на приподнятое настроение, яркие ощущения, высокий жизненный тонус. Нехватка дофамина в соответствующих участках мозга ведёт к потере инициативы и апатии, более сильный дефицит – к безвольности. Увеличение уровня этого вещества обуславливает гедонистическое поведение, связанное с постоянным поиском наслаждений, начиная от вкусной еды и заканчивая садизмом. Переизбыток дофамина является причиной развития шизофрении. Большинство современных антипсихотических средств основаны на блокировании рецепторов дофамина, что вызывает в качестве побочного эффекта депрессию.

*Серотонин* создает в коре головного мозга ощущение подъема настроения. В различных сочетаниях серотонина с другими гормонами получается весь спектр эмоций от удовлетворения до эйфории. Недостаток серотонина вызывает снижение настроения и депрессию. Серотонин влияет на самообладание или эмоциональную устойчивость. Он контролирует восприимчивость мозговых рецепторов к стрессовым гормонам – адреналину

и норадреналину. У людей с пониженным уровнем серотонина малейшие поводы вызывают сильную стрессовую реакцию, зачастую сопровождающуюся психозом.

Отдельные исследователи считают, что доминирование особи в социальной иерархии обусловлено именно высоким уровнем серотонина. Он поднимает самооценку и побуждает вести образ жизни, подобающий признанному вожаку. У людей с «макиавеллиевским типом личности», отличающихся агрессией, властолюбием, жестокостью, целеустремленностью и отсутствием моральных принципов, по мере повышения уровня серотонина в крови социальный ранг повышается. Подобным личностям с высоким уровнем серотонина характерно хладнокровное, самоутверждающее, агрессивное поведение. У «уступчивых моралистов», которые пытаются управлять демократическими, лояльными методами, соблюдая все права и интересы граждан, по мере повышения уровня серотонина социальный ранг, наоборот, падает. Учеными США обнаружен ген, активность которого отвечает за либерализм и свободомыслие. Обнаруженный ген регулирует активность серотонина. В настоящее время в качестве антидепрессантов применяются ингибиторы обратного захвата серотонина, повышающие его концентрацию в крови.

У серотонина в организме есть антагонист – *мелатонин*. Секреция мелатонина зависит от общего уровня освещенности – избыток света замедляет его образование, а снижение освещенности – повышает. Низкая освещенность, вызывающая высокую выработку мелатонина, является основной причиной сезонной депрессии.

*Адреналин* – гормон, реализующий реакции типа «бей или беги». Его секреция резко повышается при стрессовых состояниях, пограничных ситуациях, ощущении опасности, тревоге, страхе. «Бодрящий» эффект никотина обеспечивается выбросом в кровь адреналина и норадреналина. При этом происходит выброс дофамина, что способствует усилению никотиновой зависимости. Считается, что *норадреналин* является гормоном ярости, а адреналин – гормоном страха. Норадреналин вызывает чувство злости, ярости, вседозволенности.

*Окситоцин* увеличивает степень доверия к конкретному человеку, понижает уровень тревожности и напряжения. Уровень окситоцина повышается при близком контакте с человеком, особенно при прикосновениях и поглаживаниях. Он участвует в формировании связей между людьми, в том числе связей между матерью и ребенком. Положительные эффекты окситоцина распространяются на тех, кого человек считает «своими», но не на членов конкурирующих групп. Окситоцин усиливает желание защищать своих и может стимулировать нанесение «упреждающих ударов» по чужакам с целью защиты от возможной агрессии с их стороны. Окситоцин влияет на этноцентризм, усиливая расовые и национальные предрассудки, играет роль в возникновении межгрупповых конфликтов и насилия.

Окситоцин связывают с аутизмом, т.к. аутизм определяется делецией интервала, содержащего ген рецептора окситоцина (OXTR). Окситоцин может быть эффективным средством для лечения аутизма и связанного с аутизмом поведения. В настоящее время с этой целью применяются именно препараты окситоцина.

*Тестостерон* усиливает такие свойства личности, как сопротивляемость, импульсивность и авантюризм. Также тестостерон способствует целеустремленности и препятствует возникновению усталости. Высокий уровень тестостерона способствует агрессивному ответу на провокацию. Если не снизить уровень тестостерона в крови различными путями (например, с помощью физических нагрузок), то возрастает агрессивность и склонность к асоциальным поступкам. Исследования показывают, что у физически активных мальчиков вероятность в совершении преступления или проявлении агрессии значительно ниже. Зарегистрированные молодые правонарушители, как правило, спортом никогда не занимались. Подъем уровня тестостерона в крови подростков в возрасте от 12 до 17 лет соответствует пику в возрастной кривой преступности. Тестостерон приводит к повышению агрессивности и у женщины, но не в той же степени, что и у мужчины. Девушки, получившие ненормально большое количество тестостерона в утробе матери, имеют высокую склонность к однополюй ориентации. Тестостерон улучшает способность к ориентации в пространстве.

*Эстроген* вызывает ощущение удовлетворенности и благополучия, оказывает успокаивающее воздействие, подавляя, таким образом, чувство гнева. Он оказывает влияние на женскую манеру поведения: стремление нянчить и защищать свое гнездо. Эстроген также улучшает память, что связано с проблемами памяти у многих женщин после менструаций, когда уровень эстрогена в крови падает. Эстроген, действуя противоположно тестостерону, подавляет способность ориентации в пространстве. Поэтому женственные представители слабого пола с трудом ставят машину параллельно тротуару и плохо разбираются в картографии.

**Вывод.** Между гормональным фактором и человеческим сознанием действительно существует тесная взаимосвязь. Вещества подобного рода не только определяют эмоциональные и поведенческие реакции, но также оказывают влияние и на психическое состояние в целом. Возможно воздействовать на человеческое сознание эндогенным путем – с помощью приемов различных гормонсодержащих препаратов, вынуждая личность иначе осознавать окружающих ее мир. Гипотеза подтверждена.

### **Список литературы:**

1. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб: Питер, 2001.
2. Век шизофрении. URL: <http://rusrep.ru/article/2012/01/31/shizo>
3. Корниенко С. Химия эмоций. URL: <http://ethology.ru/library/?id=287>
4. Люльчак Е. Генетика лидерства. URL: <http://esj.ru/2009/03/03/>

5. Пиз А. и Б. Язык взаимоотношений (Мужчина и женщина) [http://modernlib.ru/books/piz\\_alan/yazik\\_vzaimootnosheniy\\_muzhchina\\_i\\_zhenschina/read/](http://modernlib.ru/books/piz_alan/yazik_vzaimootnosheniy_muzhchina_i_zhenschina/read/)
6. Oxytocin promotes human ethnocentrism / Carsten K.W., De Dreu, Lindred L. Greer, Gerben A. Van Kleef // PNAS: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2011. Vol. 108, no. 4. URL: <http://www.pnas.org/content/108/4/1262>
7. The Neuropeptide Oxytocin Regulates Parochial Altruism in Intergroup Conflict Among Humans / Carsten K.W. De Dreu, Lindred L. Greer // Science. 2010. 11 June. Vol. 328, no. 5984. P. 1408–1411. URL: <http://www.sciencemag.org/content/328/5984/1408.abstract>
8. Wermter A.-K., Kamp-Becker I., Hesse Ph. Evidence for the involvement of genetic variation in the oxytocin receptor gene (OXTR) in the etiology of autistic disorders on high-functioning level. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajmg.b.31032/abstract>
9. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304394007001358>

## **СЛЕДУЯ ЗА МОДОЙ – СЕБЯ НЕ УРОДУЙ, ИЛИ КАК СОВРЕМЕННАЯ МОЛОДЕЖЬ «УКРАШАЕТ» СВОЕ ТЕЛО: ТАТУ И ПИРСИНГ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**ЕРМОЛИНСКАЯ Дарья Васильевна**  
Архангельск, Россия,  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [bus16@mail.ru](mailto:bus16@mail.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Татуировки, пирсинг, шрамирование... Мода на данные виды «украшений» введена достаточно давно. Например, татуировка, появилась еще при первобытном строе. Она служила не только украшением, но и знаком племени, рода, тотема, указывала социальную принадлежность ее обладателя, а кроме того, наделялась определенной магической силой. Причины возникновения обычая татуировки не совсем ясны. С одной стороны – это логический прогресс от естественных повреждений кожи, случайно полученных людьми Каменного Века. Раны и кровоподтеки сливались в причудливые шрамы, отличавшие их носителя от соплеменников в выгодную сторону, как храброго воина и удачливого охотника. Со временем первобытные семьи разрастались, объединялись в маленькие организованные общины и на кожу уже специально наносились отметины, имеющие специфическое значение в пределах определенной общественной группы.

Лицо – всегда на виду. Именно поэтому оно украшается в первую очередь. Племена майори из Новой Зеландии носят на лицах маскообразные татуировки – Моко. Узоры служат и постоянной боевой раскраской, и показателем доблести и общественного положения их обладателей. По местным обычаям, если у погибшего воина на лице была маска Моко, он удостоивался высшей почести – его голову отрезали и хранили, как реликвию племени.

Женщины японских аборигенов Аину татуировкой на лице обозначали свое семейное положение. По узорам на губах, щеках и веках можно было определить, замужем ли женщина и сколько у нее детей. Так, и у других народов, обилие узоров на теле женщины символизировало ее выносливость и плодovitость.

Кроме того, у разных народов татуировки наделялись самыми разнообразными магическими свойствами: детей оберегали от родительского гнева, взрослых защищали в бою и на охоте, стариков хранили от болезней.

Помимо повышения социального статуса, татуировка, в некоторых случаях, служила наказанием. Например в древнем Китае одним из Пяти Классических Наказаний была татуировка на лице. Также метили рабов и военнопленных, затрудняя им побег и облегчая их опознание. И греки, и римляне использовали тату для подобных целей, а испанские конкистадоры продолжили эту практику в Мексике и Никарагуа. Уже в нашем столетии, во время Первой Мировой, в Британии татуировкой «D» метили дезертиров, в Германии – выбивали номера жертвам концлагерей.

С распространением христианства обычай татуировки стал безжалостно искореняться, как составная часть языческих обрядов, и практически угас. Тем более, что в Ветхом Завете сказано ясно: «Ради умершего не делайте нарезов на теле вашем и не накалывайте на себе письмена». Запрет был настолько суровым, что татуировка не практиковалась среди европейцев вплоть до XVIII в. Но, по иронии судьбы, когда христианские миссионеры отправлялись в дальние страны обращать в свою веру «дикие» племена, моряки с их кораблей обзаводились там шикарными татуировками на память о путешествиях. Печально известный капитан Джеймс Кук внес наиболее весомый вклад в дело возрождения татуировок в Европе. Вернувшись из плавания в 1769 г., он привез с Таити не только само слово «tattoo», но и «Великого Омаи», сплошь истатуированного полинезийца, ставшего сенсацией – первой живой тату-галереей. И вскоре ни одно уважающее себя представление, ярмарка или бродячий цирк не обходились без участия «знатного дикаря».

Различные виды татуировок практиковались у светлокожих народов всего мира, а у темнокожих заменялись рубцеванием. Тот факт, что не очень-то просто различить татуировку на темной коже, заставил темнокожих представителей человечества прибегнуть к менее щадящим, но более эффективным способам. Так появилось шрамирование. Для многих племен оно относилось к особому ритуалу, например, люди изображали на своих



руках шрамы и рубцы в виде крокодильей кожи, отдавая тем самым дань тому или иному божеству.

Сейчас это опасное увлечение становится все более популярным. И некоторые люди, идущие на это, не задумываются, а, может, даже не знают, что клеймо на запястье ставилось в свое время рабу. Позже этот же метод применялся также и для идентификации преступников. Причем, каждое преступление имело определенный знак. Клеймо ставилось на открытые участки тела для того, чтобы преступника было видно, как говорится, издалека.

Не один десяток лет насчитывает история шрамирования. Со временем оно стало добровольным, особенно для тех, кто часто работал со шпагой, шрам на лице очень приветствовался. Для фехтовальщика это был знак почета и уважения.

Сегодня же такую болезненную процедуру относят не только к искусству, а к отдельной субкультуре. Так женщины и мужчины хотят обрести внутреннюю свободу. Такой способ, пусть это даже и опасное увлечение, помогает им самовыражаться. Причем, использовать не один его вид. История шрамирования дает представление о многих способах нанесения на тело определенных линий. А современные любители этого искусства дорабатывают эти идеи для создания красивых рисунков на любых участках тела. Используют выжигание (клеймение) и процесс, который называется «холодным выжиганием», применяемый при помощи жидкого азота. Развитие новейших технологий не оставило шрамирование без изменений. Разработка лазерного луча открыла новый способ создания поджигающего эффекта.

Внимание притягивает и различного рода вырезание участка кожи. Создается узор при использовании скальпеля. Но достаточно провести этим инструментом по коже под прямым углом, либо же под наклоном, получится уникальный рисунок.

История возникновения пирсинга схожа с двумя предыдущими. В Египте женщины прокалывали свои пупки, в отличие от сегодняшних времен, тогда носить колечко на этой части тела разрешалось только приближенным фараона и жрицам. В Древней Индии представительницы слабого пола носили сережку в одной из ноздрей, что являлось признаком замужества. Древнеримские воины предпочитали прокалывать соски. Для мужчин это означало, что хозяин серьги в соске обладает изрядным мужеством и отвагой. Пирсинг использовался во многих обрядах, в которых человеку необходимо было пройти испытание болью и доказать свою мужественность.

Прокалывая те или иные места на теле, люди преследуют различные цели. Либо это стремление украсить свое тело, выделиться из общей массы, обратить на себя внимание, выглядеть более сексуальным (обычно это места доступные для общего обозрения). Либо человек стремится изменить свои ощущения или сделать их более острыми, при проколах гениталий, сосков,

языка и других мест. При помощи пирсинга человек, порой, доказывает себе, что он способен выдержать многие испытания.

А каковы же мотивы «украшения» тела современной молодежи? Давайте попробуем выяснить.

В октябре 2013 г. проведен опрос среди студентов Северного государственного медицинского университета. В нем приняло участие 100 человек (50 девушек и 50 юношей) разных факультетов. Возраст: 18–23 года.

На вопрос наличия татуировок, 3 девушки и 5 молодых людей ответили положительно. Самым частым местом нанесения тату явилось плечо, на втором месте – лопатка, на третьем – шея, на четвертом – запястье.

На вопрос намеренно нанесенных шрамов все ответы были отрицательные.

Наиболее интересными оказались ответы, касаемые пирсинга. Абсолютно у всех девушек проколоты уши. Помимо этого, проколы в области пупка составили 7 штук, проколоты брови – у 2 студенток, нос – у 2 студенток, язык – у 1 студентки, у двух девушек имеется интимный пирсинг. Что же касается молодых людей: пирсинг отсутствует у 44 человек. Оставшиеся 6 человек имеют пирсинг в области бровей – 2, языка – 2, губы – 2, подбородка – 1 человек. В ушах у двух молодых людей находится своеобразный вид пирсинга-туннель.

По итогам проведенного исследования можно смело сказать, что современная молодежь не боится нанести какие-либо «повреждения» своему телу, а напротив, делает это с удовольствием. Молодых людей мотивирует желание выделиться, показать свою индивидуальность.

Несмотря на это самое желание, не стоит забывать о своем здоровье. Ни одна из процедур, описанных выше, не является безопасной.

Самой большой угрозой являются всевозможные инфекции. Если вдруг попадет грязная игла, то легко можно заразиться гепатитом или СПИДом. Плюс к этому татуировка, которую сделали только что, это то же самое, что и открытая рана. Если за ней не ухаживать должным образом, то в рану попадет инфекция. Случается и такое, что у человека оказывается аллергия на пигмент, именно тот, который использовали при нанесении рисунка. Применение пигментов не контролируется органами здравоохранения. Ряд красителей, которые используются мастерами-татуировщиками, предназначены для промышленности, применяются для печати на бумаге или для покраски автомобилей.

Последствиями пирсинга может быть:

- Аллергическая реакция.
- Заражение.
- Нарушение кровообращения, рубцевание ткани.

Проколы, сделанные в «стратегических» местах, могут оборачиваться развитием опасных заболеваний; например, из-за пирсинга половых органов могут быть проблемы с деторождением и эректильной функцией, а из-за пирсинга сосков могут образовываться рубцы, препятствующие грудному вскармливанию.

– Эндокардит.

Есть вероятность попадания в кровоток бактерий и развития эндокардита, если у человека уже есть некоторые проблемы с сердцем.

– Травмы.

Пирсинг – потенциально опасная зона, так как он выступает над кожей; легко зацепиться за украшение, это может случиться где и как угодно.

Особо опасен и потенциально вреден для здоровья пирсинг полости рта:

– Разрушение зубов.

Более половины обладателей пирсинга губ и языка имеют травмы зубов (сколы, трещины и полное разрушение зуба), что вовсе не удивительно, учитывая непосредственный контакт металлического украшения и зубов.

– Травмы и болезни десен, языка.

Украшение, используемое в пирсинге, целыми днями трётся о слизистую полости рта, о язык, десны, внутреннюю поверхность щек и т. д., в результате чего все эти поверхности подвергаются постоянному травмированию. Это чревато в будущем развитием болезней десен и воспалениями.

– Повышенный риск занесения инфекции, воспалений, травм. Ротовая полость – активная зона, которая задействована в ежедневном приеме пищи как минимум три раза в день, чистке зубов, разговорах и т. д. Место прокола постоянно находится под воздействием и вероятность травмы, занесения инфекции, повреждения крайне высока.

Как видите, «безобидная» татуировка или маленький прокол, могут содержать в себе весьма серьезную угрозу для здоровья.

Именно поэтому, прежде чем как-то «украсить» свое тело, сначала взвесьте все «за» и «против» – и лишь только потом сделайте свой выбор.

## **РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕРИВАТОВ АЛЬГИНОВОЙ КИСЛОТЫ**

**ЗЕЛЕНЦОВ Роман Николаевич**  
Северный государственный медицинский университет  
Кафедра фармакологии. Аспирант  
Науч. рук.: д-р мед. наук, доцент  
**КРЫЛОВ Илья Альбертович**

Широкое распространение травматических повреждений в структуре общей заболеваемости населения [1], вместе с дефицитом на отечественном фармрынке лекарственных средств, производимых на территории Российской Федерации, делают актуальным вопрос поиска и разработки инновационных фармацевтических субстанций на основе региональных природных источников.

Особенно перспективными на сегодняшний день могут оказаться разработки, направленные на создание фармацевтических субстанций, потенциальных лекарственных средств массового потребления, отпускающихся из розничной аптечной сети без рецепта. Не стоит скрывать,

что травмы и повреждения нередко случаются в повседневной жизни каждого. В это же время встает вопрос репарации и реституции после повреждения. Да, препараты репаративной направленности действия есть, они широко представлены на рынке, но главным образом, это импортные, синтетические и дорогостоящие препараты. В связи с этим становится актуальным вопрос создания российских недорогих, природных и высокоэффективных лекарственных средств с репаративной активностью.

Для нашего региона традиционно привлекательными остаются биоресурсы Белого моря, где сосредоточены большие запасы морских бурых водорослей – ламинарий. Так, по данным Государственного доклада «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2007 г.» в Баренцевом море значительные запасы ламинарии пока совершенно не осваиваются промыслом. В исключительной экономической зоне России: у островов и в бухтах Кольского полуострова – общий допустимый улов ламинариевых водорослей составляет 16 тысяч тонн, в зоне Шпицбергена – 14,2 тысяч тонн. Однако, эти запасы почти не используются. В 2007 г. добыто всего 340 тонн ламинарии, что составляет 2% от выделенных лимитов. Запасы ламинариевых водорослей в Белом море находятся в хорошем состоянии, и, по оценкам на 2007 г., позволяют изымать ежегодно по всем районам до 36 тысяч тонн. Освоение общего допустимого улова водорослей остается низким и составляет по ламинариям не более 7% [2; 3].

По данным Двинско-Печорского бассейнового водного управления федерального агентства водных ресурсов на 15.12.2012 г. объем добычи ламинариевых водорослей в акватории Белого моря составил 1118,944 тонн.

На фоне снижения темпов роста добычи морских бурых водорослей в акватории Белого моря, становится очевидным поиск нетривиальных путей решения выхода из сложившейся ситуации. Одним из таких решений может стать разработка инновационных фармацевтических субстанций на основе методов биотехнологий, что в свою очередь позволит привлечь инвестиции в отрасль. В конечном итоге, обеспечит создание новых рабочих мест, а также увеличение финансовых потоков в виде налогов в областную казну.

### **Список литературы:**

1. Здоровоохранение в России, 2011 год: стат.сб. / Росстат. М., 2011.
2. О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2007: Гос. докл. Минприроды РФ. М.: М-во природ. ресурсов и экологии Российской Федерации, 2008.
3. О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2010: Гос. докл. Минприроды РФ. М.: М-во природ. ресурсов и экологии Российской Федерации, 2011.

## МЕДИЦИНА И ПОЭЗИЯ

КОНДРАТОВА Марина Валентиновна

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

3 курс. Лечебный ф-т

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Медицина и поэзия... Два совершенно разных и далёких друг от друга понятия. Но только на первый взгляд кажется, что между ними нет точек соприкосновения. С помощью правильно подобранных стихотворений можно влиять на пациента и тем самым помогать кому-то – обрести надежду на выздоровление, вселяя силы и желание жить и бороться со своей болезнью, кому-то – справиться со своими внутренними переживаниями, негативными эмоциями, которые отрицательно сказываются на здоровье и даже могут привести к различным заболеваниям, кому-то – обрести смысл жизни.

Вопрос: «Можно ли лечить поэзией?» – кажется странным только на первый взгляд. Лечение больных в первую очередь должно начинаться с исцеления души. Так почему бы не применять произведения великих поэтов, как лекарство. Ведь общее физическое состояние человека напрямую зависит от состояния психологического, душевного, от того, в гармонии ли с самим собой находится человек. Любое выздоровление будет проходить гораздо быстрее, когда человек не обременен душевными переживаниями, когда он внутренне настроен бороться со своей болезнью, когда он действительно хочет этого, когда он верит в успех.

Ещё более двух тысяч лет назад великий философ Сократ произнес: «Нет телесной болезни отдельной от души». Тело и душа неразрывно связаны между собой. Болезни тела оказывают влияние на наше настроение, например, хронические или тяжёлые болезни могут повергнуть человека в депрессию. Но есть и обратная связь: психология человека оказывает влияние на его самочувствие и здоровье. Замечено, что психологическая агрессия, направленная в себя, постоянные переживания связаны с возникновением злокачественных опухолей. Изучением влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний человека занимается так называемая психосоматика (греч. *Psyche* – душа, *soma* – тело).

Психосоматические заболевания – это такие недуги, когда болеет физическое тело, но причину нужно искать в душе человека (в его восприятии и отношении к происходящим событиям). То есть психическое или эмоциональное состояние человека напрямую связывается с физическим состоянием; психосоматические заболевания – это боль и страдания души, которые не нашли другого выхода, кроме как через тело, это рассказ души о себе, а чаще всего – ее крик.

Многие выдающиеся учёные – представители официальной медицины – убеждены, что около 80% всех заболеваний на самом деле являются психосоматическими. Получается, что наше здоровье напрямую зависит от наших мыслей, от настроения, от любви или её отсутствия, от умения находить или увидеть вокруг нас красоту и наслаждаться этим, от способности быть счастливым, от нашего характера, от отношения к успехам и неудачам на работе... Всё это психология... А точнее – психосоматика.

Наукой сейчас доказано, что мысль человека, которая представляет собой электрические импульсы, является источником энергии. Мысль может излучать энергию и принимать энергию, как работающий радиоприемник. И от того, на какую «волну» настроил себя человек, будет зависеть, какая энергия к нему придет. Эта энергия может нести положительный заряд для человека, улучшая его физическое и психологическое состояние, и отрицательный заряд, который разрушает его и физически, и как личность. Работы на эту тему есть у В. Райха, А. Лоуэна, С. Графа, А. Гурвич, В.П. Казначеева (1967), В.М. Инюшина, С. Н. Лазарева и других.

Таким образом, было бы правильным лечить не только саму болезнь, но и больного. А если путь болезни лежит через стресс, через негативное восприятие действительности, пессимизм и недоверие к миру, то очевиден и путь выздоровления – вера и любовь, осознание единства с миром, обретение духовного смысла жизни.

Поэзия... Есть ли от неё толк? Нужна ли она пациентам? Может ли она им хоть как то помочь? Пользу, которую получает человек, прочитав стих, мы бы сравнили с пользой от рассматривания картины или прослушивания классической музыки. Ведь доказали же лечебное воздействие музыки на организм человека. По мнению ученых и медиков, наибольшим терапевтическим эффектом обладает классическая музыка, которая нормализует сердечный ритм и повышает в крови уровень иммуноглобулина. Так, например, творчество великого композитора В.А. Моцарта развивает интеллект, повышает умственные способности у всех слушателей, независимо от того, нравится мелодия или нет, она обладает обезболивающим эффектом, улучшает периферийное зрение, благотворно влияет на беременную женщину и на плод, способствуя правильному формированию плода и закладывая основу духовного и физического развития будущего малыша.

Так может быть, и поэзия обладает целительным воздействием на человека? Оказалось, что да. В современной психологии даже существует целое направление библиотерапии (психотерапии чтением), в котором существенное место отводится терапии поэзией. И такая работа, действительно, оказывается довольно эффективной для решения многих психологических проблем.

Что такое библиотерапия? В дословном переводе это означает «лечение книгой» (от греч. *biblion* – книга и *therapeia* – лечение). Согласно определению, принятому Ассоциацией больничных библиотек США, библиотерапия означает «использование специально отобранного для чтения

материала как терапевтического средства в общей медицине и психиатрии с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения».

Книги – это мощное оружие. В поистине волшебной силе книг можно убедиться и в реальной жизни. После окончания первого курса проходила летнюю производственную практику в ЦРБ родного города Вельска в неврологическом отделении для больных с ОНМК. Пациенты в отделении были в основном пожилого и старческого возраста. Несмотря на это в отделении временами все же было весело и интересно. Утро в одной из палат начиналось, надо сказать, довольно необычно. Одна бабуля дрожащими после очередного инсульта губами выводила:

*В этот вьюжный неласковый вечер,*

*Когда снежная мгла вдоль дорог,*

*Ты накинь, дорогая, на плечи*

*Оренбургский пуховый платок!* – знаменитое стихотворение-песня народного поэта Виктора Бокова. Далее её соседки подхватывали ...

*Я его вечерами вязала*

*Для тебя, моя добрая мать,*

*Я готова тебе, дорогая,*

*Не платок – даже сердце отдать!*

*Чтобы ты эту ночь не скорбела,*

*Прогоню от окошка пургу.*

*Сколько б я тебя, мать, ни жалела,*

*Все равно пред тобой я в долгу!*

*Пусть буран все сильнее свирепеет,*

*Мы не пустим его на порог.*

*И тебя, моя мама, согреет*

*Оренбургский пуховый платок.*

Что удивительно, атмосфера в такие моменты была всегда какая-то иная, не больничная. Стихотворений эта пациентка знала много и охотно их читала наизусть, а соседки по палате с удовольствием ее слушали. Больше всего её воодушевляли стихи величайшего поэта, «солнца русской поэзии» А.С. Пушкина. Казалось, что она, как добрая няня поэта – Арина Родионовна, знает все его стихотворения.

*Мороз и солнце; день чудесный!*

*Еще ты дремлешь, друг прелестный –*

*Пора, красавица, проснись:*

*Открой сомкнуты негой взоры*

*Навстречу северной Авроры,*

*Звездою севера явись!*

И сразу какой-то необычайной бодростью и свежестью веяло от этих строк, светом и солнечным теплом.

В соседней, мужской, палате стихами, к сожалению, не увлекались, зато один мужчина лет 56 прихватил с собой книжку с высказываниями Ф.Г. Раневской. С появлением этого мужчины дух позитива «повис» над этой палатой. Унылые больничные дни были разбавлены светлыми красками

тонкого юмора несравненной Фаины Георгиевны. Большинство цитат сопровождались смехом, а потом дружно обсуждались. Мне больше запомнились цитаты, связанные каким-либо образом с медициной. «Моя любимая болезнь – чесотка: почесался и ещё хочется. А самая ненавистная – геморрой: ни себе посмотреть, ни людям показать». Или «Если больной очень хочет жить, врачи бессильны» – сакраментальная по сути своей фраза, которую произнесла Раневская, оправившись после инфаркта.

Для таких пациентов дни выписки наступали как-то незаметно. «На выписку? Уже? Завтра? Ну, мужики, до свидания! Скоро и вы на дембель отправитесь!»

Очень часто, люди, попав в стены больницы, читают. Одни любят фантастику и детективы, у других на тумбочках лежат исторические и любовные романы, классика. Среди читающих есть и любители поэзии, потому что без поэзии прожить невозможно. У человека может и не быть любимого поэта, но у каждого есть стихотворение, которое не оставило его равнодушным.

Поэзия – это лекарство. Поэзия может смешить, удивлять, завораживать. Она толкает, побуждает людей к действиям, учит сопереживать, быть добрее, мужественнее, заставляет по-другому смотреть на вещи, даёт выход собственным чувствам, накопившимся на сердце. Одно из главных призваний поэзии в удовлетворении духовных потребностей человека, в понимании самого себя и своей жизни, своего предназначения в этом мире, в самовыражении, в единении с другими людьми и окружающим миром.

Через постижение авторского опыта вдумчивый читатель стихов нередко начинает по-новому оценивать свой путь. События, которые, прежде всего, казались горькими, несправедливыми, могут быть увидены иначе, например, как испытание, которое следует стойко преодолеть или как необходимый жизненный поворот. Особенно важным такое открытие становится для людей, оказавшихся в сложной кризисной ситуации, такой, например, как болезнь.

Болезнь всегда подрывает обычное, привычное течение жизни человека, весьма часто это болезненно переживаемая остановка. А правильно подобранные стихи могут помочь взглянуть на сложившуюся ситуацию с иной стороны. Это – возможность осмысления прошлого и настоящего, поиск новых решений, новая точка зрения, смена своего отношения к жизни. Так, стихи замечательной поэтессы Анны Ахматовой привлекают своей глубиной, мудростью, верой в Бога. Как сама Ахматова училась «просто, мудро жить», так и её стихи на протяжении многих лет учат этому своих читателей. В её произведениях раскрываются богатство и многогранность внутреннего мира, сила характера, мужество, стойкость. Как известно, у Анны Ахматовой была очень тяжелая жизнь, ей пришлось пережить смерть мужа Николая Гумилева, расстрелянного по ложному обвинению, репрессии по отношению к ее сыну, гонения и нападки со стороны идеологов советской власти. В свою поэзию Ахматова вкладывала много личных женских переживаний, наполняя ее лиризмом. Ее творчество, герои ее



стихотворений, она сама могут послужить ярким примером невероятной стойкости, несгибаемости человека.

*Я научилась просто, мудро жить,  
Смотреть на небо и молиться Богу,  
И долго перед вечером бродить,  
Чтоб утомить ненужную тревогу.*

Стихи могут помочь не только читателям, но и тому, кто их пишет, то есть самим поэтам. Слагая строчки, человек даёт волю своим чувствам, накопившимся в душе, а излагая их на бумаге, возможно, отпускает мучающую его ситуацию, словно переживая её заново. Для поэтов их творчество – это и есть лекарство. Сразу вспоминается талантливый поэт Роберт Рождественский:

*Помогите мне, стихи!  
Так случилось почему-то:  
на душе  
темно и смутно.  
Помогите мне,  
стихи.  
Слышать больно.  
Думать больно.  
В этот день и в этот час  
я –  
не верующий в Бога –  
помощи прошу у вас.  
Помогите мне,  
стихи,  
в это самое мгновенье  
выдержать,  
не впасть в неверье.  
Помогите мне,  
стихи.  
Вы не уходите прочь,  
помогите, заклинаю!  
Чем?  
А я и сам не знаю,  
чем вы можете  
помочь.  
Разделите эту боль,  
научите с ней расстаться.  
Помогите мне  
остаться  
до конца  
самим собой.  
Выплыть.  
Встать на берегу,*

*снова  
голос  
обретая.*

*Помогите...  
И тогда я  
сам*

*кому-то помогу.*

Поэзия возвышает человека над миром будничности, повседневности, открывает перед ним прекрасный и удивительный мир природы, в который так приятно окунуться. Читая стихи Тютчева, Фета, Есенина, Рубцова, которые так тонко умели слышать и понимать язык природы, сам невольно становишься вдохновенным созерцателем окружающего мира, ищешь уединения с ним, ищешь духовной близости с живой природой.

Иногда, бывает так, что прочитав стихотворение, как бы испытываешь удивление, восторг: ты увидел то, на что раньше даже не обращал внимания. Ведь заметил же А.А.Фет:

*Жаждою света горя,  
Выйти стыдится заря;  
Холодно, ясно, бело,  
Дрогнуло птицы крыло.  
Солнца еще не видать,  
А на душе благодать.*

Поэты, пишущие о природе очень часто сопоставляют состояние природы и состояние человека. Они одушевляют природу. В ней происходит то же, что в душе человека; и наоборот – душевное состояние человека сопоставляется с состоянием природы.

Чтение стихов предполагает также и уединение, и внутреннюю душевную работу. Каждое поистине хорошее стихотворение – это всегда тайна, для того, чтобы понять её, нужно уметь анализировать. Ведь мы, имея зрение, многое не замечаем, мы слышим, но не всегда внимаем смыслу сказанного. Анализируя, мы выстраиваем диалог не только с автором, но и с самим собой, со своим собственным Я. Мы думаем, рассуждаем и тем самым развиваемся духовно. Как тут не вспомнить строчки из стихотворения Н. Заболоцкого:

*Не позволяй душе лениться!  
Чтоб в ступе воду не толочь,  
Душа обязана трудиться  
И день и ночь, и день и ночь!*

Поэзия, как и любое другое искусство, ищет излучения эмоций. Она ищет реакцию нашего тела к выражениям боли, любви, радости, удивления. Она ищет прикосновения с нашими сокровенными и глубокими чувствами и в этом кроется вся её мощь.

К сожалению, до сих пор мало внимания уделяется психологическому состоянию пациента. Врачи бросают все силы на лечение болезни, забывая, что их пациент нуждается еще и в психологической помощи и поддержке (в

некоторых случаях, может быть, даже больше). Ещё Платон верно подметил, что: «При лечении совершают большую ошибку, допустив существование врачей для тела и врачей для души, ведь одно неотделимо от другого». Особенно это важно при тяжелых заболеваниях, таких как рак, или инвалидности. Для человека это очень тяжелые испытания. Так, онкобольной, услышав свой диагноз, в большинстве случаев испытывает сильнейший стресс, сопровождающийся переживанием выраженной тревоги, страха смерти, страха за детей, престарелых родителей. Подавляющая часть пациентов рисует в своем воображении страшные картины умирания от болей и других различных осложнений заболевания. Многие впадают в глубокую депрессию и отчаяние, вплоть до попыток самоубийства. Такое восприятие своего заболевания обусловлено общим отношением к онкологическим заболеваниям как к приговору, что, несомненно, является заблуждением.

Испытывая панический страх перед своим диагнозом, пациенты не только не помогают, но и «мешают» лечению. Психологические трудности, с которыми сталкиваются онкологические больные, связаны не только с угрозой жизни. Проведенное лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Их значимость определяется субъективно. В качестве примера могут быть названы угроза женственности и боязнь нарушения супружеских отношений после мастэктомии (удаление молочной железы), страх быть отвергнутым семьей и обществом после колостомии (искусственный задний проход), которые сами по себе начинают доминировать в структуре переживаний.

Важной задачей врачей, психологов является не оставлять человека наедине со своей бедой, помочь ему справиться со своими страхами и переживаниями. А как быть, если пациент не идет ни на какой контакт, погрузился в себя, в свою проблему, стал замкнут. Как ему помочь? Может, есть смысл случайно оставить сборник стихов, с закладкой на нужной странице. Одно небольшое стихотворение, правильно и вовремя подобранное, способно подчас изменить мысли человека, изменить его судьбу. Согласитесь, так странно иногда, в тоске, когда на душе неспокойно или даже больно, когда ты думаешь, что один ты так переживаешь что-либо, что только ты так мучаешься, открыв сборник, прочесть стихотворение, в котором ясно сквозит то же самое настроение, то, что ты чувствуешь, как будто твои мысли записали в стихотворной форме задолго до того, как ты появился на свет, и записали не те, кто тебя хорошо знает, а те, кто тебя никогда не видел, никогда о тебе не слышал.... Одно стихотворение и в душе что-то переворачивается. Появляются силы бороться и жить дальше.

*В любых делах при максимуме сложностей  
Подход к проблеме все-таки один:  
Желанье – это множество возможностей,  
А нежеланье – множество причин.*

Эдуард Асадов

Конечно, поэзия (как и любой другой вид искусства) никогда не заменит всего того, чего достигла и ещё достигнет современная медицина. Да и предназначение у нее совершенно другое. Она, скорее лечит не прямо, а косвенно. Поэзия – это лекарство для души. Она влияет на наш внутренний мир, наше сознание, наши мысли. Она способна устранять психологические проблемы, связанные с болезнью. А когда душа исцеляется, телу ничего не остаётся, как тоже идти на поправку большими, уверенными шагами.

Поэзия может не только лечить, бросая спасательный круг своим читателям, но и предотвращать многие болезни. Ведь это искусство, а значит, прикосновение к прекрасному. Читая стихи, мы обогащаемся духовно, становимся лучше, добрее, а соответственно устойчивее ко всем болезням и недугам.

Читайте на здоровье!

### Список литературы:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: Эксмо-Пресс, 2002.
2. Библиотерапия // <http://ru.wikipedia.org/wiki>
3. «Лекарство для души»: применение библиотерапии в библиотеке: метод. рекомендации / сост. Н.В. Аверьянова. Тамбов, 2004.
4. <http://www.psycall.org/psychosoma.php>

## БОЯЗНЬ БЕЛЫХ ХАЛАТОВ

КОРОБОВА Софья Николаевна,  
ЯРИЧЕВА Ксения Сергеевна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: [sofya.korobova@mail.ru](mailto:sofya.korobova@mail.ru)  
[yaricheva2013@yandex.ru](mailto:yaricheva2013@yandex.ru)  
Науч. рук.: препод. КГН СГМУ  
МАКУЛИНА Евгения Юрьевна

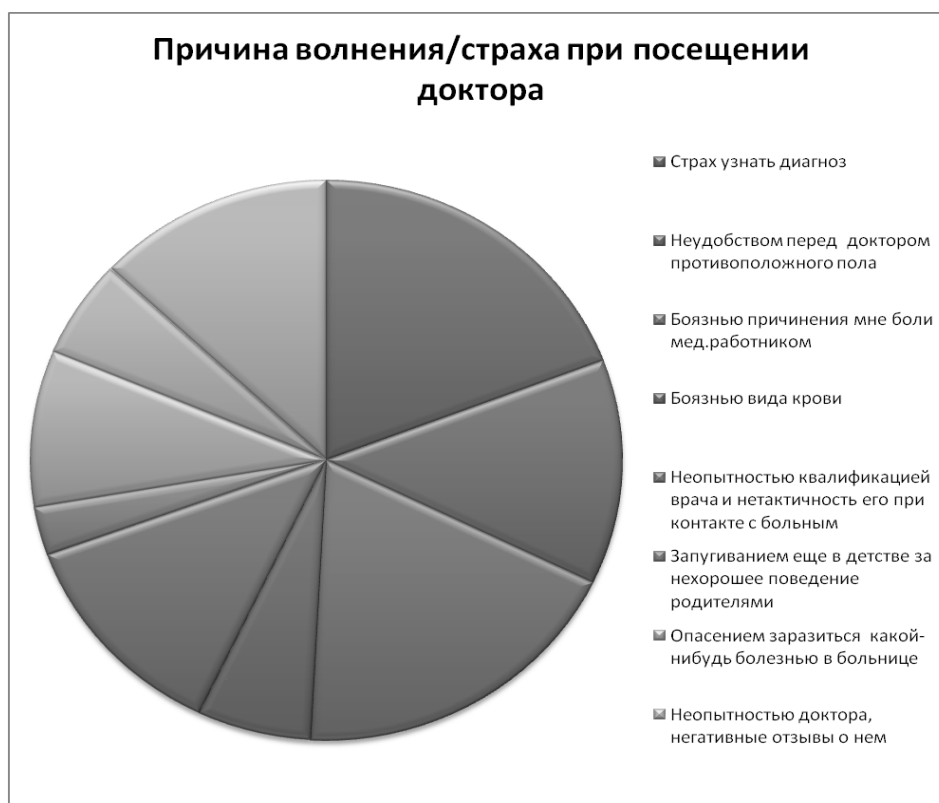
Беспокойство, тревога, страх – такие же неотъемлемые эмоциональные проявления нашей психической жизни, как и радость, восхищение, гнев, удивление, печаль. Современные исследования показывают, что на современном этапе, когда агрессивность терапии часто превосходит тяжесть течения болезни, проблема ятрогений вышла на новый виток развития. Список фобий непоколебимо растет и одним из них является ятрофобия, которую можно считать проблемой современного общества.

*Ятрогения* – изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача. *Ятрофобия* – навязчивый страх перед походом к специалисту медицины любой квалификации. Страх, основанный на инстинкте самосохранения, предполагает защиту и проявляется в физиологических изменениях высшей нервной деятельности.

Благополучное выздоровление больного зависит от его отношений с врачом в такой же степени, как и прием лекарств, поэтому во время болезни человеку необходима моральная поддержка со стороны не только его родственников, но и лечащего врача. Некорректное взаимодействие может вызвать у больного ряд негативных эффектов: отклонениями в психике, неврозы, спровоцированными болезнью, а также возрастные и индивидуальные особенности реагирования на заболевание. Так могут появиться страхи при посещениях врача.

Мы поставили **цель:** изучить источники ятрофобии, их воздействие на состояние человека, последствия этого воздействия и способы избавления от ятрофобии. Для этого был проведен социологический опрос 135 человек, результаты которого представлены:

Результаты исследования показали, что с данным страхом можно и нужно бороться.



*(Свои проценты «анкета вопрос2»)*

Часто люди сами себе или кому-то внушают страхи. Более всего подвергаются негативному воздействию внушения дети. В детстве источниками внушительных страхов становятся взрослые и те, кто окружает ребенка. Очень часто родителям приходится во время забора крови или инъекций настойчиво удерживать своего малыша, который не может понять, почему его мама, такая ласковая и добрая, не старается защитить от боли. Так рождается страх перед белым халатом, посещением больницы, медицинским осмотром, даже если ребенку не делают больно. Становясь

старше, малыш способен понимать, что ему предстоит поход к доктору, и он всячески пытается вырваться из рук мамы и убежать от нее подальше.

У повзрослевшего человека не пропадает боязнь белых халатов, происходит ее укоренение, а походы к стоматологу в детстве, навсегда врезавшиеся в память, лишь усугубляют ситуацию. В современном мире доступ к литературным источникам доступен каждому, а уж сеть Интернет покажет и расскажет обо всем! Так, человек, далёкий от сферы медицины, может сам поставить себе ложный диагноз, а потом будет бояться идти к врачу, дабы не подтвердить его. Негативные отзывы о врачах способны вызвать волнение при его посещении, а нетактичность врача – породить страх. Для некоторых людей посещение доктора затрудняется тем, что врач является представителем противоположного пола. Наряду с этим существуют и другие факторы, способные вызвать страх или волнение при посещении доктора. *(данные вопроса 2).*

Что современная нейробиология говорит о фобиях и о том, как они возникают?

Еще 30 лет назад приходилось слышать, что, с приближением к концу жизни человека, процесс гибели его клеток значительно возрастает, а значит, человека ожидает старческое слабоумие, а от мозга ничего не осталось. Современные нейробиологи утверждают, что клетки мозга продолжают восстанавливаться и расти и после 20 лет. Но, на основании современных методов исследования, таких, как магнитно-резонансная томография, можно сделать вывод, что мозг человека постоянно меняется под действием факторов внешней среды. Можно дожить до преклонного возраста и сохранить свое физическое и психологическое здоровье. Это вполне возможно за счет развития и тренировки не только тела, но и головного мозга.



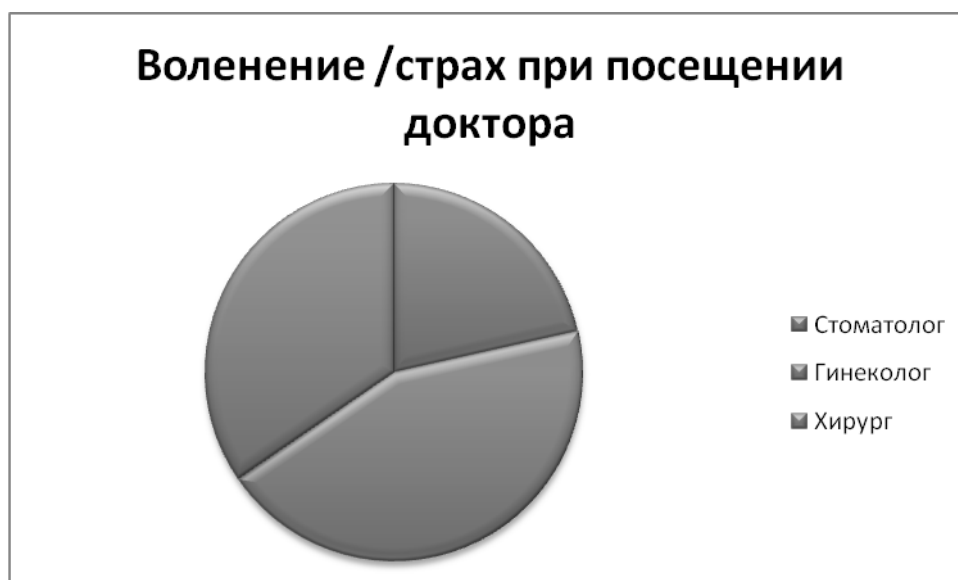
*(Свои проценты соотношение возраста и вопрос 1)*

Современная нейробиология также свидетельствует о том, что при фобиях наблюдается ряд изменений в функционировании организма, такие как: изменение артериального давления, секреция желудочного сока, гормона стресса. Так, у 34% опрошенных отмечается увеличение сердцебиения при походе к врачу.



*(Данные вопроса 4)*

Наибольшее волнение и страх люди испытывают при посещении стоматолога, гинеколога, хирурга. По мнению опрошенных, эти врачи способны причинить боль, поставить страшный диагноз, но и поставить в неловкое положение.

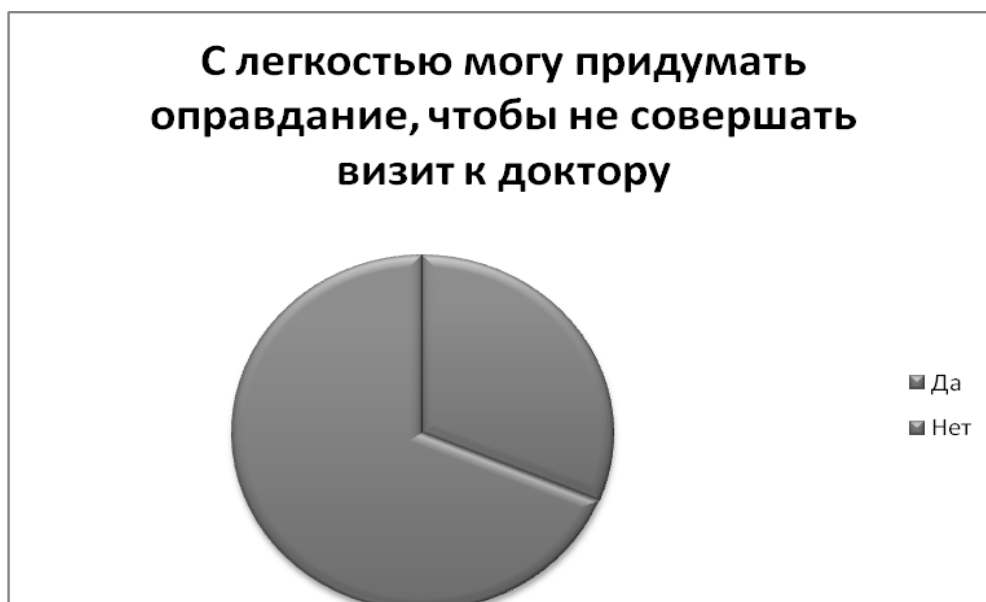


*(Данные вопроса 3)*

Но, что если все начнут искать себе оправдание и не ходить на прием? Как показывает медицинская практика, не каждое заболевание сопровождается симптомами, о некоторых из них можно узнать лишь после

инструментального обследования. Следовательно, ранняя консультация и диагностика, даже в тех случаях, когда пациента ничто не беспокоит, может помочь избежать развития различных заболеваний. В случае, если заболевание имеется, обращение к врачу также необходимо в целях его предотвращения. Поэтому тенденция не обращаться к врачу является серьезной проблемой для здоровья человека, общества.

В ходе исследования было выяснено, что 16% людей из-за своей боязни белых халатов не ходят к врачам, даже, если заболели. 31% людей может с легкостью придумать оправдание, чтобы не совершать визит к доктору.



*(Данные вопроса 5, 6)*

Для того чтобы быть здоровым, а значит молодым и красивым, необходимо перебороть свои страхи, связанные с посещением врача, и своевременно совершать визиты в поликлинику. Для 26% опрошенных



трудно найти способ, который помог бы справиться с навязчивым страхом и волнением, но это не говорит о том, что таких способов нет.

Основной способ перебороть свой страх, как ни странно, базируется на его появлении – внушении. Необходимо убедить себя, что врач будет внимательным и добродушным, что он поможет предотвратить появление заболевания или вылечить его. Дополнительно расслабившись, можно достичь наиболее значимого результата. Произойдет ослабление сознательного контроля за ситуацией и воспринимаемой информацией, что позволит беспрепятственно совершить поход к доктору. По результатам анкетирования, не каждый способен совладать со своими эмоциями самостоятельно, 9% опрошенных прибегают за помощью к успокоительным средствам. 75% людей умирят свой страх улыбкой и прослушиванием музыки. Не стоит скрывать, что во многом, стресс больного, вызванный посещением врача, может исправить сам врач. Доброжелательная беседа, тактичность и милосердие способны успокоить пациента и вывести его на позитивную волну.

**Выводы:** Мы выяснили, что из 135 опрошенных нами человек у 66% так или иначе присутствуют страх и волнение при посещении врача, у 8% – наблюдается радость, а 26% – испытывают безразличие. Поэтому необходимо бороться с ятрофобией, применяя различные методы успокоения и самовнушения.

### **Список литературы:**

- 1.Джуан С. Странности наших фобий. Почему мы боимся летать на самолетах / [пер. с англ. О. Перфильева]. М.: РИПОЛ-классик, 2012.
- 2.Бойко В. В. Психология боязни и страха в стоматологической практике // Институт стоматологии. 2003. № 1. С. 6–10.
- 3.Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: СОЮЗ, 2000.
- 4.Санцевич Д.В. Особенности восприятия врачей госпитализированными детьми // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья: тез. II Междунар. конгресса, Минск, 2003. С. 271–272.
- 5.Ятрогении и этика беседы врача с больным // Качество медицинской помощи. 2004. № 1. С. 74–76.

## ЧТО ТАКОЕ НЕЙРОТЕОЛОГИЯ?

КОСТИН Глеб Александрович  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Педиатрический ф-т  
E-mail: gleb.kostin@list.ru  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Многие и сейчас не могут себе представить пересечение науки и религии, понимая под ними своего рода антиподы, но нейротеология имеет множество исследований, характеризующих физиологические процессы при акте «религиозного опыта».

В конце XVIII века зародилась новая наука, начавшая изучать локализацию психических функций. Учеником австрийского анатома Франца Йозефа Галля, заложившего основы этой науки, – Иоганном Каспером Шпурцгеймом – ей дано название «френология». Сейчас она считается лженаукой, но ее становление можно считать первой ступенью, попыткой на пути к познанию высших нервных процессов. Всем знакомы «карты мозга», на которых определённые участки коры ответственны за ту или иную способность высшей нервной системы. Их использование Шпурцгеймом и его последователями в коммерческих целях, а в гитлеровской Германии – в антигуманных, привело к полной дискредитации этой науки, но рациональное зерно этой дисциплины было сохранено. Во второй половине XX в., на стыке нейрофизиологии и нейропсихологии, появилось новое направление в нейронауке, которое занимается исследованиями религиозного опыта, используя различные формы функционального нейрокартирования, то есть получения изображения, показывающего активность различных частей головного мозга непосредственно в процессе переживания. В 1984 г. Джеймсом Эшбруком в научный оборот введён термин «нейротеология», впервые придуманный английским писателем-фантастом О. Хаксли в 1962 г. (роман-антиутопия «Остров»).

**Цель** нашей работы: проследить направления развития этой «молодой» науки. Для этого необходимо: выявить и сопоставить исследования различных нейротеологов, сделать вывод.

Нейротеология – область научного познания, ищущая доказательства и характеристики существования «альтернативных состояний», в частности религиозного опыта, которому почти в каждой религии даётся своё понимание, свой путь познания «божественного».

Психолог и философ Уильям Джеймс в книге «Многообразие религиозного опыта» описал четыре основные характеристики религиозного, мистического опыта: неизречённость, интуитивность, кратковременность, бездеятельность воли. В научном подходе первые два и четвёртая характеристики связаны с перестройкой новых нейронных связей,

преобладанием работы иных, чем ранее, областей, третья – с невозможностью работы в неспецифическом, качественно-эволюционно новом режиме для органа.

Многими исповедуется биполярность, а значит, несовместимость религии и науки, вернее, познания одного через другое. Нейротеология же пытается опровергнуть такой догмат и исследовать показатели функционирования организма человека (в первую очередь мозга) во время молитвы, медитации, других соответствующих состояний всеми доступными способами: воздействие на мозг (в особенности на височные доли) магнитных полей определённой частоты и амплитуды, радионуклидные методы исследования, позволяющие визуализировать различия кровенаполнения различных участков мозга, преобладание того или иного (альфа, бета, гамма, дельта, тета) ритма методом электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Науке известно довольно много случаев развития психопатий (в частности появления твёрдых абсурдных убеждений) вследствие с выявленными предрасположенностями нервной системы, её патологии. Может и вера связана с особенностями анатомии и физиологии, физики и химии нашего мозга? Могут ли эти особенности передаваться по наследству?

Последние исследования говорят нам, что могут.

VMAT2 (vesicle monoamine transporter) – мембранный белок-транспортёр важнейших нейротрансмиттеров, таких как дофамин, серотонин, норадреналин, эпинефрин и гистамин – основных веществ связи между клетками мозга, воздействия на восприятие и психо-эмоциональное состояние. Исследование белка началось в 1958 г., а в 2004 увенчалось даже детерминацией его кодирующего гена (Dean Hammer: «God gene»). Доказана также зависимость его нахождения в некоторых аллелях и склонностью к религиозности.

Джеймс Остин (James Austin), исследовав множество способов «постижения божественного» (молитва, медитация и т.п.) в различных конфессиях, отмечал подавление участков, ответственных за чувство страха, ориентацию в пространстве и времени, персонификацию. Изменение восприятия постепенно менялось с изменением кровенаполнения соответствующих полей головного мозга. Выявлена значительная схожесть картины в различных конфессиях.

Доктор Майкл Персингер (Michael A. Persinger) из Пенсильванского университета – радиолог, нейротеолог, решил пойти дальше диагностики «альтернативных состояний», занявшись индукцией религиозного опыта посредством воздействия на мозг человека электромагнитных волн. Его исследования показали предрасположенность к религиозному опыту людей с наличием эпилептоидных очагов в височной доле (что можно было выявить даже по данным анкетирования). При экспериментах терялось чувство времени и пространства (снижение кровенаполнения затылочных долей), персонификации, появлялось чувство кружения, полёта, «присутствия».

Доктор Эндрю Ньюберг (Andrew Newberg), практикующий медик, сотрудник университетской клиники, возглавляет научный институт «Центр духовности и сознания» в штате Пенсильвания, чьи исследования также сводятся к предрасположенности к религиозному опыту у людей с височной эпилепсией, что показали и исследования научной группы в Санкт-Петербурге, изучающей «четвёртое» состояние.

Профессор Вилейанур С. Рамачандран (Vilayanur S. Ramachandran – индийский невролог, психолог, доктор медицины, доктор философии, директор Исследовательского центра высшей нервной деятельности (Center for Brain and Cognition), профессор психологии и нейрофизиологии Калифорнийского университета (Сан-Диего), адъюнкт-профессор биологии Солковского института (Salk Institute). В результате исследований учёный выявил схожесть мозговой активности при молитве и мысленном общении с друзьями: возбуждается передняя префронтальная кора полушарий. Также им был исследован вопрос о забывании «ненужной» информации и, напротив, повышенной реакции и хорошем запоминании «важной». Оказывается, механизм забывания при альтернативном состоянии подавлен, к тому же вся полученная информация маркируется сознанием, как важная.

Получается, близость к религии и мистике значительно детерминированы генетически. Может и непонимание между людьми (не только между верующими и атеистами) базировано на разнице физиологических процессов, различным выделением и скоростью переноса нейромедиаторов. Это подтверждают и исследования (1981) нобелевского лауреата Роджера Сперри (Roger Wolcott Sperry): рассечение мозолистого тела для разъединения полушарий у пациентов с тяжёлыми формами эпилепсии позволило проанализировать полушария по отдельности. Индивидуальность полушарий была чётко разделена до таких форм, что одно могло верить в Бога, а другое категорически опровергать его существование.

Вышеперечисленные примеры показывают, что все люди религиозны по вполне физиологическим причинам, генетической предрасположенности. Но это не говорит о том, что Бога нет или он – только продукт нашего мозга как и вера, религия. Нейротеология – достаточно точная наука, и она не говорит о Боге, как ей и подобает по библейским заветам (Иов 11, 7), но анализирует «альтернативные» состояния человека, посредством чего выдвигает гипотезы механизмов их возникновения и работы. Не может же быть так, что мозг производит веру, как печень – желчь, не будем возвращаться в XIX век.

### **Список литературы:**

- 1.Берснев П. Мозг и религиозный опыт. URL: <http://www.scorcher.ru/mist/wilson/brain.htm> (03.11.2013).
- 2.Везикулярный моноамин транспортер. URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/> (03.11.2013)
- 3.Зиновьев А.А. О логике микрофизики // Вопросы философии. 1970. № 2.
- 4.Кирпичёв В. Бога нет (научное доказательство). Научно-нравственное доказательство несуществования абсолютного надприродного Бога монотеистических религий. URL: [http://lib.ru/KIRPICHEV/s\\_boganet.txt](http://lib.ru/KIRPICHEV/s_boganet.txt) (03.11.2013)

- 5.Лаговской В. Нейротеология: найди Бога у себя в голове. URL: [http://lazarev.org/ru/interesting/full\\_news/nejroteologiya\\_najdi\\_boga\\_u\\_sebya\\_v\\_golove/](http://lazarev.org/ru/interesting/full_news/nejroteologiya_najdi_boga_u_sebya_v_golove/) (03.11.2013)
- 6.Наука. Нейротеология // Дом Солнца: электрон. журн. URL: <http://www.sunhome.ru/journal/12662> (03.11.2013)
- 7.Нейробиология и трансцендентный опыт. URL: <http://ijkl.ru/t281> (05.11.2013)
8. Нейротеология. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (03.11.2013)
- 9.Пазина Л.О. Типы мировоззрений как экзистенциальные духовные реальности // Альманах современной науки и образования. 2008. № 6. Ч. 2. С. 148–152. URL: [www.gramota.net/materials/1/2008/6-2/51.html](http://www.gramota.net/materials/1/2008/6-2/51.html) (04.11.2013)
- 10.Подберезский И.В. Нейротеология. Еще о вере и науке. 2002. URL: <http://www.veinik.ru/science/trust/article/296.html> (03.11.2013)
- 11.Портал Credo.ru: Центр «нейротеологии», изучающий связь духовности со строением мозга, открылся в США. URL: <http://www.portal-credo.ru/site/?act=news&id=44263> (03.11.2013)
- 12.Религиозный опыт. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (03.11.2013)
- 13.Трошин В.Д. Нейротеология – новое направление медицины // Мед. альманах. 2010. № 1. URL: <http://www.medalmanac.ru/> (04.11.2013)
- 14.Труды Тобольской Духовной семинарии, 2011. URL: <http://yandex.ru/> (05.11.2013)
15. Видео-лекция «Dr. Andrew Newberg. Why God Won't Go Away». URL: <http://vimeo.com/2429012> (03.11.2013)

## **ФИЗИЧЕСКОЕ БЕССМЕРТИЕ – ТО, ЧТО НУЖНО ЧЕЛОВЕКУ ОТ МЕДИЦИНЫ?**

**НОВИКОВ Ефим Игоревич**  
Архангельск, Россия,  
Северный государственный медицинский университет,  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [Fisha.arkh@yandex.ru](mailto:Fisha.arkh@yandex.ru)  
Науч. рук.: ст. препод. КГН СГМУ  
**ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович**

Людам всегда казалось, что отпущенного им для жизни времени слишком мало. Это во все времена подталкивало человека на поиски методов, с помощью которых он мог бы продлить свою жизнь или сделать ее бесконечной – обрести бессмертие.

Современная наука активно занимается поисками методов продления жизни и уже добилась некоторого успеха в этой области. В качестве наиболее перспективных следует выделить три направления этих исследований: стволовые клетки, генетика, нанотехнологии. Также рассматриваются следующие методы: понижение температуры тела,

трансплантология, крионика (бессмертие через замораживание – криосохранение), смена «носителя сознания» (клонирование) и другие.

**Цель работы:** изучить перспективы достижения бессмертия в современной медицине. Рассмотреть положительные и отрицательные стороны бессмертия.

Учеными установлено, что одним из методов омоложения организма являются стволовые клетки. В ходе их изучения выяснилось, что в организме человека на протяжении всей его жизни сохраняются универсальные недифференцированные клетки, способные трансформироваться в любые органы и ткани. Эти клетки образуются еще при зарождении человека, из них же развивается весь организм. Учеными уже разработаны методики размножения стволовых клеток в лабораторных условиях, выращивания из них различных тканей и даже органов. Стволовые клетки способны стимулировать клеточную регенерацию и восстанавливать практически любое повреждение в организме, однако это не может полностью побороть старение. Дело в том, что в процессе старения ключевую роль играют изменения, происходящие в геноме человека.

Во всех клетках существуют так называемые «биологические часы», отмеряющие время их жизни. Этими самыми «часами» являются теломеры – участки ДНК из повторяющихся последовательностей нуклеотидов TTAGGG, находящиеся на концах хромосом. С каждым делением клетки теломеры становятся всё короче. И когда они укорачиваются до предельно короткого размера, в клетке срабатывает механизм запрограммированной гибели – апоптоз. Интересен тот факт, что в раковых клетках работает специальный фермент – теломераза, отвечающая за надстройку теломеров. Таким образом, раковые клетки способны восстанавливать длину теломеров, делиться практически неограниченное количество раз и не подвергаться процессам старения. Если в здоровую клетку ввести последовательность ДНК, кодирующую фермент теломеразу, эта клетка приобретет выше перечисленные характеристики, но, в то же время, станет раковой.

Однако, как выяснилось, старение клеток зависит не только от укорачивания теломеров. Китайские ученые во главе с профессорами медицинской академии при Пекинском университете обнаружили ген «Р 16», отвечающий за старение клеток. В ходе исследований выяснилась не только прямая связь гена «Р 16» с процессами старения, но и его способность оказывать влияние на длину теломеров. Было доказано, что сдерживание активности этого гена может не только продлить жизнь клетки, но и уменьшить степень сокращения теломеров. Из этого следует, что процессы старения заложены в генетической программе клеток, и для того, чтобы сделать их бессмертными, в них нужно заблокировать ген «Р 16». Ожидается, что возможность блокировать гены организма будет получена с развитием нанотехнологий.

Нанотехнологии являются инновационным направлением исследований и в перспективе могут открыть людям невероятные возможности. Методами нанотехнологий можно создавать нанороботов, сопоставимых по размеру с

биомолекулами. Предполагается, что нанороботы, находясь внутри человеческого организма, будут способны устранять все повреждения, возникающие в клетках. Принцип работы нанороботов заключается в механическом воздействии на клеточные структуры или создании локальных электромагнитных полей, инициирующих химические изменения в биомолекулах. Молекулярные роботы будут способны не только стимулировать регенерацию, но и осуществлять репарацию (починку) клеток, удалять из организма накопившиеся вредные продукты обмена, корректировать повреждения в генетическом материале клеток, нейтрализовать губительные для организма свободные радикалы, а также включать или блокировать какие-либо гены, совершенствуя организм. Область применения нанороботов безгранична. Ожидается, что они смогут обеспечить человеку физическое бессмертие. Но это дело будущего.

На данный момент существует лишь один способ сохранить свое тело до того момента, когда медицина достигнет возможности корректировать все изменения организма, связанные с болезнями и старением. Это крионика – развивающееся направление, суть которого в том, чтобы сохранить тела обреченных на смерть от несчастного случая, болезни или старости людей до момента, когда наука получит возможность восстанавливать все жизненно важные функции организма, лечить все болезни и победить старение. При этом процессе создаются условия, при которых тело не будет подвержено разложению микроорганизмами, что достигается при заморозке жидким азотом ( $-196^{\circ}$ ). По данным на 1 апреля 2011 г. клиентами криофирм в США являются 1832 человека, уже крионирован 206 человек. В России на 25 декабря 2012 г. крионировано 24 человека (13 крионированы целиком, у остальных 11-ти крионирован только мозг) [1].

Редкий человек откажется от 30–40 лишних лет жизни, не говоря уже о полном бессмертии, и ученые обещают, что наука в скором времени принесет этот дар человечеству. И, судя по успешности и темпу развития исследований в описанных выше направлениях, обещание это будет выполнено. Конечно же, речь идет не о ближайшем будущем. Это дает нам время подумать – а только ли благо принесет нам это достижение? Действительно ли это нужно человеку?

Начнем с плюсов. Продление жизни, не говоря уже о полном бессмертии, открывает перед человеком практически все двери. Можно попробовать себя во всех профессиях, видах спорта и искусства или, наоборот, за много лет добиться совершенства в чем-то одном. Можно объездить весь мир, узнать множество людей, застать какие-то новые достижения в науке, технике, прочитать тысячи книг, застать рождение прапраправнуков. Иными словами человек успеет сделать всё. Он больше не будет сомневаться в правильности выбора жизненного пути, ведь у него будет возможность начинать все с нуля снова и снова, не боясь, что ему не хватит времени. Одним словом, бессмертие избавит человека от одного из самых сильных его страхов – страха смерти.

Что же до недостатков вечной жизни – их тоже немало, но они не очень серьезно воспринимаются людьми на фоне перспективы жить вечно. Первой стоит выделить уже сейчас существующую во многих странах проблему перенаселения. Нетрудно понять, что, в случае успеха ученых, темпы роста населения на Земле буквально взлетят, ведь при увеличении средней продолжительности жизни человека планка репродуктивного возраста также поднимется. А при полном бессмертии даже представить трудно, что будет.

За следующим минусом бессмертия также не нужно далеко ходить. Если продление жизни станет возможным, то возможным оно станет для ВСЕХ. Бессмертными станут все представители криминального мира: от воров до военных диктаторов стран третьего мира. Тюремные сроки перестанут пугать потенциальных преступников. Таким образом, вечная жизнь будет идти рука об руку с вечным насилием. Если человек мертв духовно – никакое физическое бессмертие этого не исправит.

Если руководители перестанут уходить со своих постов, в обществе наступит застой. Молодые талантливые учёные будут вечными аспирантами, молодые талантливые руководители – вечными замами, а молодые талантливые артисты – вечными дублёрами.

Не стоит забывать и о том, что человек, бессмертный или нет – часть природы, а согласно законам природы все живое рождается, живет и, в конечном итоге, умирает. Поэтому искусственное увеличение срока жизни можно считать нарушением закона природы. Вообще, смерть является последним этапом онтогенеза любого живого организма, иначе говоря, без смерти нельзя дать определение жизни. Также без смерти невозможна работа ещё одного механизма, придуманного природой. Этот механизм – естественный отбор. Именно он позволяет выжить наиболее приспособленным и передать приспособленческие признаки по наследству. Человек может быть сколь угодно бессмертным – окружающая его среда меняться от этого не перестанет, а значит и необходимость адаптироваться к ней тоже не исчезнет.

Ну и конечно, какая вечная жизнь без «вечной» проблемы? Сохранит ли человек смысл жизни, став бессмертным? Сейчас, будучи смертным, он может считать себя маленькой частицей истории человечества и предпринимать (или не предпринимать) действия, чтобы стать чем-то большим.

Итак, подведем итоги. Рассмотрев современные достижения науки в области продления человеческой жизни видим, что феномен бессмертия вполне может однажды покинуть страницы научной фантастики. Более того, ученые заверяют, что произойдет это довольно скоро. Поэтому важно заранее спрогнозировать, как это достижение отразится на человечестве в целом. Сделать это не так просто, потому как непонятно, что будет представлять собой бессмертный человек, как изменится его психология. Останемся ли мы людьми, если вживим в себя нанороботов? Останемся ли мы людьми после заморозки в жидком азоте на сотню лет? Останемся ли мы людьми, когда научимся подключать свое сознание к компьютеру? Как



изменяться наши чувства, эмоции, восприятие мира после прожитых сотен лет? Только ответив на эти вопросы, мы поймем, действительно ли нам нужно бессмертие. Итак: Homo habilis → Homo erectus → Homo sapiens → Homo.....immortalis??

### Список литературы:

1. Бест Б. Научное обоснование практики крионики / Ин-т крионики, Клинтон Тауншип, шт. Мичиган, США // Rejuvenation Research. 2008. Vol. 11, № 2. URL: <http://transhumanism-russia.ru/content/view/635/116/>
2. Бехтерев В.М. Бессмертие человеческой личности как научная проблема. СПб.: Алетейя, 1999.
3. Болонкин А.А. Бессмертие людей и электронная цивилизация: (сб. статей, интервью, дискуссий о путях достижения бессмертия людей и будущем человечества). 3-е изд. [Нью-Йорк] : Lulu, 2007.
4. Турчин А.В., Батин М.А. Футурология. XXI век: бессмертие или глобальная катастрофа? М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012.
5. Эттингер Р. Перспективы бессмертия / [пер. Д.А. Медведева]. М.: Науч. мир, 2003.

## ПРОКРАСТИНАЦИЯ. ЖИЗНЬ НА ПОТОМ

**ПОНИКАРОВСКАЯ** Екатерина Николаевна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Лечебный ф-т  
E-mail: [Ponikarovskie@mail.ru](mailto:Ponikarovskie@mail.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
**ЛАВРЕНТЬЕВА** Анна Юрьевна

Прокрастинация – это склонность человека к постоянному откладыванию важных или неприятных дел. Прокрастинатор прекрасно понимает, что работа ждет, но, несмотря на это, игнорирует ее и отвлекается на какие-нибудь бытовые мелочи и пустяковые занятия.

Первым делом прокрастинация затрагивает все то, ради чего человек живет, его наиболее перспективные цели и задачи, то, что придает смысл всей жизни. Она является комплексной проблемой, и подход к её решению тоже должен быть комплексным. Как не стать прокрастинатором – героем завтрашнего дня?

**Цель** нашей работы: психологическое исследование упорного нежелания начинать дело, которое давно пора закончить. Убедиться, что избавиться от прокрастинации возможно.

Жизнь человека всегда наполнена мыслями о лучшем. Комфортный и уютный дом, дружная семья, крепкое здоровье, высокооплачиваемая работа, ежегодный отдых за границей. Список можно продолжать бесконечно...

Но мы все также месяц за месяцем откладываем ремонт в квартире – потому что придется обойти кучу магазинов, выбирая материалы, а времени нет. Ремонт – это же сплошной стресс! Перенесем разговор с дальними родственниками на следующие выходные, потому что сейчас совершенно некогда. Мы уже заранее понимаем, что придется много времени провести около телефона и из-за этого подолгу не набираем знакомый номер. В очередной раз не сдали вовремя отчет на работе. Конечно, ведь несколько вечеров подряд мы были затянуты в новую он-лайн игру. Вели переписку в социальной сети – тоже невозможно было оторваться. В итоге, через пару дней повысили коллегу, а мы провели свой очередной отпуск в огороде на даче, потому что денег на поездку в Европу у нас не хватило.

Довольно странно получается: мы столько всего желаем, но история одна и та же, повторяется раз за разом. Мы хотим, но не делаем, обещаем, но не выполняем. Постоянно выискиваем какое-нибудь незначительное занятие или оправдание, которое может оттянуть неизбежное начало работы над нашей задачей. Данную проблему специалисты называют довольно красивым словом: прокрастинация.

Чтобы бороться с прокрастинацией, необходимо для начала найти причины «откладывания» дел на потом.

1. Главная причина, по которой люди откладывают дела – это некий невыразимый страх. Порой, ещё не приступив к делу, мы боимся, что потерпим неудачу. Вдруг результат не оправдает то количество «средств», которые мы затратили на выполнение определенной задачи? Под понятием «средства» можно подразумевать время, энергию или деньги.

Приступая к проекту, работать над которым нам ещё ни разу не приходилось, мы испытываем страх перед неизвестным. Не знаем, с чего начать и что ожидать после его завершения.

«А что же подумают другие люди?» – этот вопрос очень часто возникает в голове человека, который сомневается в правильности своих действий. Страх показаться глупым или неправильно понятым поглощает все идеи и необычные решения в совершенно обычных ситуациях. Человек становится зависим от мнения общества, которое далеко не всегда является обоснованным и правдивым.

Мы боимся, что потратим слишком много времени на выполнение определенной задачи. Поэтому стараемся успеть и тут и там. «Скачем по верхам» многих начатых дел, не углубляясь ни в одно из них. Тем самым теряется нужная концентрация, пропадает интерес, и мы уже не способны заставить себя работать в должном ритме. В итоге, ни одно начатое дело не доводим до логического завершения, и убиваем себя мыслями, что ни на что в этой жизни не способны.

Переживаем, что работа слишком большая и сложная. Уже заранее настраиваем себя, что чрезмерно устанем, нормальных полноценных

выходных не увидим несколько недель, а про здоровый сон и вовсе можно забыть. Наши отрицательные мысли настолько материализуются, что, приступив к работе и проведя за её выполнением от силы полчаса, мы чувствуем себя морально и физически настолько уставшими, что все желание работать уходит.

Вспомните, все мы в детстве боялись темноты. Прятались от неё под одеялом, призывали родителей посидеть ещё пару минут рядом, чтобы окончательно убедиться, что в темноте нет никаких чудовищ. Решение этой проблемы было довольно простым – стоило лишь включить яркий свет, и темнота исчезала. Но со страхами, которые порождают прокрастинацию, бороться труднее.

Итак, если вы боитесь потерпеть неудачу, то для начала вспомните все дела, которые вам удалось завершить успешно. Наверняка их окажется немало. Вспомните и зафиксируйте все те положительные эмоции, которые испытываете после выполненной работы. Постарайтесь пробудить в себе ощущение победы и гордости, которое станет мотивом для начала дела.

Наверняка вы знаете, что наши мысли материализуются. Поэтому позвольте, заставьте себя думать положительно! Посмотрите внимательнее на слово неудача. «Не» – это всего лишь приставка. Остальная и большая часть слова – это удача. Не думайте: «А что будет, если у меня не получится?» Попробуйте поставить вопрос иначе: «А что будет, если я успешно завершу начатое дело?» Уверена, вашей фантазии не будет предела, и она направит мысли в положительную сторону.

Хочется предложить некую формулу, которая позволит найти выход из ситуации, связанной с беспокойством и страхом. Состоит она из трех этапов.

Этап I. Стоит проанализировать ситуацию без всякого страха и представить самое худшее, что может произойти в случае вашей неудачи. Представив это во всех подробностях, вы наверняка поймете, что никто не посадит вас в тюрьму и не расстреляет. Что ничего смертельного и непоправимого не произойдет.

Этап II. Представив себе самое худшее, что может случиться, стоит примириться с этим. Сказать себе: эта неудача повредит моей репутации, и в результате я могу потерять работу; но даже если это произойдет, я всегда смогу найти себе другое место. Постарайтесь понять, что условия могли быть гораздо хуже. Осознав худшее, что могло бы произойти в данных условиях, и примирившись с этим, вы почувствуете немедленное расслабление.

Этап III. После того, как вам удалось справиться с предыдущими этапами, вы сможете спокойно посвятить свое время и энергию попытке улучшить самое худшее положение, которое вы мысленно представили и с которым примирились. Когда вы заставите себя мысленно принять неизбежное, то тем самым исключите смутные страхи и получите возможность сосредоточиться на решении проблем.

В случае со страхом перед неизвестностью тоже можно найти решение. Представьте, что перед вами стоит торт, который раньше вы ни разу не пробовали. Вы можете лишь догадываться каков он на вкус. Позовете на

помощь друзей, родных, и у каждого будет свое мнение об этом торте. Но вы так и будете гадать, пока не положите кусочек в рот. Точно так же и в любом деле: пока не попробуешь, не узнаешь!

Если боитесь общественного мнения о вас и часто идете на поводу, то всегда вспоминайте, что живете лишь один раз и ваша жизнь должна принадлежать лишь вам. Если удастся приложить максимум усилий, тогда ни критика, ни неудача не смогут стать оценкой вашей реальной личности или ваших самых искренних стараний. Если не возьметесь за новый проект лишь из-за страха перед обществом, то не сомневайтесь, этот проект реализуют другие люди. Они сделают ваше дело, примут за вас все решения и проживут часть вашей жизни.

2. Следующая проблема человека – неумение создавать рабочее место без отвлечений. Современный мир трудно представить без мобильного телефона или интернета. Постоянно боимся пропустить важное сообщение или звонок, поэтому чаще необходимого проверяем почту и не хотим хотя бы на время отключить телефон. Нас отвлекает телевизор со своими бесконечными развлекательными программами и нескончаемым потоком новостей. Иногда мы умышленно засиживаемся перед ним, лишь бы отложить время начала дела на потом.

Как научиться меньше времени проводить в интернете? Пожалуй, многие люди задают себе этот вопрос. Но согласитесь, мало у кого получается от вопроса перейти к действию. Как очень часто случается: в мировой оборот вводят что-то новое, а потом ищут способ, как от этого избавиться. Если совсем недавно стоял вопрос о том, как подключиться к интернету, то сейчас нередко приходится слышать от людей, как «отвязаться» от него.

Для начала приучите себя четко следить за временем, проведенным в интернете. Попробуйте практиковать методику «60:10». Ровно час вы занимаетесь своим важным делом, десять минут уделяете просмотру почты и интернету. После, день за днем старайтесь час увеличивать до двух, трех и т.д. Удалите браузер из своего мобильного телефона, чтобы ограничиться доступным входом в интернет лишь через компьютер. Если пользуетесь модемом, то попробуйте отдать его хотя бы на сутки кому-либо из друзей. Таким образом, вы сохраните для себя пару часов, свободных от всемирной сети. И увидите, что день, проведенный без интернета, не смертелен.

Если для работы вам не требуется он-лайн переводчик, сайт или специальная программа, то попробуйте найти место, где нет интернета. Да, поверьте, такие места ещё остались! Уйдите в парк, попробуйте работать за столиком в знакомой кофейне, где нет выхода в интернет.

Существует мнение, что одну зависимость убивает другая зависимость. И поэтому в очередной раз вместо того, чтобы зайти в социальную сеть, выйдите на улицу и прогуляйтесь. Пригласите друзей в кафе или запишитесь в кружок игры на гитаре. Найдите хобби, на которое вы бы не жалели ни сил, ни времени. Постарайтесь тратить время на действительно нужные дела.

Нас отвлекают люди, которые окружают. Порой, как только мы сядем за стол и начнем работать, к нам обращаются за помощью друзья и коллеги, просят выделить лишь пару минут для важного разговора, который, как обычно, затягивается надолго. В таком случае предупреждайте заранее, в какие часы вы будете наиболее заняты. Предложите им другое время, когда сможете с ними встретиться и обсудить все накопившиеся дела.

Иногда нас отвлекают даже собственные вещи, лежащие на столе. Вместо того чтобы начать писать статью, мы треплем уголки папок, рисуем на листах бумаги, которые разбросаны на столе, подолгу затачиваем карандаш или ищем любимую ручку.

Здесь я бы посоветовала просто однажды прибраться на столе с твердым намерением в следующий раз класть все вещи на свои места. Разложите бумаги по отдельным папкам, подпишите их, чтобы позднее быстро находить нужный листок. Выбросьте старые ручки и ненужные карандаши. Обратите внимание даже на стены вокруг вас. Оставьте лишь календарь и листок с распечатанной на нем интересной надписью. К примеру: «Сделай это сейчас!».

3. У нас не всегда получается найти мотивацию. Если вы оставляете на потом задание или проект, часто это признак того, что вы не мотивированы выполнять его. Это звучит очевидно, но удивительно как много людей знают об этом, но ничего не предпринимают, чтобы увеличить свою мотивацию.

На мой взгляд, очень важно в начале каждого дела задать себе пару вопросов:

- 1.«Для чего я это делаю?»
- 2.«Действительно ли это я хочу делать?»
- 3.«Что будет, если я это не сделаю сейчас?»

Можете даже для большей наглядности записать это в столбики на бумаге.

Самой сильной, на мой взгляд, мотивацией может послужить четко представленный результат работы. Только подумайте, все, что мы делаем сегодня, станет фундаментом нашего будущего. Выбирайте для себя наиболее приоритетную цель. Постарайтесь в деталях представить то свободное время, которым сможете наградить себя после. Вы проведете его с друзьями, которых давно не видели или со своей семьей. Сходите на любимый спектакль или прочитаете новую книгу. Съездите на базу отдыха или просто выспитесь. Насладитесь душевным покоем и подумаете лучше о чем-то большем, чем о незавершенных делах.

Так же можно прибегнуть ещё к одной хитрости: пообещайте своим друзьям и родственникам! Не просто скажите, а дайте честное слово, что сегодня, к примеру, запишетесь на прием к доктору или наберете первую страницу статьи и вечером покажите получившийся результат. Думаю, уже будет очень сложно нарушить данное слово и вы, так или иначе, приступите к действию.

Если вы никак не можете приступить к делу, то не делайте ни его, ни десяток других дел. Seriously! Встаньте посреди комнаты и абсолютно

ничего не делайте: не ешьте, не пейте, не читайте, не лежите, не слушайте музыку, не думайте. Не пройдет и пятнадцати минут, и вы точно приметесь за дела. Это проверено на личном опыте.

Вредные привычки – это тоже проявления прокрастинации. Все знают о вреде курения. Особенно много те, кто курят и хотят бросить курить. Здесь можно в сотый раз повторить о том, что курение убивает, что подрывается здоровье и развиваются разные опасные заболевания дыхательной системы. Но об этом все говорят и все это понимают.

Поверьте, сигарета во рту говорит о вас намного больше, чем вы можете себе представить. Она создает впечатление личности, которая не заботится о своем здоровье, а самое главное своим присутствием демонстрирует некую слабость. Ведь курение – это не что иное, как слабость, которую позволяете себе вы, а другие не допускают. Это может говорить об отсутствии волевого характера, решительности и заботы о себе.

Хочу предложить наглядную и простую арифметику. Возьмем примерную стоимость одной пачки сигарет 50 рублей. Эту пачку вы выкуриваете за два дня, значит, количество дней в году делим на два и умножаем на стоимость пачки. То есть  $183 \text{ дня} * 50 = 9150$ . Итого – больше девяти тысяч рублей в год вы тратите на уничтожение самого себя. На мой взгляд, это довольно немаленькая сумма.

Будущее часто представляется прокрастинатору как эластичный мешок, в который можно положить все дела. Мы надеемся, что потом будет намного больше времени и условия для труда более благоприятны. Но заметьте, мы постоянно будем помнить об этих делах и буквально не дадим мозгу расслабиться. За этим может последовать появление стресса, плохое настроение, апатия и даже ненависть. Любопытно, что во всех восточных практиках дела, которые планируются и не исполняются, приравниваются к непосильной ноше. Энергия расходуется впустую, когда мы не осуществляем то, что запланировали и планируем то, что никогда не осуществим. Чувство вины впоследствии съедает наши внутренние энергетические резервы. Чем больше остается незавершенных дел, тем меньше сил на то, чтобы их совершить.

Более плодотворно борьба с прокрастинацией будет складываться, если вы научитесь и привыкните составлять список дел. При его составлении разделяйте дела по двум категориям: важность и срочность.

1. Важные и срочные. Сюда входят все действительно неотложные дела. Как правило, с их исполнением не возникает трудностей. Но предугадать их появление весьма затруднительно, а временами и невозможно.

2. Важные и несрочные. Таких дел в жизни большинство. Выполняя их сейчас, мы понимаем, что результат появится не скоро, и они имеют пролонгированное действие. Такие дела найдут отголоски в каждом последующем этапе нашей жизни.

3. Неважные и срочные. Различные, якобы неотложные, но в действительности не влияющие на жизнь мелочи. Только неважность этих дел не означает, что их вообще можно не делать, но мы должны осознавать,

что они не слишком существенны и отказ от них в пользу дел первой и второй категории, если это необходимо, должен быть легким и естественным.

4. Неважные и несрочные. Категория ежедневных дел, которые делают очень маленький вклад в качество жизни, либо не делают его вообще, но отнимают время. Этим делам дается воля, когда человек не знает, в каком направлении лучше двигаться.

Наверняка сначала присваивать делу эти категории будет не просто. Практикуйтесь, пробуйте и через какое-то время составление такого списка дел будет привычным и приятным.

Отличный помощник в борьбе с прокрастинацией – спорт. Это также превосходный способ сохранить фигуру и отличное настроение. Думаю, каждый человек в своей жизни собирался (например, с понедельника) записаться в фитнес-клуб, сходить в тренажерный зал, пробежаться вечером или накачать пресс. Собрались и отложили это намерение до лучших времен. Да, действительно, заниматься физкультурой не просто. Но главное начать и продержаться первые дней десять. Если собираетесь посещать спортзал, фитнес-центр или какую-либо секцию, то после пары пробных занятий возьмите абонемент на месяц. После того, как вы отдадите определенную сумму за последующие занятия, то отказываться от их посещения в силу каких-либо причин вы уже не будете. Вам станет жаль потраченных впустую средств.

В первые дни начала новой спортивной жизни жить вам совершенно не захочется. Будут болеть мышцы, одолеет сонливость, и появятся мысли о прекращении всего этого. Но, важно дождаться переломного момента, когда вы действительно захотите пробежаться вечером. Не потому, что надо, а потому что в голове появится мысль: «Я хочу!» С каждым днем вы будете чувствовать себя намного лучше. Посещение спортзала может стать отличным способом отвлечься от обыденности, выплеснуть весь накопившийся негатив и побыть самим собой. Важно помнить, что при занятии спортом повышается уровень многих гормонов организма. Например, такие как эндорфины – гормоны удовольствия, тестостерон и эстрадиол. Они действуют как антидепрессанты, уменьшают чувство голода, отвечают за появление хорошего настроения и даже эйфории.

Привлеките к занятиям своих друзей. Вместе совершать каждодневные победы будет гораздо приятнее. Слушайте хорошую музыку, тщательно выбирайте красивую и удобную форму.

Заканчивая статью, хочу сказать: «Цените каждый момент своей жизни». Если вы из тех, кто сидит и ждет, когда что-то нужное совершится само собой, вы можете прождать всю жизнь. Это как будто сидеть в машине и ждать, прежде чем тронуться с места, когда на несколько километров впереди на светофорах загорится зеленый свет. Поверьте, лучшего времени чем «сейчас» быть не может. Постарайтесь все самое главное никогда не откладывать на потом. Не бойтесь ошибиться, и помните, что человека учат не победы. Часто именно проигрыши становятся мотивацией и источником

мудрых мыслей. В том числе и тех, что побеждать намного приятнее. Наша жизнь такова, что поражения неизбежны, главное надо стараться, чтобы они не стали правилом.

### **Список литературы:**

1. Бабаута Л. Нет прокрастинации! М., 2010.
2. Карнеги Д. Как перестать беспокоиться и начать жить. Пер. с англ. М.: Прогресс : СП «Лексика», 1990.
3. Кийосаки Р.Т., Лектер Ш.Л. Богатый папа, бедный папа. Минск: Попурри, 2009.
4. Кукла А. Ментальные ловушки: глупости, которые делают разумные люди, чтобы испортить себе жизнь / пер. с англ. М. Вершовского. 5-е изд. М.: Альпина Паблишер, 2011.

## **СВЯЗЬ ИСКУССТВА И МЕДИЦИНЫ: ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**СИДОРЕНКО Владимир Сергеевич**  
Архангельск, Россия,

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук

3 курс. Стоматологический ф-т

E-mail: [vladimir.sidorenko.95@mail.ru](mailto:vladimir.sidorenko.95@mail.ru)

Науч. рук.: ст. препод. КГН СГМУ  
ПОВИЛАЙТИС Андрей Владимирович

Значение искусства для человека можно уяснить, обратившись к великому немецкому поэту Гете, который писал, что понять шедевр также сложно, как сотворить его. Н.И. Пирогов высказывал мысль о том, что врач, не имеющий общего образования и не интересующийся произведениями великих писателей и поэтов, не врач, а ремесленник. Он говорил, выступая перед студентами на тему: «Быть или казаться», что полное мирозерцание, т.е. мировоззрение человека, не может быть построено одними естественными науками без других отраслей знания, без обращения к искусству.

При исследовании механизма воздействия средств искусства на чувства и сознание больного человека необходимы усилия представителей различных специальностей и, в первую очередь, физиологов и психологов. Так, в психоанализе восприятие художественного произведения рассматривается как творческий процесс внутреннего «очищения» или катарсиса (греч.: katharsis), эмоционального потрясения, особого переживания, как специальный прием терапевтического воздействия для разрядки, «отреагирования» аффекта, ранее вытесняемого в подсознание и являющегося причиной невротического конфликта.

**Цель** нашей работы: установить влияние различных видов искусств на лечение заболеваний. Для этого необходимо: определить внутренние связи



медицины и искусства, выявить методы искусствотерапии, найти гармонию души и тела посредством воздействия эталонов эстетики на психику человека.

Русское слово «искусство» произошло от слова «искус», «искушение». Оно говорило о человеке-художнике, прошедшем искушения соблазнами мира. Отсюда на Руси такая высокая требовательность к людям искусства. По второму своему значению искусство – это есть умение, сноровка, развитые опытом и навыком. Мастерство, знание дела – вот что прилагается к своему первому значению искусства как «творческому отражению, воспроизведению действительности в художественных образах». В этом смысле понимается и медицина как искусство, то есть мастерство, творчество.

Требование творить по законам красоты в полной мере относится к медицине, врачебной деятельности. Выполнение такого требования аналогично творчеству в искусстве, создающему художественные ценности. Следует подробнее остановиться на связи медицины и искусства, методологии применения средств искусства в медицине. Внутренняя связь медицины и искусства основана на общности объекта их познания и воздействия, каковыми являются человек, его внутренний и окружающий его мир вещей, звуков, цветов, их сочетаний.

В союзе медицины и искусства Ю.П. Лисицын и Е.П. Жилиева называют несколько аспектов [1].

*Теоретико-познавательный аспект* выделяет общность логического строя и языка. Например, в определении «здоровья» обнаруживаются такие стороны организма, как гармония, упорядочение функций, т.е. соответствие физического совершенства духовной уравновешенности – гармония тела и души, биологического и социального, личностного. Медицинская «норма» аналогична «мере». Еще Аристотель писал, что прекрасное достигает совершенства при соблюдении меры.

*Эстетический аспект* познавательной деятельности в медицине проявляется в построении гипотез в процессе диагностики, в творческой интуиции врача, с помощью которой мысленно охватывается картина заболевания, и это невозможно без художественно-образного мышления.

Более значим *психо-эмоциональный аспект* единства медицины и искусства. В эстетике, как и в медицине, существует понятие «соучастие». Врач «соучаствует», входя в ситуацию больного, полную драматизма и сложных переживаний. Существуют некоторые черты сходства между сценическими переживаниями актера и состоянием лечащего врача. Об этом можно узнать из мемуарных произведений известных ученых-медиков, врачей. В основе перевоплощения лежат элементы самовнушения, которое является разновидностью гипноза. При лечении больного врач учитывает гипнотическое действие искусства, использует внушение.

«Эмоции искусства суть умные эмоции», – писал психолог Л.С. Выготский (1896–1934). Они теснейшим образом неразрывно связаны с деятельностью человеческого сознания. Действие произведения искусства

нельзя ограничивать областью чувств, они одновременно затрагивают и сознание, воздействуют на обе сферы психической жизни человека. И этим определяется могучая сила искусства, которую использует медицина в своих целях.

Среди многих функций искусства (познавательная, коммуникативная, воспитательная и др.) медицина выделяет в качестве профилактической, лечебной гедонистическую функцию (от греч.: *hedone* – удовольствие). Механизм воздействия искусства на человеческий организм, психику и поведение человека изучают психофизиология, психология и медицина, в том числе и медицинская эстетика.

И.М. Сеченов создал учение о психических актах, позволяющее понять воздействие на психику и поведение человека различных, в том числе эстетических явлений, произведений искусства. Он писал, что первоначальная причина всякого поступка всегда во внешнем чувственном возбуждении. Сеченов и его ученики исследовали эти возбуждения, механизм их воздействия. От встречи различных возбуждений возникает торможение. Поэтому для торможения осложняющих болезнь отрицательных эмоций можно прибегнуть к рождению более сильных положительных эмоций.

Физиологические основы воздействия эстетических чувств и переживаний, вызванных произведениями искусства, во многом те же, что и у любого средства общения. Это область условных рефлексов, связей второй сигнальной системы, как назвал ее И.П. Павлов. Выразительно-изобразительные средства искусства играют роль специфических условных раздражителей, мобилизующих эмоциональный опыт человека.

*В профилактической медицине* большое значение приобретают психотерапевтические и психоаналитические методы коррекции и восстановления здоровья. В этом проявляется врачебное искусство. Так, в психотерапии разработаны различные методы и приемы сублимации для переключения внимания, нервного напряжения больных с целью снятия отрицательных эмоций, подавления их положительными, способствующими оздоровлению.

К числу наиболее положительных эмоций, благотворно воздействующих на весь человеческий организм, относится эстетическое наслаждение, получаемое от общения с замечательными произведениями искусства. Лучшие художественные произведения несут в себе огромный заряд жизнелюбия, необходимого для борьбы с недугами.

Возникновение и протекание эмоций существенным образом отражается, например, на деятельности желез. О том, что стимулирует чувства слезных желез, знает каждый. Воздействие эмоций распространяется и на такие железы, как потовые, сальные и др. Под их влиянием меняются сердечный ритм, давление в кровеносных сосудах, стимулируется или (реже) тормозится деятельность желудочно-кишечного тракта, способна меняться температура тела, расширяются глазные щели, зрачки и т.д.

Психофизиологи делят эмоции на положительные и отрицательные. Чувства наслаждения, вдохновения, радости благотворно воздействуют на организм человека. А такие как тоска, страдание, чувства страха, неловкости, унижения вызывают в организме такие биохимические процессы, которые оказывают разрушительное воздействие, особенно на нервные клетки. Искусство призвано вызывать положительные эмоции.

Медицинская эстетика ориентирует врача на избирательность в мире искусства, овладение методами искусствотерапии. В медицине сложились разные направления и методы использования искусства в лечебных и профилактических целях: музыкотерапия, кинезиотерапия (движения под музыку), арттерапия (использование цвета, изобразительных средств), библиотерапия, театротерапия. Часто применяются взаимопроникающие комплексные методы с использованием звуков музыки, поэтики слова, красок, живописи. Во многих клиниках, лечебно-реабилитационных центрах для этого создаются специальные лаборатории и кабинеты психоэнергосуггестологии (лат.: *suggestio* – внушение) для определенной коррекции, омоложения и т.д., в которых применяется различное, в том числе и эстетическое воздействие.

Конкретную разработку и применение методов использования искусства в лечении и профилактике заболеваний должны делать специалисты в той или иной области медицины. Их задача – подготовить методики на основе теоретического обоснования и эксперимента в условиях клиники, отделения, лаборатории.

От античности до наших дней идут теоретические и эмпирические поиски в области *музыкотерапии*. Влиянию музыки на организм человека были посвящены работы В.М. Бехтерева. Он создал целую «науку о поведении», в которой рассматривает эстетические воздействия на психику человека. В статье «Значение музыки в воспитании ребенка» (1916) Бехтерев писал о том, что музыка является властительницей наших чувств и настроений, мы вправе ожидать от нее, что она по решению врача может и должна создавать определенные настроения, где нужно ослабить излишнюю возбудимость, в других случаях перевести больного из грустного состояния в хорошее настроение, в третьих случаях подействовать соответствующим образом на дыхание и кровообращение, устранить и придать членам физическую бодрость.

Большим любителем музыки был С.П. Боткин, сам он играл на виолончели. А профессор Медико-хирургической академии А.П. Бородин создал оперу «Князь Игорь» и другие музыкальные произведения.

В терапевтических и воспитательных целях медики отдают предпочтение классической и национальной музыке. Так, музыке славянских народов присуща напевность, мелодичность. В ней практически нет взрывных звуков, способных образовать пагубные для здоровья человека инфразвуковые биения. Поэтому под нашу музыку легко размышлять, она способствует познанию окружающего мира. Активно влияет на формирование здоровой личности классическая музыка, она вызывает

положительные эмоции, благоприятные для здоровья. И наоборот, музыка некоторых народов отличается обилием взрывных ритмичных барабанных звуков, вызывающих агрессивность или страх. Так, поп-музыка мешает человеку учиться и творить. Музыка, содержащая ритмы ударников, как считает доктор технических наук В. Кашинов, сродни наркотикам и может вызвать генетические изменения. Человек, привыкший к поп-музыке, начинает испытывать наркотическое голодание.

Музыкотерапия, как прикладной медико-эстетический метод, находит применение в ортопедии, зубоврачебной практике, в борьбе с производственным утомлением, и, конечно же, в таких областях, как психиатрия и нейропсихология. Музыка имеет широкое применение в физическом и духовном укреплении здоровья молодых людей.

Для врачей представляет интерес *арттерапия*, целительные возможности изобразительных искусств. Психофизиолог С.В. Кравков еще в 1923 году пришел к выводу о том, что цвет может эффективно применяться для лечения нервных болезней. Рядом экспериментов было подтверждено, что средневолновые участки спектра (цвета зеленый и желтый, а также белый) оказывают наиболее благоприятное влияние на функциональную способность органа зрения и нервную систему человека. Данные исследования легли в основу цветового оформления производственных, лечебных, культурно-бытовых помещений и оборудования. С 1997 г. в Санкт-Петербурге издается медицинский журнал арттерапии «Исцеляющее искусство».

В медицинской практике требуется внимание врачей и психологов к отбору и демонстрации произведений живописи, графики, скульптуры с учетом их воздействия на психофизиологическое состояние людей. Не случайно в лечебных учреждениях преобладают пейзажные картины и противопоказаны авангардистские и другие модернистские работы. Например, привлекает внимание, особенно молодых людей, чудесный памятник богине здоровья Гигее, символизирующий милосердие и женскую красоту. Эта скульптура удачно украсила фронтон главного здания Военно-медицинской академии. Можно отметить оригинальность замысла исполнения и установки памятника С.П. Боткину. Важно подчеркнуть медико-эстетическую направленность произведений изобразительного искусства.

Большую художественную и познавательную нагрузку несут медицинские музеи. Первый музей Медико-хирургической академии был основан профессором П.А. Загорским в 1789 г., как фундаментальный музей анатомических препаратов. Медицинские музеи и выставки являются принадлежностью искусства, в них тоже все устроено по законам красоты. Конечно, такие музеи не могут использоваться в качестве терапевтического средства, но они свидетельствуют о связи медицины и искусства. Примером применения искусства в медицине могут служить анатомические атласы, в т.ч. атласы топографической анатомии, сделанные с помощью графики и

цветного рисунка. Такие рисунки были выполнены под руководством Н.И. Пирогова.

Менее других методов искусствотерапии разработана у нас *библиотерапия* как способ психотерапевтического воздействия. Это направление на стыке медицины и библиотечного дела связано с активным вовлечением человека в чтение тщательно подобранной литературы с целью его излечения или удовлетворения духовных потребностей. В библиотерапии различают клиническое и психологическое воздействие книги. Выбор книги зависит от характера заболевания, от пола и возраста больного.

Литература отвлекает от грустных мыслей, нежелательного самокопания, страхов, помогает провести время в больнице, делает больных более управляемыми, заставляет посмотреть на свои проблемы со стороны, снимает ненужное равнодушие или нетерпение, пробуждает инициативу. Для библиотерапевта в аннотациях к спискам рекомендуемых книг оговариваются их типографические особенности, возможный эффект от их прочтения, необходимость последующего обсуждения, например, о смысле жизни. Следует подчеркнуть, что характер требуемой литературы во всех случаях определяет врач. В настоящее время идут поиски новых методов использования художественных произведений в психотерапевтических целях.

Некоторые авторы выделяют *смехотерапию*: комическое, юмор как один из методов искусствотерапии. Известна истина: «смех лечит»... при учете того, что «смех дело серьезное»... Выдающийся сатирик Азиз Насин писал, что юмор – понятие широкое, охватывающее все сферы человеческой жизни, это искусство. В понятие юмора входит сатира и шутка, насмешка, карикатура и анекдот, комедия, танец и трюк, острота и аллегория. Юмор предполагает смех. То, что не смешит – не юмор.

Но смех в то же время – очень сложное явление с точки зрения психологии и физиологии, поскольку он связан с деятельностью мозга и сердца, эндокринной, мышечной и других систем организма. Смех – это духовное облегчение. Но когда человек находится в состоянии депрессии, то юмор он не воспринимает. Поэтому врач обращается к юмору с осторожностью, по возможности напоминает больным, что веселые, неунывающие люди быстрее выздоравливают. Кроме того, надо знать: смех не только средство против болезней, но и профилактика. В особых условиях, связанных со значительным физическим и нервным напряжением, юмор помогает медицинским работникам оставаться оптимистами самим и передавать такое состояние больным.

Общение с искусством, его использование в лечебно-профилактической работе медиков, их непосредственное художественное творчество играли и играют важную роль в духовном развитии личности врача. Искусство формирует целостную личность в единстве ее чувственно-эмоциональной и интеллектуально-мыслительной сфер, ценностных ориентаций. Искусство совершенствует творческие способности врача, побуждая его к эстетической деятельности, к профессиональному искусству.

### **Список литературы:**

1. Лисицын Ю.П., Жилиева Е.П. Искусство и здоровье. М.: Знание, 1974.
2. Философия: учебник для вузов / под общ.ред. В.В. Миронова. М.: Норма, 2005.
3. Философия медицины: учебник для мед. вузов и слушателей системы послевуз. подгот. специалистов / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
4. <http://www.mif-ua.com/archive/article/11819>
5. [http://medicall.ucoz.ru/publ/filosofija\\_mediciny/1-1-0-1](http://medicall.ucoz.ru/publ/filosofija_mediciny/1-1-0-1)

## **ПРОБЛЕМА ЖИЗНИ ИПОХОНДРИКА В ОБЩЕСТВЕ (НА ПРИМЕРЕ СПИДОФОБИИ). ИНТЕРНЕТ КАК УСУГУБЛЯЮЩИЙ ФАКТОР**

**ШАБАНОВА Алена Валерьевна**  
Архангельск, Россия,  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
1 курс. 2 группа. Педиатрический ф-т  
Науч. рук.: канд. филос. наук, ст. препод. КГН СГМУ  
**ЛАВРЕНТЬЕВА Анна Юрьевна**

Интернет является неотъемлемой частью жизни современного общества. Независимая социологическая служба «Фонд Общественное Мнение» предоставила ежеквартальный отчет о проникновении Интернета в России. Интернет от числа населения страны составляет в настоящее время 51% (Пользователи старше 18 лет) [3].

Ипохондрия довольно частое заболевание, по которому не ведется четкой статистики, т.к. многие люди не считают необходимым обращаться к врачу с подобной проблемой. В России, по поводу душевных проблем, люди чаще прибегают к советам родственников, друзей и знакомых, не осознавая, что подобные методы мешают справляться с трудностями. Еще одна из культурных особенностей – страх общественного мнения и распространенное убеждение, что к психологам обращаются только слабые личности [9]. Из проведенного нами социологического опроса становится ясно как молодые люди (18–29 лет) относятся к своему психическому здоровью – почти 90% (87,76) опрошенных не считают нужным консультироваться у психолога.

Находясь в подобной западне из навязанных взглядов и общественного мнения, ипохондрик обращается к интернету, где встречается с огромным потоком несистематизированной информации, достоверность которой не всегда подтверждена. (Важно отметить, что здесь огромным минусом является анонимность, которую предоставляет всемирная паутина). Если коснуться наболевших тем, таких как ВИЧ/СПИД, необходимо заметить, что их популярность вызывает многочисленные обсуждения, сопряженные с массовыми потоками субъективных мнений, которые ипохондрик иногда

склонен принимать за истинные. Возвращаясь к словам о популярности интернета нужно также отметить, что подавляющее большинство людей не умеет рационально и быстро искать необходимую им информацию.

**Цель** нашей работы: раскрыть на примере СПИДофобии взаимосвязь между интернетом, как частью жизни общества, и отдельной личностью с ипохондрическим расстройством. Для этого необходимо: разъяснить и конкретизировать понятие ипохондрического расстройства; показать негативное влияние интернета в развитии ипохондрии через примеры (субъективные высказывания) СПИДофобов.

В современном обществе человек постоянно находится в информационном шуме, однако лишь ничтожный процент его содержит важную и полезную информацию. У мозга существует функция фильтрации восприятия, в зависимости от текущей цели, которая практически всегда является великим благом. Но, как нам известно, всегда есть исключения и наглядным примером является ипохондрия или, по-другому, ипохондрическое расстройство (безосновательной мнимой уверенностью в уже начавшейся тяжелой болезни или страх ею заразиться). Сам термин принадлежит Гиппократу и означает «что-то находящееся под хрящами». Связно это с тем, что античный ученый видел причину появления у пациентов идей собственной глубокой болезненности в движении органов, находящихся под реберными хрящами.

Ипохондрические расстройства представляют особую область клинической психиатрии. Их положение особенно. До сих пор не существует однозначного ответа на вопрос: «Что же это такое? – Болезнь, симптом, синдром, его содержание или нечто иное?». В нозологической систематике ипохондрии они практически не находят себе места, однако легко определяются по набору характерных признаков. Ипохондрические расстройства тесно связаны с проблемой соотношения телесного и психического (организма и сознания), поэтому невозможно дать им «строгое материалистическое» объяснение.

Существует наиболее распространенная концепция, где ипохондрия рассматривается как метасиндромальное образование (Мета – промежуточность, абстрагированность, обобщенность), объединяющее несколько расстройств в качестве общепатологической категории. Здесь она интерпретируется как индивидуальный поведенческий стиль, проявляющийся в повышенной чувствительности к телесной сфере.

Главным признаком ипохондрии является постоянно сохраняющаяся тенденция искаженно интерпретировать безобидные соматические симптомы как доказательство соматического заболевания. Например, головная боль немедленно оценивается как проявление опухоли мозга, а более распространенные причины, такие как напряженное состояние и похмелье, игнорируются. Переживаются яркие картины заболевания и его последствий. Страх вызывают в основном заболевания с тяжелыми последствиями, например рак или рассеянный склероз, которые редко заканчиваются скоростижной смертью, что позволяет отличать ипохондрию от

панического расстройства. Индивиды могут бояться одного заболевания, нескольких одновременно или последовательного ряда заболеваний на протяжении ипохондрии, которая имеет хроническое волнообразное течение.

Множество симптомов могут интерпретироваться неправильно: симптомы неопасных болезней, например простудных заболеваний; анатомические отклонения, являющиеся вариантом нормы: например различия между правой и левой частями тела; незначительные телесные ощущения, например боли; ятрогенные симптомы. Несмотря на то, что причиной тревоги о здоровье чаще всего служат соматические симптомы, к подобным результатам может также привести информация о болезнях, например, в средствах массовой информации. В конце 1980-х гг. общественное обсуждение СПИДа привело к многочисленным случаям излишней тревоги, связанной с этим заболеванием.

Связь между ВИЧ-инфекцией и ипохондрией является уникальной. Она стала настоящим проклятием, сопровождающим эпидемию СПИДа с самого ее начала. Для развития ипохондрии ВИЧ – идеальный кандидат во всех отношениях:

1. ВИЧ-инфекция относится к так называемым стигматизированным заболеваниям.

То есть в отношении ВИЧ существует масса иррациональных страхов и абсурдных предрассудков. В частности, в обществе устоялось представление о ВИЧ-инфекции, как о «страшной болезни». Кроме того, вероятность передачи ВИЧ зачастую сильно преувеличивается.

2. «Симптомы ВИЧ» найти у себя проще простого.

У любого человека могут быть симптомы простуды, хроническая усталость, увеличение лимфоузлов, либо какая-нибудь сыпь. В то время как онкологическое заболевание развивается само по себе, заразиться ВИЧ можно в любой момент, достаточно лишь одного незащищенного контакта.

3. Самая распространенная реакция людей на слова ВИЧ/СПИД – это страх.

Общеизвестны такие факты, что СПИД имеет эпидемический характер распространения и уже является пандемией, летальность при этом заболевании выше, чем при холере или черной оспе.

4. Непросвещенность большей части населения касательно вопросов о ВИЧ/СПИДе.

Недооценка проблемы со стороны властей является одной из первопричин появления иррациональных страхов и обращения к услугам интернета, что, как можно будет увидеть из примеров, приведенных ниже, порождает панику и дезинформацию населения.

5. Бессознательное стремление людей забыть об угрозе, проявляющееся в негативном девиантном поведении.

Это парадоксальное явление порождает, как следствие, сожаление и раскаяние в своих поступках. Речь идет об измене, первом гомосексуальном опыте, употреблении наркотика, любом поведении, из-за которого человек



может почувствовать вину, и которое сопряжено с вероятностью передачи ВИЧ.

Для того, чтобы иметь представление о болезни, необходимо описать основные формы избегающего поведения при ипохондрии:

1. *Систематическая проверка здоровья с навязчивой частотой.*

Человек постоянно проверяет «подозрительный» участок тела, пытаясь найти изменения, которые могли бы подтвердить его опасения. Он также может продолжать проверку тела для того, чтобы найти подтверждение наличия соматического заболевания. (В случае со СПИДофобией, человек зачастую не различает ВИЧ и собственно сам СПИД)

2. *Избегание.*

По сравнению с проверками состояния тела избегание – менее существенный признак (в меньшей степени касающийся и СПИДофобии), однако лица, страдающие ипохондрией, избегают ситуаций и деятельности, опасных, по их мнению, для дальнейшего развития заболевания.

3. *Поиск заверений.*

Поиск заверений является одним из наиболее ярких признаков ипохондрии и проявляется в виде исключительных усилий, прилагаемых больными в поиске заверений в том, что у них нет никакого заболевания.

Существует мнение, что подобные заверения играют укрепляющую роль в формировании ипохондрии. Именно в этом пункте хочется отметить роль интернета. Интернет предлагает быстрый доступ к большому количеству информации. В сети крайне много псевдомедицинских сайтов, на которых публикуется недостоверная и некорректная информация.

Для примера можно привести несколько заголовков на первых же страницах новостных лент Google, стоит только ввести «СПИД»:

«Санкт-Петербург: СПИД активно распространяется за решеткой и выходит на свободу»: <http://Аргументы.ру>

«СПИД не спит: В России обнаружен новый вид ВИЧ»: <http://techno.bigmir.net/discovery/1541731-SPID-ne-spit--V-Rossii-obnaruzhen-novuj-vid-VICH>

«Тольятти: СПИДом болен примерно каждый 30-й житель». [http://www.tltnews.ru/tlt\\_news/5/448046/](http://www.tltnews.ru/tlt_news/5/448046/) (31.10.2013)

Более 150 тыс. ВИЧ-инфицированных свердловчан не знают о своем диагнозе: эксперты (01.07.2013)

На Ставрополье зафиксирован 40% рост заболеваний ВИЧ-инфекцией (25.03.2013)

Несколько когнитивных факторов также поддерживают ипохондрию. Можно выделить когнитивные признаки тревоги о здоровье:

1. *Погруженность в свои переживания.*

Одной из наиболее ярких характеристик лиц, страдающих ипохондрией, является их поглощенность своими волнениями. Содержание разговоров и мыслей полностью подчиняется теме здоровья и заболевания, что вызывает огромное напряжение у самого индивида, а также у его друзей, родственников и врачей.

## *2. Бессознательная концентрация внимания на телесной сфере*

Больные, страдающие ипохондрией, проводят огромное количество времени, сосредотачивая внимание на своем организме, остро реагируя на любые ощущения или изменения, особенно в областях, которые их более всего волнуют.

## *3. Селективное внимание.*

Индивиды избирательно воспринимают информацию о здоровье и о болезни, особенно ту, которая, по их мнению, подтверждает их опасения. Таким образом, снова говоря о роли всемирной сети, при большом объеме информации, велика вероятность, что ипохондрик не обратит внимания на контекст, неосознанно выделяя для себя лишь подтверждения.

## *4. Подкрепляющие убежденность физиологические факторы.*

Вегетативные симптомы тревоги, например одышка или сердцебиение, неправильно интерпретируются как сверхдоказательство наличия соматического заболевания.

## *5. Способствующие аффективные симптомы*

Убежденность в наличии серьезного заболевания зачастую приводит к появлению вторичных депрессивных симптомов, психосоматическим заболеваниям. Все это время ипохондрик не перестает взаимодействовать с обществом. На примере СПИДофобии здесь можно выделить несколько отрицательных моментов:

1. Угнетение, дискриминация и стигматизация людей ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Это происходит непосредственно при контакте с ними и проявляется в различных формах девиантного поведения.
2. Такие люди зря тратят бюджетные средства, которые могли бы пойти на лечение тех, кто в этом действительно нуждается. Это все те же бесконечные тесты и анализы, которые ипохондрик считает себя обязанным пройти и сдать.
3. Ипохондрик эмоционально выматывает своих близких постоянными жалобами на здоровье, угнетает их эмоциональный фон.

Однако ипохондрик сам в эмоциональном плане страдает гораздо больше. Специалисты отмечают, что все действия человека, страдающего СПИДофобией, прежде всего, направлены на то, чтобы обезопасить себя от страха перед тяжелой болезнью и возможной смертью.

Рассмотрим негативные аспекты, касающиеся непосредственно самого «больного»:

1. Делаются чрезмерное число тестов в ущерб личному бюджету. (Количество бесплатных тестов по полису ОМС ограничено). В большом количестве принимаются ненужные лекарства.
2. Постоянное нахождение в состоянии стресса.

В качестве примера можно привести цитату:

*«Я никак не могу избавиться от СПИДофобии уже более трех лет. Через пару месяцев, после случайной связи, я увидел по телевизору социальную рекламу анти-СПИД. С этого момента началась моя фобия.*

*Первая мысль: «А вдруг она больна именно ВИЧ?» И я залез в интернет!!! Это была самая главная ошибка.... Сейчас я понимаю, что нужно было обратиться к врачу, к консультанту со своими вопросами, но ни как не лезть в интернет. Пошел сдавать анализы, раз – отрицательно. Все было хорошо, пока в мою голову не пришла мысль про период окна более 6 мес., ведь я ПРОЧИТАЛ В ИНТЕРНЕТЕ про людей, у кого период окна был БОЛЬШЕ 6 месяцев. Начал сдавать и сдавать... работник который делал у меня ремонт во время установки раковины испачкал мою руку своей кровью, т.к. порезался во время работ, несмотря на то, что ранок у меня под его кровью не было, я сдавал анализы, потом не вытерпел, дал ему деньги, попросил сдать анализы... Через пару недель я обнаружил у себя лимфоузлы, которых сто процентов раньше не было, т.к. я прощупывал себя постоянно. Еще через неделю, я поднимал крышку унитаза в торговом центре, и пальцем, на котором был порез, вляпался в какую-то прозрачную жидкость...».*

И это могло бы продолжаться до бесконечности, пока ипохондрик не обращается за помощью к квалифицированному психологу. Однако, в редких случаях, болезнь со временем проходит сама по себе, и человек, получивший очередной отрицательный результат анализа, успокаивается и возвращается к нормальной жизни.

Ипохондрия является важной проблемой, которой уделяется недостаточное внимание. Человек ежедневно сталкивается с ситуациями, способными ее спровоцировать и, неправильно реагируя на изменения в своем организме, становится уязвимым.

### **Список литературы:**

- 1.Березин Ф.Б. Психопатология гипоталамического синдрома. Ст. 5 : Синдром сенестопатической ипохондрии: [электронный ресурс] // Березин Ф.Б. Персональный сайт. URL: <http://berezin-fb.su>
- 2.К проблеме нозогений // ФГБУ «Научный центр психического здоровья РАМН» : [сайт]. URL: <http://ncpz.ru/lib/54/book/23/chapter/10>
- 3.Медиа-маяк: [сайт]. URL: <http://www.mediamayak.ru/blog/>
- 4.Психосоматические заболевания: Ипохондрия // Лабиринты разума : [сайт]. URL: <http://mindlabyrinth.ru/additional/illive/detail.php?sid=72&pid=671>
- 5.Русецкая Ж. Побег из ипохондрии // Психологический навигатор : [сайт]. URL: <http://www.psynavigator.ru/articles.php?code=115>
- 6.Спидофобия // Профилактика ВИЧ/СПИДа в России: [сайт]. URL: <http://ospide.ru/prevention/important/detail.php?ID=1481>
- 7.СПИДофобия: как заболеть от одних переживаний: [электронный ресурс]. URL: <http://aids.ru/aids/hivhypochondria.shtml>
- 8.Тхостов А.Ш., Райзман Е.М Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // Психол. журн. 2005. № 2. С. 102–107.
- 9.Шехина Е., Матвеев А. Зачем ходить к психологу? : [электронный ресурс]. URL: <http://www.km.ru/stil/2013/06/19/sovety-zdorovym-i-bolnym/714062-zachem-khodit-k-psikhologu>

## V. Студенчество, медицина и биоэтика

### ДЕГРАДАЦИЯ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

ГОЛОВИНА Мария Игоревна

Архангельск, Россия,

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс. Педиатрический ф-т

E-mail: [Golovina2828@mail.ru](mailto:Golovina2828@mail.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Ни для кого уже не секрет, что деградация нынешней молодежи идет с ошеломляющей скоростью. Современная молодежь утопает в невежестве и цинизме, алкоголизме и наркомании. Последствия деградации для нашей страны являются одной из самых острых проблем современного общества. Ситуация достигла такого предела, что если вовремя не будут приняты соответствующие меры на государственном уровне, общее состояние молодежи неизбежно приведет к тому, что наша великая страна будет лишена будущего во всех смыслах этого слова.

Что происходит с самой молодежью? Как она развивается? Каково ее здоровье, благополучие, самочувствие? Вопросы, которые требуют незамедлительных ответов.

**Цель** работы: показать уровень деградации, выявить влияющие факторы, определить пути решения проблемы.

Заметно произошло резкое падение духовного, интеллектуального и физического воспитания детей и молодежи в целом. Нередко корни деградации исходят из семьи. Пример отца и матери, или старших в семье накладывает неизгладимое впечатление на молодое неокрепшее сознание, дурной пример в семье является одним из основных показателей. К большому сожалению, утрачена сама модель семьи. В большинстве случаев родители совершенно не занимаются своими детьми и их воспитанием. Многие мамы, не задумываясь о здоровье будущего малыша, не перестают пить и курить даже во время беременности. Кем растут и вырастут их дети? Область непонимания между взрослыми и молодым поколением все более расширяется. И вина в этом взрослых, прежде всего.

Когда в семье нет контакта между родителями и детьми, когда молодые родители слишком заняты собой и не хотят уделять должного внимания своим детям, проявляют безразличие, не интересуются успехами и провалами в учебе детей, то улица в лице социального окружения восполняет недостаток общения. Довольно часто такие дети проявляют агрессию по отношению к своим сверстникам, потому что их самих воспитывали только методом применения физической силы. К примеру, в не читающей семье редко дети проявляют интерес к литературе; в семье, где все друг другу

безразличны, вырастают такие же представители; в семьях алкоголиков дети чаще подвержены алкоголизму и т.д.

Также, по данным опроса одним из факторов развития деградации является школа. В 1990-е гг. недостаточно внимания уделялось воспитательной работе, а также патриотическому воспитанию подрастающего поколения в школах. Виновато в этом падение общего уровня образованности, ухудшение финансирования. В школах на зарплату (в большинстве небогатых регионов) в 6–8 тыс. работали учителя предпенсионного и пенсионного возраста, или равнодушные ко всему люди, естественно ожидать от них трудовых подвигов не приходится. Молодые учителя почти сразу сбегали из школы, искали престижные и высокооплачиваемые работы.

Начитанность большинства молодых людей оставляет желать лучшего. Можно заметить, что в обществе современной молодежи пошлость легко гримируется под юмор, исковерканные слова воспринимаются как норма. Иногда, будучи свидетелями необычного поведения и нестандартных поступков, появляется желание спросить, зачем же подростки так поступают. Но, чаще всего, в ответ можно услышать: «меня не понимают», «я не такой, как все», «ты все равно этого не поймешь». Говорящие эти слова часто и не предпринимают попыток быть понятыми, и, наверно, даже не задумываются, зачем они поступают так, а не иначе, не пытаются объяснить свои действия с позиции элементарной логики. Ими движет желание выделиться. Но, учитывая, что выделиться хотят практически все, «выделившиеся» сливаются в одно большое стадо.

Серьезное негативное воздействие на социальное здоровье молодых россиян оказывают бесконтрольный интернет и телевидение, вызывая своего рода зависимость [7]. Молодежь отказывается жить активной жизнью, читать книги, общаться со сверстниками и заниматься спортом. Но по максимуму использует СМИ и жадно черпает информацию разного содержания. Поэтому в наше время особую остроту обрела проблема телевизионного насилия. Практически во всех современных сериалах, фильмах, и даже мультфильмах существует насилие.

Термин «телевизионное насилие» давно используется в научном лексиконе и объединяет в себе демонстрацию нанесения повреждения или ущербов персонажам телевизионных программ или фильмов. Также СМИ являются источниками пошлой информации, порнографии. В телевидении транслируется множество эротических фильмов, которые развращают, опошляют современную молодежь. Страшно то, что эту пошлость мы видим не только по телевидению, но и в газетах, журналах, в сети интернет – везде.

Можно проследить негативное воздействие телевидения на половую жизнь подростков. Ценности, нормы и стереотипы половой жизни, которые транслируют СМИ, очень часто далеки от реальности. Кроме того, на самых распространенных молодежных каналах таких, как СТС, ТНТ (по данным проведенных исследований) выяснилось, что каждое четвертое слово иностранное, т.е. идет процесс разрушения русского языка. Кроме того, в

трети названий используется сниженная лексика, есть сексуальная, разрушительная тематика.

Здоровье молодых людей, подростков и детей стремительно ухудшается. За последние 5 лет рост числа заболевших детей достигла 70%. Только каждый десятый выпускник школы относительно здоров. Особенно большие проблемы отмечаются в области роста числа ожирений, нервных расстройств, сахарного диабета, нарушений зрения. У 40% мальчиков имеются отклонения в состоянии здоровья, которые могут привести к бесплодию. Происходят серьезные изменения в сексуальном поведении молодежи, что также сказывается на общем состоянии здоровья подрастающего поколения. Выявляется стойкая тенденция более раннего вступления юношей и девушек в половые связи. А это негативно сказывается на психическом и физическом развитии подростков, увеличивается риск аборт, впоследствии – сложных родов, хронических венерических заболеваний. Велик удельный вес гинекологических заболеваний, непосредственно влияющих на возможность появления потомства в недалеком будущем. Растет удельный вес аборт у подростков до 17 лет. Число аборт в РФ среди несовершеннолетних составляет в среднем до 40000 ежегодно.

Острой проблемой подрастающего поколения все более становится наркомания и наркозависимость. Она вплотную завладела молодым поколением России. Продолжительность жизни наркомана с момента начала употребления наркотиков составляет в среднем 4–5 лет. Но если физически он еще жив, то морально, интеллектуально – мертв, и все его существование – ад. Наркотики губят всех – сильных, умных, талантливых, кто бы мог составить новую образованную и квалифицированную элиту государства, в которой оно действительно крайне нуждается. Ведь подавляющее число хронических наркоманов не доживает до 30 лет. По последним данным, 60 тысяч человек ежегодно становятся наркоманами в России, умирают ежегодно около 80 тысяч, и более 4млн. человек употребляют наркотики.

Уровень потребления наркотиков может рассматриваться как угрожающий генофонду нации. Поэтому угроза национальной безопасности государства со стороны наркотизма вполне очевидна. Современные наркотики имеют свойства, которые делают человеческий организм зависимым от наркотического вещества практически сразу же, после первого приема. Поэтому не стоит недооценивать этот важный аспект и поддаваться на якобы разовое предложение, за которым может последовать другое, третье...

Увеселение публики часто происходит с участием алкоголя, кальянов и музыки в стиле «техно», которая сильно воздействует на мозг. А когда внимание рассеивается и притупляется сознание, вам легко могут предложить что-нибудь «покруче». И тогда наступает время распространителей наркосодержащих препаратов, сначала бесплатно, для пробы. А потом приходит зависимость.

За последние пять лет существенно возросла и помолодела преступность. В состоянии наркотического опьянения нередко совершаются убийства, доведение до самоубийства, побои, истязания, причинение вреда здоровью, половые преступления, хулиганство. По данным исследований абсолютное большинство названных преступлений (до 70%) совершается под воздействием наркотиков. Половину всех преступлений совершают молодые люди от 14 до 30 лет. Наиболее криминальная часть этой возрастной группы – подростки 16–17 лет. За последние годы на 32% увеличилась преступность несовершеннолетних, причем умышленные убийства, групповой бандитизм и разбой возросли до 61% [3].

Также одной из самых острых проблем современной молодежи является приверженность к злоупотреблению спиртными напитками. Особенно тревожит тот факт, что средний возраст приверженцев алкоголя постоянно снижается. Даже, несмотря на высокий уровень информированности и образованности большей части молодого поколения, распитие спиртных напитков является в молодежных кругах популярным времяпрепровождением. К алкоголю часто прибегают, надеясь ощутить приятное настроение, снизить психическую напряженность, заглушить чувство усталости, моральной неудовлетворенности, уйти от реальности с ее нескончаемыми заботами и переживаниями. Одним кажется, что алкоголь помогает преодолеть психологический барьер, установить эмоциональные контакты, для других, особенно несовершеннолетних, он представляется средством самоутверждения, показателем «мужества», «взрослости». Алкоголизм – тяжелая хроническая болезнь, в большинстве случаев трудноизлечимая. Она развивается на основе регулярного и длительного употребления алкоголя и характеризуется особым патологическим состоянием организма, неудержимым влечением к спиртному, изменением степени его переносимости и деградацией личности.

Хочется отметить, что в настоящий момент одной из самых важных проблем современного российского общества является пивной алкоголизм среди молодежи. Рассмотрим более подробно эту проблему.

Согласно современным исследованиям, хронический алкоголизм развивается в 3-4 раза быстрее от употребления пива, чем от крепких алкогольных изделий [4]. Это – первый легальный наркотик, прокладывающий путь другим, более сильным, нелегальным наркотическим средствам, приводящим к деградации поколений, а в конце концов – к гибели всего народа. Именно употребление пива является первопричиной искалеченных судеб миллионов наших соотечественников. Судя по уровню производимого и реализуемого в торговле пива, Россия в настоящее время вошла в число стран, население которых занимает «передовые» позиции по употреблению данного напитка, а также за счет подростков и женщин детородного возраста.

Вред пива для человеческого организма очень обширен. Самое разрушительное и вредное последствие неумеренного потребления пива – больное сердце или как назвал его немецкий врач профессор Болингер

«пивное» или «бычье» сердце. Оно выражается в расширении полостей сердца, утолщении его стенок, некрозах в сердечной мышце. Признано, что эти изменения связаны с наличием в пиве кобальта, применяемого в качестве стабилизатора пивной пены. Содержание в пиве этого токсического элемента, кроме поражения сердца, вызывает воспалительные процессы в пищевом тракте и желудке. Негативное влияние на работу сердца оказывает и насыщенный пивом углекислым газом. Попадая в организм, пиво быстро переполняет кровеносные сосуды. Это приводит к варикозному расширению вен и расширению границ сердца. Так возникает синдром «пивного сердца», когда сердце сильно увеличивается в размерах, провисает, становится дряблым и плохо качает кровь.

Пиво содержит ряд токсических веществ, в том числе соли тяжелых металлов, вызывающих изменения в эндокринной системе. Так в организме мужчин при систематическом употреблении пива выделяется вещество, подавляющее выработку мужского полового гормона тестостерона. Ослабляется интерес к противоположному полу и в скором будущем импотенция таким мужчинам гарантирована. В пиве присутствуют фитоэстрогены – вещества, аналогичные женским половым гормонам. Всё это приводит к изменениям как внешности мужчины, так и деятельности его половых желез на женский манер. У мужчины округляются плечи, увеличивается в объёме живот (недаром его называют «пивным»), уменьшается оволосение тела и лица. Вред пива, причиняемый яичкам, и снижение тестостерона ведут не только к снижению потенции, но и к ухудшению качества спермы – откуда прямая дорога к бесплодию. И если раньше в отсутствии детей чаще были «виноваты» женщины, то в последние годы половина бесплодных пар являются таковыми из-за неспособности к зачатию именно мужчин. У женщин, употребляющих пиво также возрастает вероятность заболеть бесплодием. От бесплодия у нас в стране большое число девушек начинают лечиться чуть ли не с 20 лет. Вред пива для девушек может обернуться так называемой «замершей» беременностью. В чём причина невынашивания (когда все беременности прерываются, едва успев начаться), замершей беременности (когда плод, дожив до какого-то срока, вдруг перестаёт развиваться и погибает), преждевременных родов, отслойки плаценты и множества других аномалий? Везде одним из первых пунктов стоит гормональный дисбаланс – снижение уровня эстрогенов, повышение других – андрогенов – которые, вырабатываются у мужчин, но сейчас почему-то всё чаще обнаруживаются у женщин. Этому виной – ранний и продолжительный интерес у девочек и девушек именно к пиву. Вред пива, проявляясь на таком глубоком гормональном уровне, приносит девушкам и женщинам невыносимые страдания. Сколько переносится мучений, сколько стрессов, болезненных уколов, длительных госпитализаций, а подчас и расставания с любимыми по причине стойкой невозможности родить. Под угрозой находится генофонд нации. Кроме того, употребление большого количества пива приводит к образованию лишнего веса.



Пиво стало необходимой составляющей отдыха и покоя. Пристрастие к пиву подкрадывается к человеку с черного хода [5; 6]. Употребление его не так жестко осуждается окружающими, как водки. Желание выпить пива не так сильно обращает на себя внимание человека. В итоге – возрастают дозы потребляемого пива, а затем появляются алкогольные эксцессы. Больные пивным алкоголизмом попадают в больницы в крайне тяжелом, запущенном состоянии, чаще всего с выраженным слабоумием и снижением личностной оценки. Если учесть, что пивных алкоголиков среди молодёжи с каждым годом становится всё больше, нетрудно догадаться, какое будущее нас ожидает.

Численность молодежи в России сокращается, общество стареет. Каждое новое поколение детей и молодежи менее здоровое, чем предыдущее; болезни «переселились» из старости в молодость; молодежь вымирает быстрее, чем старшее поколение. Падает интеллектуальный потенциал молодежи, происходит умственное вырождение молодых поколений. Снижается социальный статус и материально-бытовое положение молодежи, молодежь все более оттесняется на обочину жизни общества. Роль молодежи в общественной жизни, политике, защите своих интересов значительно упала и продолжает падать, и практически брошена на произвол судьбы.

Исходя из выше изложенного, какие можно увидеть пути решения возникшей проблемы? В нашем несовершенном мире, гонясь за самыми последними благами цивилизации или просто борясь за право выжить, мы все позабыли о самом главном. О нашем будущем. О подрастающем поколении – детях и молодежи. Большинство думают о том, как накормить, одеть, обуть детей, зачастую забывая о моральной стороне воспитания, об элементарном внимании и понимании со стороны близких. Прежде всего, необходимо восстановить утраченную модель семьи. Ведь семья является главным институтом воспитания. То, что ребенок в детские годы приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи в том, что в ней ребенок находится в течение значительной части своей жизни, и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. В ней закладываются основы личности ребенка, и к поступлению в школу он уже более чем наполовину сформировался как личность.

Цель воспитания – содействовать развитию человека, отличающегося своей мудростью, самостоятельностью, художественной производительностью и любовью. Необходимо помнить, что нельзя ребенка сделать человеком, а можно лишь этому содействовать и не мешать, он сам должен выработать в себе человека.

Таким образом, чтобы максимизировать положительное и свести к минимуму отрицательное влияние семьи на воспитание ребенка, необходимо помнить о внутрисемейных психологических факторах, имеющих воспитательное значение: принимать активное участие в жизни семьи; всегда находить время, чтобы поговорить с ребенком; интересоваться проблемами ребенка, вникать во все возникающие в его жизни сложности и помогать

развивать свои умения и таланты; помогая ему тем самым самостоятельно принимать решения; иметь представление о различных этапах в жизни ребенка; уважать право ребенка на собственное мнение; уметь сдерживать собственнические инстинкты и относиться к ребенку как к равноправному партнеру, который просто пока что обладает меньшим жизненным опытом. Дети должны видеть, что возможен иной образ жизни – здоровый, ориентированный на здоровые ценности: физическая культура, семья, дети, высокий интеллект, духовное развитие.

Со стороны государства необходимо принять жесточайшую программу борьбы с наркотиками. Должна быть принята общегосударственная программа, направленная на отрезвление, денаркотизацию общества, создание целостной системы воспитания физической, интеллектуальной и духовной русской культуры от ясельного возраста до вузов.

В настоящий момент уже идет успешное развитие социальной работы с молодежью. Открываются различные учреждения, работающие исключительно в области молодежных проблем, которые оказывают эффективную психологическую и социальную помощь молодым людям. Помимо этого, большое внимание уделяется развитию спорта, идет большое привлечение молодого поколения в профессиональный спорт. Также, внимание уделено и здоровому образу жизни молодежи, в пропаганде которого участвуют не только государственные организации и учреждения, но частные компании и средства массовой информации.

Огромное количество молодых людей хотят быть полезными своей стране, хотят заниматься любимым делом, получать достойную оплату за свой труд, хотят без страха жениться и выходить замуж, заводить детей, не боясь, что завтра их уволят в период очередного финансового кризиса, в состоянии которого, к сожалению, наша страна находится практически постоянно. Только целенаправленное систематическое участие государства и всех ветвей власти в жизни молодого поколения сможет разрешить проблемы социальной адаптации молодежи в современном обществе, начиная от алкоголизма и наркомании, и заканчивая армейской дедовщиной и произволом на рабочих местах. Только путем реализации таких программ, а также от активных действий каждого из нас, можно спасти настоящую и будущую молодежь России.

### **Список литературы:**

1. Ветров Н.И. Профилактика нарушений среди молодежи. М.: Юрид. лит., 1980.
2. Ильинский И.М. Молодежь и молодежная политика: [философия. история. теория.]. М.: Голос, 2001.
3. Ильинский И.М. Чем младше, тем хуже: каждое новое поколение в России менее здорово, менее развито умственно, духовно и культурно, чем предыдущее : беседа с ректором Моск. гуманит. ун-та / записала А. Горчакова // Моск. комсомолец. 2011. 27 июня.

4. Кулагин А. Русская молодежь уничтожается первой // Русское Агентство новостей: Информ. агентство Рус. обществ. движения «Возрождение. Золотой Век»: [сайт]. URL: <http://ru-an.info/> (Дата обращения 10.10.2013)
5. Молодежь страны и региона на пороге XXI века : соц. проблемы / [отв. ред. А.М. Осипов, В.В. Матвеев]; Новгор. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого и др. Вел. Новгород : НовГУ, 2001.
6. Онищенко Г. Пиво – напиток самоубийц // МИДГАРД-ИНФО: ведическое информ. агентство [сайт]. URL: [via-midgard.info](http://via-midgard.info) (Дата обращения: 02.10.2013)
7. Чуприй Л.В. Отрицательное влияние на детей телевидения и Интернета : [электронный ресурс]. URL: <http://priroda.inc.ru/vijivanie/vijivanie98.html> (Дата обращения: 01.10.2013)
8. Шехтина Е., Матвеев А. Зачем ходить к психологу? : [электронный ресурс]. URL: <http://www.km.ru/stil/2013/06/19/sovety-zdorovym-i-bolnym/714062-zachem-khodit-k-psikhologu>

## **ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: РЕЛИГИОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**ЛАВРЕНТЬЕВА Анна Юрьевна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
канд. филос. наук, ст. препод. КГН СГМУ

На сегодняшний день можно выделить основные институты, которые осуществляют религиозное образование и воспитание: семья; школы (школы при храмах, мечетях, школы медитации); конфессиональные (негосударственные) средние и высшие учебные заведения; общеобразовательные государственные и муниципальные учебные заведения (специальные учебные занятия в рамках курса ОРКСЕ, факультативы).

Любая религиозная традиция естественно рассматривает воспитание и образование как порождение собственной системы.

Все религиозные традиции одинаково рассматривают то, что человек на протяжении всей своей жизни учится, познает Бога, Высший Абсолют, выполняя медитативные упражнения, обряды, посты, постоянно совершенствуясь, приближается наиболее полно к религии. На семью верующее окружение налагает обязанность в воспитании детей.

Религиозное образование и воспитание характеризуется достижением нескольких признаков: религиозного, нравственного, образовательного, включающего социальный, физический и интеллектуальный процесс. Человек в религиозной традиции приобщается к основам религии, обучается нравственным постулатам, принципам. Семья и окружение формирует сильную личность, которая становится в последствие структурным элементом религиозного общества. Человек стремится познать окружающий мир, и в этом ему помогает воспитание, постижение наук в религиозной

традиции. Воспитание добра, любви и стремлению к совершенству формирует психически устойчивого верующего человека в рамках данной традиции. Кроме того, образование и воспитание помогает привить общественные нормы поведения, сосуществовать в мире, где присутствуют другие религиозные традиции. В этом ориентир на модель поведения, изложенный в Священных Книгах.

Но следует помнить, что роль образовательной системы состоит в том, чтобы передать и усовершенствовать не только религиозные, а в целом, культурные ценности общества, накопленные веками предыдущими поколениями. И здесь интересно будет рассмотреть отношение религиозных традиций к государственной образовательной системе.

Христианская традиция опасается сведения образовательного процесса только лишь к ознакомлению с информацией, которая не связана с жизнью прихода. Потому что в семье родители являются основными воспитателями, потому школа не может заменить семью и все то, что ребенок должен получить в ней. Ценности христианского воспитания не просто предписаны законом и внушаются родителями, но становятся глубоко усвоенными моделями поведения, прошедшими через опыт родителя. Христианство рассматривает традицию как механизм контроля над процессом идеологии, политизации общества [10].

С точки зрения христианской традиции светское образование не ставит вопрос о смысле жизни и ценностях. Тогда как христианское религиозное воспитание является ценностным. Об этом свидетельствует призыв построения в 2000 г. на архиерейском соборе (православие) всей системы образования на религиозных началах и христианских ценностях понятий [1].

Проблема преподавания основ религиозной культуры для РПЦ стоит довольно остро, в связи с отсутствием финансовых средств, достойного преподавательского состава в воскресных школах для широких просветительских программ. Сотрудничество и партнерство в образовательной сфере зачастую подменяет стремление к миссионерству и катехизаторству, проповеди. Интересы государства интеграции в культуру и интересы христианства вовлечения в веру не могут совпадать по той простой причине, что вероисповедная традиция – это еще не замена культуры. Да и понимание гражданственности различно с точки зрения религиозного и светского мировоззрения, поскольку гражданственность это не только принадлежность к религии. А мировоззренческая нейтральность рассматривается как религия секуляризма.

Но данный вопрос актуален не только в христианской традиции. Буддийское образование – всестороннее образование и воспитание изоляции от негативной стороны мира. Несвобода буддийской дисциплины, контроля связана с идеей собственного выбора. Дисциплина – индивидуальная тренировка, а не навязанная или заданная извне. Государственные школы даны извне.

Исламские педагоги озабочены тем, что образовательная система представляет на сегодняшний день большое количество неразрешенных

вопросов [2]. Современное образование представляется как корень всех проблем, которое включает оценочный, преподавательский, консультативный момент. Научная деятельность есть следствие влияния Запада и лишена основы веры.

Итак, цель любой религиозной системы воспитания – передача опыта и знаний данной религии. С точки зрения религиозной традиции невозможно понять другую религию без понимания собственной. Понять, значит признать главенствующей данную систему и построить собственную жизнь в рамках данной религиозной традиции. Любая религия преследует миссионерскую цель. Любой диалог религий выглядит как уточнение своей собственной вероисповедной традиции, а не изучение другой религии. Последнее уже предполагает принять другое как свое, что изначально идет в разрез с главной идеей религиозной традиции воспитания – воспитать в рамках данной религии как адептов своей веры. Поэтому то, что не поддается сходству, отрицается, собственная точка зрения аполлогизируется или информация о другой религии изучается не достаточно квалифицированно, и только в сравнении с собственной религиозной точкой зрения.

Сегодня, средства массовой информации (особенно Интернет) имеют определенное давление на восприятие ценностей и норм религиозных систем, появляются новые нетрадиционные религиозные движения, которые зачастую связаны с экстремизмом.

В связи с тем, что каждая религиозная традиция трактует истинность данной системы ценностей, вероучения в отличие от другого мировоззрения, то есть смысл урегулирования процесса формирования ценностей адептов религии. Здесь важно принять не путь контроля за формированием ценностей, а отсутствие выделения так называемых традиционных религиозных ценностей.

Нередко из-за нехватки собственных финансовых ресурсов религиозные организации привлекают спонсоров из-за рубежа, которые в большинстве своем преследуют миссионерские, экстремистские цели. Примером чему может служить история мадраса «Йолдыз», которое в 1990-х гг. контролировалось экстремистскими организациями «Тайба» [4, с. 99]. В современной России появление нетрадиционных религиозных организаций различного протестантского толка, йогических практик также является следствием разрушения прежнего как атеистического, так и религиозного мировоззрения. Потенциальные верующие традиционных религий в России выходят из-под контроля, что в первую очередь ставит традиционные религии перед проблемой сокращения численности адептов.

В процессе преподавания, при общении с учителями на курсах повышения квалификации сложилось четкое понимание того, что сложность преподавания религии касается не только скудных религиозных знаний, проблем методики, но и отсутствие знаний основных правовых норм религиозного образования. Данная причина дает возможность их напомнить.

Кроме того, актуальность данного вопроса диктуется временем. Так, 23 июля 2013 года в городе Петрозаводске произошел инцидент [5]. Врач

отказалась принимать пациентку, ссылаясь на свои национальные и религиозные взгляды.

Полемика ученых, идеологов, адептов религиозной веры, связанных с понятиями «светскость», «секта» и других [8], настораживает неспециалистов в данной области и заставляют не касаться правового обоснования религиозного образования в светской школе, что приводит к следующим последствиям: появление статей в сети Интернет о проблеме вовлечения детей, родителей, педагогических работников в «секту» саентология [6], в 2010 г. – о появлении «секты» «Анастасия» в Алтайском государственном техническом университете [11], информация о том, что учителей учат религиозной нетерпимости [3], событие в 2008 г., связанное с преподаванием публичной лекции курса «Основы религиозных знаний» доцентом Тюменского государственного нефтегазового университета С. Шестаковой [12] и другие подобные события. Перечень их огромен.

В Конституции Российской Федерации изложены основные положения и принципы, которые присущи любому цивилизованному государству, как: демократизм, правовое государство, признание человека, его прав и свобод высшей ценностью, светскость, социальная ориентированность политики. Это – идеальное понимание цивилизованности государства. Воплощение в реальную жизнь данных принципов приводит к искаженности и – в некоторых случаях – противоречит этому главному документу.

Провозглашение России светским государством накладывает обязательность выполнения следующего положения: никакая религия не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной, а религиозные объединения отделены от государства и равны перед законом. Кроме того, основами конституционного строя являются многообразие идеологий и равенство общественных объединений перед законом. Данные нормы распространяются на все сферы общественной жизни, в нашем случае – определяя светский характер образования в государственных и муниципальных учреждениях.

Закон «Об образовании» Российской Федерации устанавливает светский характер образования в государственных и муниципальных учреждениях, подчеркивая реализацию права учеников на свободный выбор мнений и убеждений.

Федеральный закон «О свободе совести и о религиозных объединениях» провозглашает, что государство обеспечивает светский характер образования, а религиозные объединения не выполняют функции органов государственной власти.

Что же подразумевает под собой правовое понимание светскости образования:

- отсутствие обязательного мировоззрения;
- не вмешательство религиозных объединений в деятельность образовательных учреждений;
- не допустимость власти, управления религиозными организациями в образовательных учреждениях;

- обеспечение прав на свободу совести и слова;
- отсутствие принуждения при обучении и вступления в религиозную организацию;
- не допустимость проведения обрядов в государственных образовательных учреждениях;
- не допустимость явного направления подготовки служителей религиозного культа в государственном образовательном учреждении.

На чем же основываются российские правовые нормы в сфере свободы совести? На общепризнанных принципах и нормах международного права. Эти основные документы, которые приняты Организацией Объединенных Наций и Советом Европы:

- Всеобщая декларация прав человека (1948);
- Международный пакт о гражданских и политических правах (1966);
- Декларация ООН о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений (1981);
- Конвенция о правах ребенка (1989);
- Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950).

Естественно, многих адептов православной веры, священников, идеологов, учителей модели «Основы православной культуры» ставят перед сложной задачей такие выступления, к примеру, как сделанное Б. Альтшулером заявление против деления детей по изучаемой религии. Кроме того, по статистическим данным Минобрнауки более 2/3 российских школьников отказались от углубленного изучения той или иной религиозной конфессии [7]. Тогда становится понятна непримиримость и некоторый фанатизм идеологов традиционных религий, характеризующиеся направленностью против знаний, слабости человеческого разума. И здесь можно в чем-то согласиться с мнением В. Петрова: «Разум имеет еще одно опасное свойство. Он не знает меры в своих стремлениях и действиях: вначале – по части подавления своих оппонентов; затем – в движении по тому пути, на котором он остается единственным лидером» [9].

Но, остается напомнить, что Россия провозглашается светским государством и никакая религия не может быть установлена государственной или обязательной. Даже, если преподавание, недоступных для понимания основ религии претит убеждениям педагога, следует уважительно относиться, прежде всего, к себе, как носителю «своей» веры, убеждений, также как и уважительно относится к «чужой» вере, убеждениям.

Следует признать, что правовых критериев понятия «традиционность» создать невозможно. При внедрении данного на государственном уровне нетрадиционно верующие ущемляются в правах, а конституционные нормы о свободе совести, светском государстве и образовании, равенстве религиозных объединений остаются нереализованными.

Таким образом, принципы формирования организационного взаимодействия должны быть основаны на разработанной правовой системе государственного регулирования вопросов религиозного образования.

Учителям и педагогам, дающим знания о религии, воспитывающим в религиозной среде, родителям ребенка следует принять во внимание, что действующее законодательство допускает религиозное образование в государственных и муниципальных образовательных учреждениях в тех формах, которые соответствуют прописанным принципам и нормам международного права. Это касается и медицинских образовательных учреждений. Кроме того, получением религиозного образования, государство обеспечивает право на свободу совести, что препятствует дискриминации на основе религии или иных убеждений.

### Список литературы:

- 1.Алексий II. Доклад Патриарха Московского и Всея Руси на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13–16 авг. 2000 г. : [электронный ресурс]. URL: <http://www.vselprav.org/sob/s2000r03.htm>.
- 2.Али-заде А. Власть человека в качестве халифа (наместника) Бога на земле. URL: [http://my.mail.ru/community/mirovozzrenie\\_/ECCAC8C2087E3C2.html](http://my.mail.ru/community/mirovozzrenie_/ECCAC8C2087E3C2.html).
- 3.Будущих московских учителей учат религиозной ксенофобии... // Евангелие: христиан. портал [сайт]. URL: <http://www.evangelie.ru/forum/t72827.html>02.07.2010,08:28
- 4.Ислам в современной России : энциклопедия / [Силантьев Р.А.]. М.: Алгоритм, 2008. с.99.
- 5.Карелия: врач-еврейка отказалась принимать мусульманку. Вторник, 23 июля 2013 г. // BBC. Русская служба [сайт]. URL: [http://www.bbc.co.uk/russian/rolling\\_news/2013/07/130723\\_rn\\_jewish\\_doctor\\_denies\\_muslim.shtml](http://www.bbc.co.uk/russian/rolling_news/2013/07/130723_rn_jewish_doctor_denies_muslim.shtml)
- 6.Карпачева Т. Проникновение секты саентология в систему образования Москвы и Московской области // «К истине»: [сайт]. URL: [http://www.kistine.ru/sects/scientology/scientology\\_karpacheva.htm/](http://www.kistine.ru/sects/scientology/scientology_karpacheva.htm/)
- 7.Крецул Р. «Только трое знали, как намаз делать» // Взгляд: деловая газета. 2012. 14 сент. [электронный ресурс]. URL: <http://vz.ru/society/2012/9/14/598227.html>.
- 8.Перечень нарушений Кремлем основ конституционного строя РФ [электронный ресурс]. URL: <http://spear.forum2x2.ru/t2372-topic>.
- 9.Разум: на службе у Бога или «князя мира сего»? Почему мы веками строим рай, а получаем ад? [электронный ресурс]. URL: <http://petrov-vicktor.ru/index.php/knigi/rokovaya-rol-razuma.-m.-2011.html>.
- 10.Хулац В., иерей. Религиозное воспитание в христианской перспективе // XIV богословские собеседования представителей Русской Православной Церкви и Евангелическо-Лютеранской Церкви Финляндии, С.-Петербург, 18–24 сентября 2008 г. [электронный ресурс]. URL: [http://www.religare.ru/2\\_57995.html](http://www.religare.ru/2_57995.html).
- 11.Центр религиоведческих исследований во имя священномученика Иринея Лионского [сайт]. URL: <http://iriney.ru/sects/anastasia/022.htm>
- 12.Ярков А.П. Межрелигиозный скандал в Тюмени // Лента: Религия. 2008. 1 окт. [электронный ресурс]. URL: <http://www.rodon.org/relig-081001121356>.



# ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ЛАРИОНОВСКАЯ Мария Васильевна

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

3 курс. Лечебный ф-т

E-mail: [smeshno5@rambler.ru](mailto:smeshno5@rambler.ru)

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

«Ценностная ориентация – система устойчивых отношений личности к окружающему миру и самому себе в форме фиксированных установок на те или иные ценности материальной и духовной культуры общества» [3].

Ценностные ориентации, закладываемые у молодёжи в настоящее время, служат индикатором социальной стабильности общества. Особенно значимым вопросом становится по отношению к будущим работникам медицинской сферы.

**Цель** данной работы: выявить приоритетные жизненные ценности студентов медицинского вуза. Сравнить полученные данные с выбором студентов других специальностей.

Выбор профессии является одним из самых важных решений, принимаемых человеком. От этого выбора зависит дальнейший путь развития отдельно взятой личности. Сделать его порой нелегко, так как нужно учитывать множество различных факторов: личные желания и предпочтения, финансовые возможности и многое другое. Большое влияние на этот выбор оказывает система уже сформировавшихся к тому времени жизненных ценностей, определяющих вектор дальнейшей самореализации человека.

Известно, что среди инструментальных ценностей с конца 1990-х гг. в основном выделяются такие современные ценности, как инициативность и независимость. Снизилась значимость общительности. В региональном контексте на первый план, в отличие от общероссийской иерархии, часто выходит именно жизнь человека.

По данным исследования «Студенчество в многонациональных мегаполисах и крупных городах России: этническое самосознание и межэтнические отношения» (2008 г.) триаду базовых ценностей студенческой молодежи составляют: семья (81,6%), здоровье (56%), общение (45,5%). Для 36,5% студентов важно материальное благополучие, для 34,1% – образование; только для четверти респондентов (25,3%) ценность представляет интересная работа [5].

Студенческий возраст является важным для духовного развития личности, так как происходит борьба между прошлым духовным опытом, полученным в годы обучения в школе, и потребностью в самоопределении. Порой для этого не хватает довузовского опыта в силу многих причин, например, «в связи с недостаточной рефлексивной способностью, неполной адекватностью предшествующего опыта, не всегда зрелой социальной

активностью, не до конца сложившимся представлением о смысле жизни» [2].

У студентов медицинских вузов, в силу специфики будущей специальности, происходят некоторые изменения в ядре главных жизненных ценностей. Подготовка, направленная только лишь на «создание» специалиста какого-либо узкого профиля, является некорректной. «Образование становится собственно образованием, если оно имеет в своем основании ориентации на ценности высшего порядка» [1].

Медицинское образование имеет направленность не только на профессиональное, но и на личностное становление будущего специалиста. Это должна быть сформированная личность с высокими нравственными качествами, с пониманием, что есть добро, а что зло, с осознанием долга перед людьми. «Главный принцип медицинского мировоззрения состоит в уважении достоинства пациента, в заботе о его здоровье и жизни как наивысшей ценности» [1].

Для выяснения ценностных ориентаций студентов было проведено анонимное анкетирование. В нём приняли участие студенты лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов Северного государственного медицинского университета (СГМУ), а также студенты Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова (САФУ), Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии (СПХФА), Петрозаводского государственного университета (ПетрГУ), Санкт-Петербургского государственного электротехнического университета «ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина) (СПбГЭТУ «ЛЭТИ»), Воронежского филиала Российского государственного торгово-экономического университета (ВФ РГТЭУ), Московского государственного университета леса (МГУЛ), Воронежского института высоких технологий (ВИВТ), Финансового университета при Правительстве РФ (ЗФЭИ). Средний возраст опрошенных составил 20 лет, преобладали участники женского пола (75%). Среди них 90 студентов медицинского профиля и 90 студентов, выбравших иное направление.

Участникам было предложено указать, что, по их мнению, является главной жизненной ценностью, а также на сколько они счастливы по шкале от 1 до 10.

Польский исследователь Владислав Татаркевич выделил четыре основных значения понятия счастья: 1) благосклонность судьбы, удача; 2) состояние интенсивной радости; 3) обладание наивысшими благами, общий, несомненно, положительный баланс жизни; 4) чувство удовлетворенности жизнью [4].

В нашем исследовании индекс счастья применяется в качестве индикатора удовлетворённости жизнью, важную часть которой у всех опрошенных на данный момент занимает учёба в вузе.

Диаграмма 1

Ценностные ориентации студентов медицинского вуза

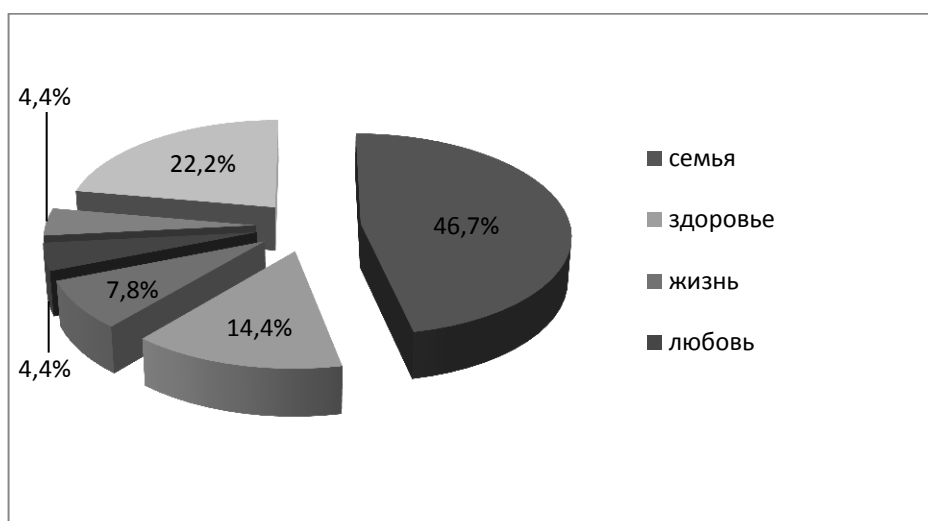
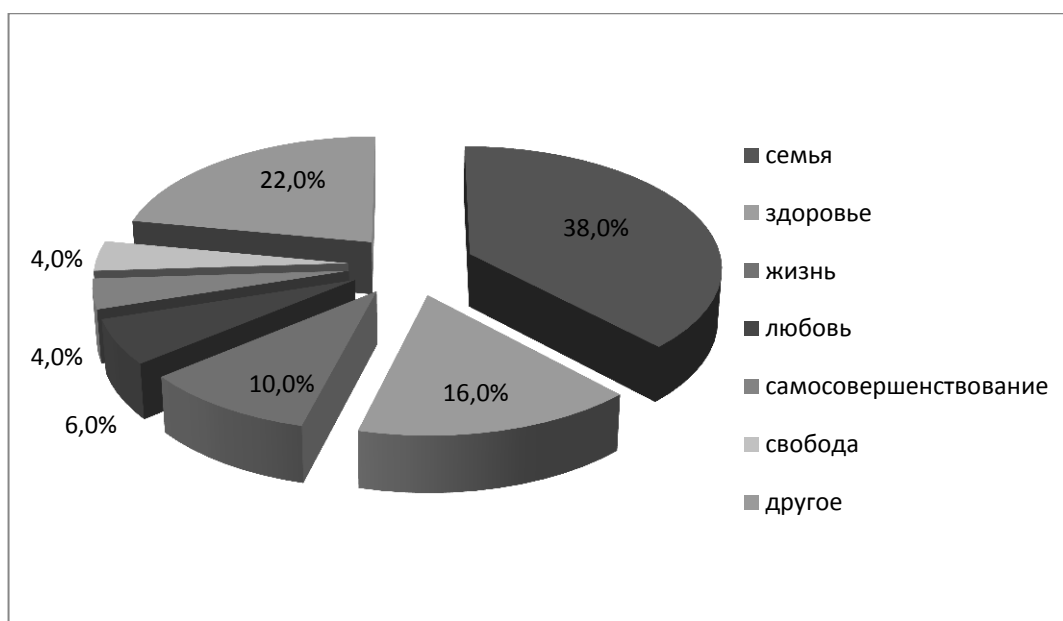


Диаграмма 2

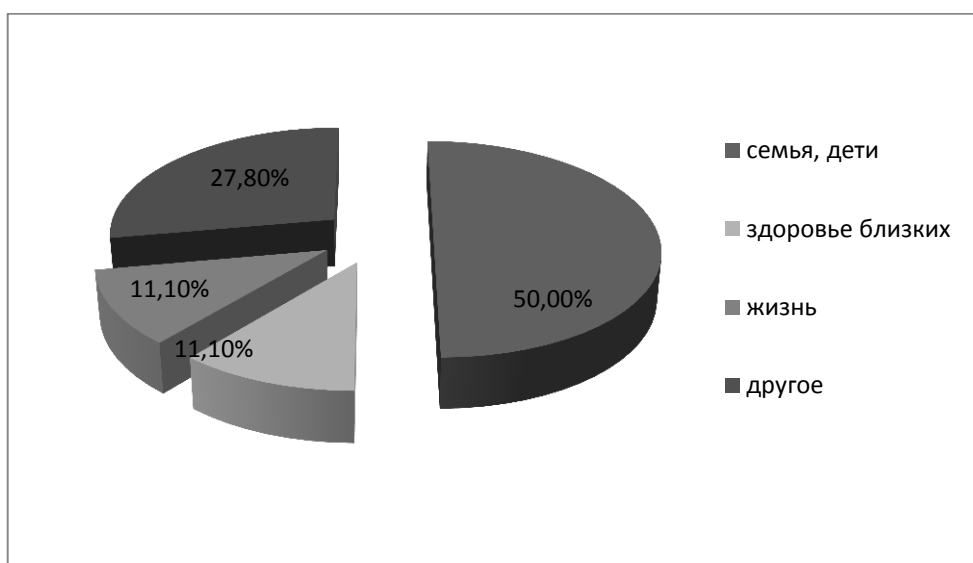
Ценностные ориентации студентов лечебного факультета



В качестве жизненных ценностей также были названы гармония, знания, счастье, время и цель

Диаграмма 3

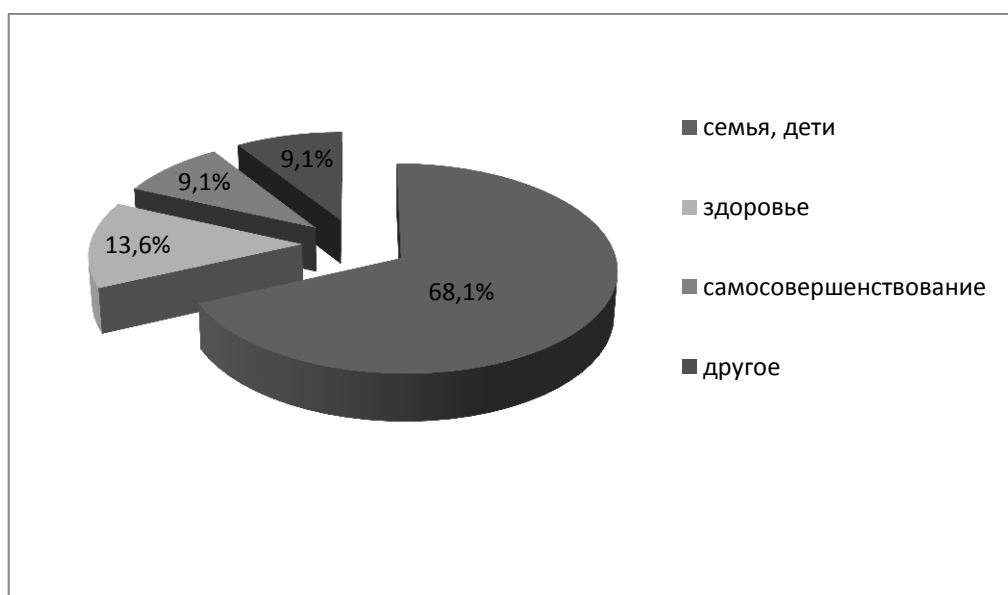
Ценностные ориентации студентов педиатрического факультета



Студенты педиатрического факультета выбирали в качестве главной жизненной ценности радость, любовь, положительный баланс жизни.

Диаграмма 4

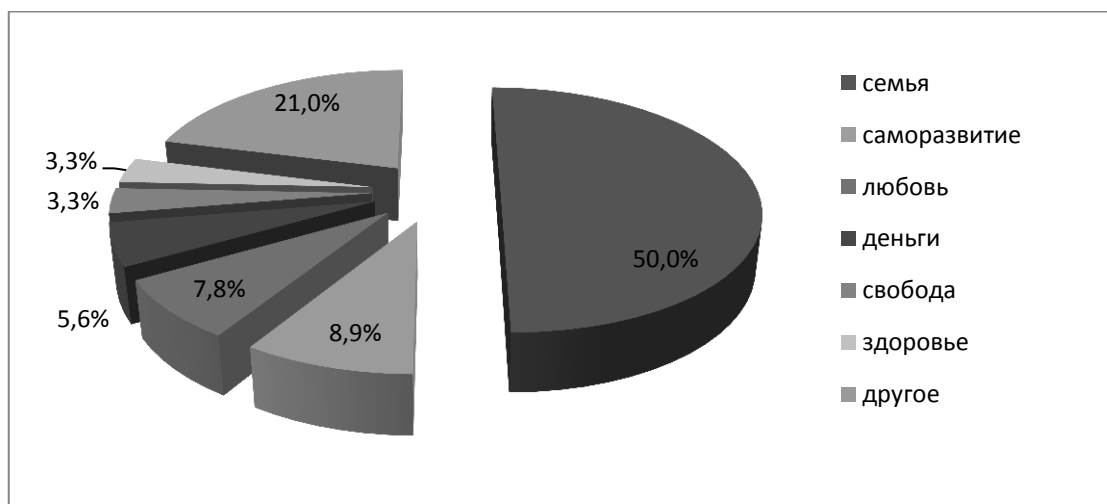
Ценностные ориентации студентов стоматологического факультета



Для студентов стоматологического факультета одной из приоритетных ценностей является человечность (4,5%).

Диаграмма 5

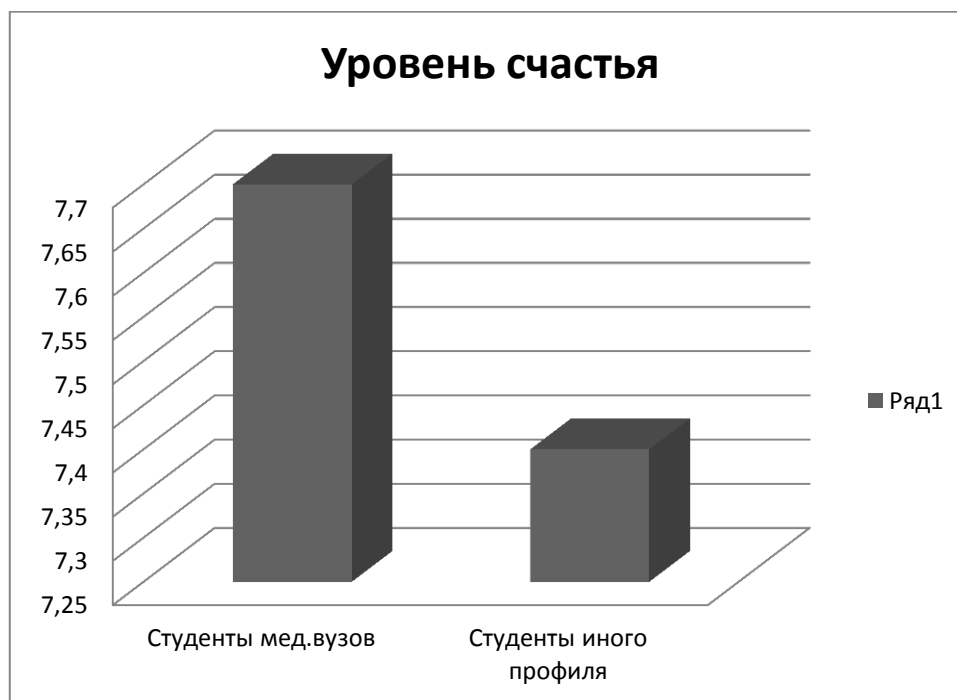
Ценностные ориентации студентов других специальностей



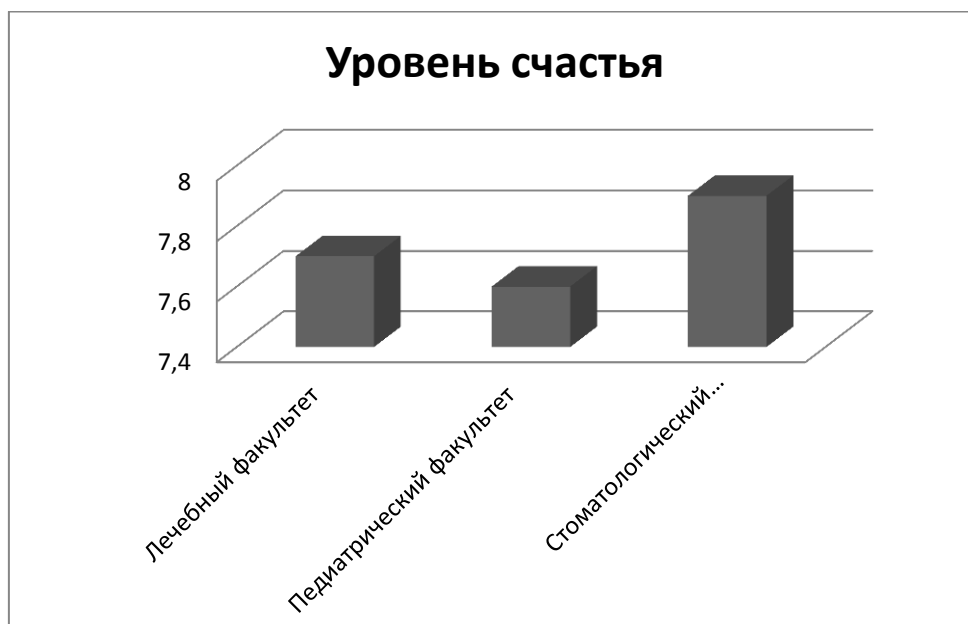
В рейтинге жизненных ценностей студентов других специальностей также присутствуют добро, честность, опыт, карьера, мудрость, забота и справедливость.

Диаграмма 6

Уровни счастья студентов медицинского вуза и студентов иного профиля



Уровни счастья студентов медицинского вуза по факультетам



Итак, проанализировав ответы 180 студентов, мы видим, что у представителей медицинского вуза в ядро базовых ценностей входят семья, здоровье и жизнь. У студентов иных профилей основу составляют семья, саморазвитие и любовь.

Тенденция к материальной направленности ценностей не обнаружена среди опрошенных студентов-медиков. У студентов других специальностей материальные блага в качестве главной жизненной ценности встречаются в 5,6% случаях, что тоже не может говорить о повсеместной распространённости данного явления среди современной молодёжи.

Уровень счастья студентов медицинского вуза составил 7,7, что на 0,3 выше, чем у студентов иного профиля обучения.

Результаты, полученные в ходе нашего опроса, в целом, совпадают с общепризнанными. В процессе обучения происходит формирование медицинского мировоззрения.

### Список литературы:

1. Белоконева Е.В. Гуманистическое ценностное основание высшего медицинского образования // Гуманизация образования. 2009. № 6. С. 44–50.
2. Коваль Н.А. Психология духовности личности. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, 1996.
3. Слостёнин В.А., Чижакова Г.И. Введение в педагогическую аксиологию. М.: Академия, 2003.
4. Татаркевич В. О счастье и совершенстве человека / сост. и пер. с пол. Л.В. Коноваловой; предисл. и общ. ред. Л.М. Архангельского. М.: Прогресс, 1981.
5. Студенчество в многонациональных мегаполисах и крупных городах России: этническое самосознание и межэтнические отношения : сб. материалов по результатам социол. исслед. / А.Н. Покида [и др.] ; под общ. ред. А.В. Журавского. М., 2008.

# ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

МАКЕЕВА Татьяна Дмитриевна,

ГАСАНОВА Айшан Тахир кызы

Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет

кафедра гуманитарных наук

2 курс. Педиатрический ф-т

Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ

МАКУЛИН Артем Владимирович

Зависимость от «социальных сетей», которая вспыхнула несколько лет назад за рубежом, охватила и Россию. В наше время довольно трудно найти человека, у которого не было бы своей странички в той или иной социальной сети. Они стали своеобразным электронным эквивалентом реальной жизни, местом, где общаются, находят новые знакомства. Почему социальные сети пользуются такой популярностью в мире? Как отражается виртуальное общение на психике человека? Социальные сети расширяют круг общения или наоборот просто сковывают людей и делают их замкнутыми?

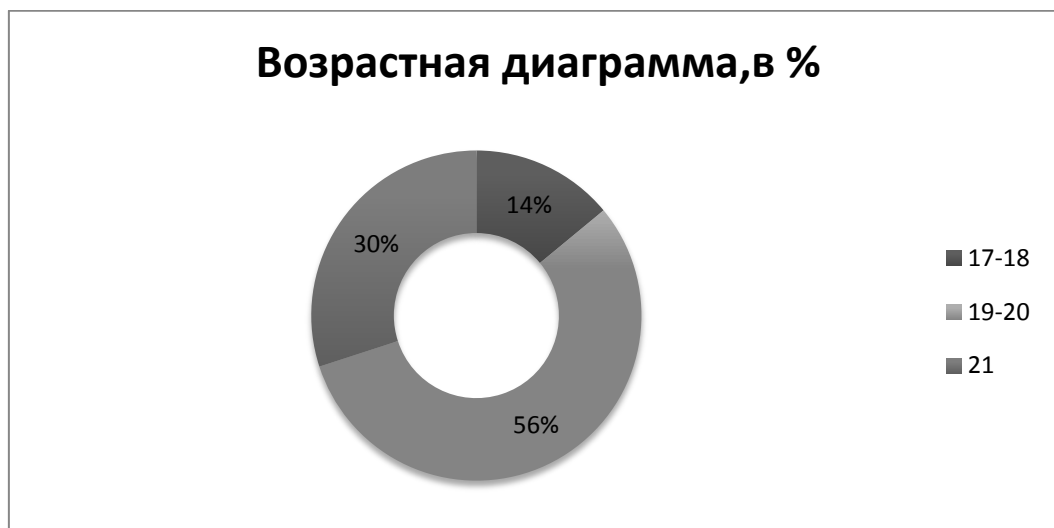
Интернет, то есть социальные сети, предоставил возможность людям, которые раньше общались, но затем «потерялись», найти друг друга и наладить контакт. Увлечшись глубоким поиском старых друзей и родственников, человек даже не замечает, как его виртуальная жизнь выходит на первый план, причем настойчиво смещая реальную.

У каждого современного человека есть явные и скрытые потребности, которые он стремится удовлетворить, это может быть потребность в общении, самореализации, а социальная сеть даёт ощущение удовлетворения этих потребностей. Но, к сожалению, происходит уход от реальности, подмена реального общения на виртуальное, которое как бы даёт ощущение удовлетворения потребностей. Чем больше он получает общения через социальную сеть, тем больше ему хочется виртуального общения, а потребность всё также остаётся по-прежнему неудовлетворённой, ему сложнее жить реальной жизнью.

Мы поставили **цель**: выявить степень зависимости социальных сетей на жизнь современной молодёжи. Для этого нами было проведено анкетирование, в котором приняло участие 50 студентов СГМУ в возрасте от 17 до 21 года. Из них 38 девушек (76%) и 12 юношей (24%).

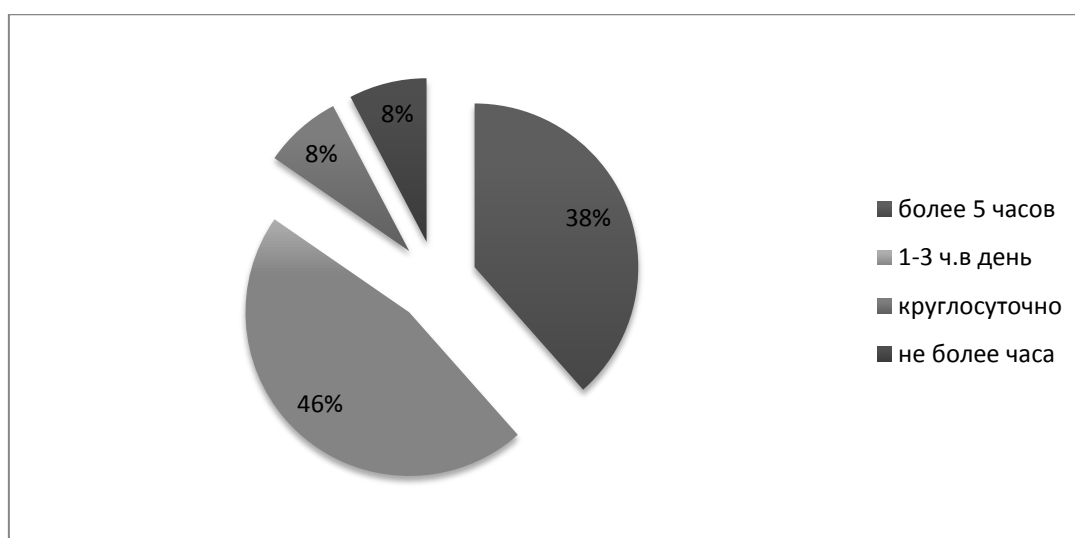
Результаты анкетирования показали, что достаточно высокий процент респондентов посвящают много времени социальным сетям, тем самым нанося вред своему здоровью и собственному развитию. Представленные ниже диаграммы демонстрируют это наглядно:

Диаграмма 1



1. Количество часов в день, которое тратят студенты на социальные сети, в %

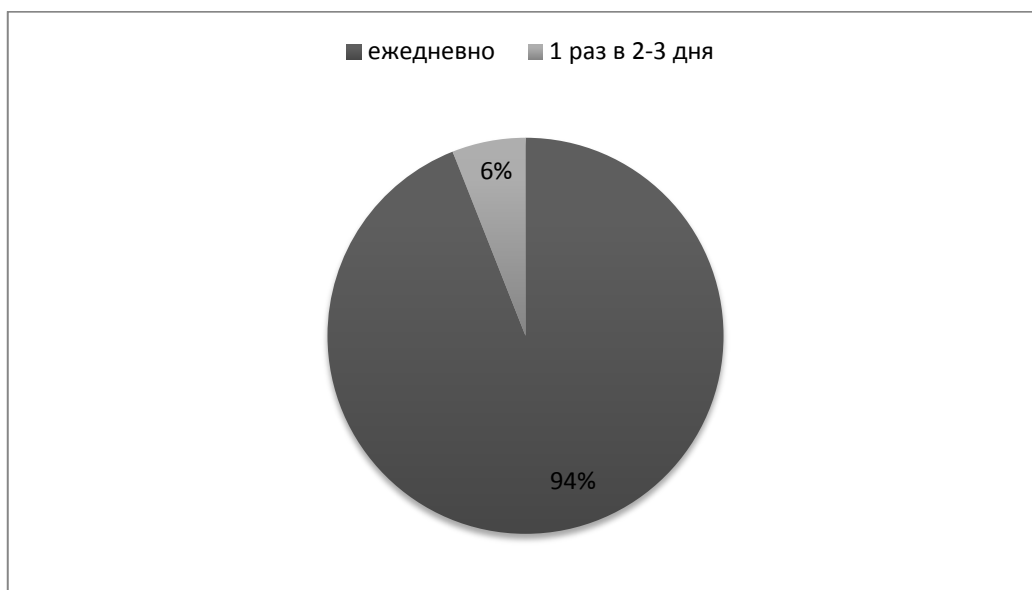
Диаграмма 2





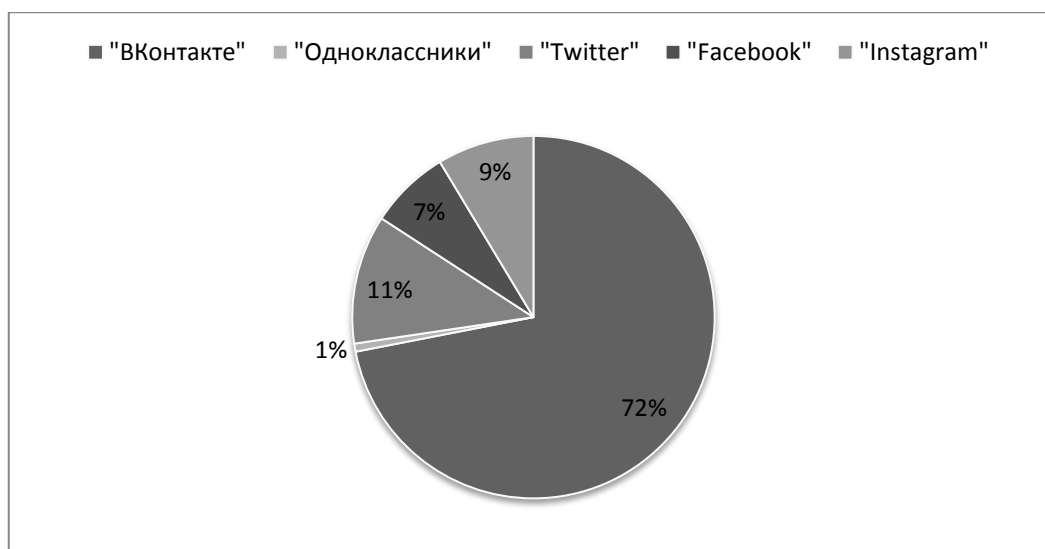
## 2. Частота посещения социальных сетей, в %

Диаграмма 3



## 3. Социальные сети, в которых зарегистрированы респонденты, в %

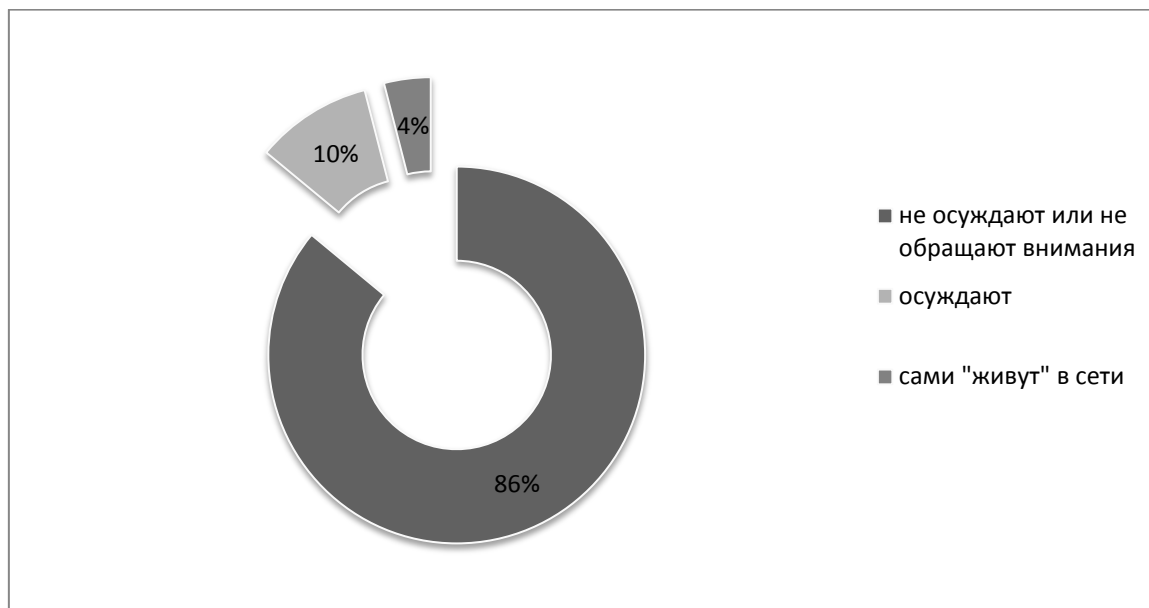
Диаграмма 4



4. На вопрос: «Предпочитаете ли вы виртуальное общение реальному?» 94% ответили отрицательно, а остальные 6% ответили, что всё-таки виртуальное общение лучше, чем реальное.

## 5. Отношение к людям «в сети», в %

Диаграмма 5



Из данного опросы мы выяснили, что большой процент опрошенных уделяет много времени социальным сетям. Самой популярной социальной сетью является «В Контакте». Высок процент студентов, которые посещают сети ежедневно (94%), что не является хорошим показателем. Среди опрошенных даже есть те, кто предпочитает виртуальное общение реальному.

В большинстве случаев молодые люди регистрируются в социальных сетях с целью:

- повысить свое настроение;
- найти старых друзей и всегда быть «в контакте».

Постепенно это приводит к попаданию в зависимость, к торможению развития человека как личности, ухода из реального мира в виртуальный. Молодые люди становятся похожими на «зомби». Плюс к этому, проведение долгого времени возле компьютера с развлекательной целью отрицательно влияет на здоровье.

Интернет-зависимость наносит ущерб особенно отношениям с семьей и друзьями, очень влияет на выполнение повседневных обязанностей, полноценный сон, чтение книг, просмотр телепередач, занятия спортом, хобби, социальные контакты (посещение концертов, хождение в гости, кино и т.п.)

Острая тяга к пользованию сетевыми ресурсами – это, можно сказать, болезнь, которая может возникать из-за каких-либо личностных или психологических проблем, из-за желаний, которые не реализовались, а также скрытых комплексов и трудностей в общении, ведь в виртуальном мире намного легче выразить себя, создать идеальный образ. Для молодежи огромное значение имеет осознание собственной защищенности и

анонимности, чего нет при живом общении. Происходит полная замена реальных отношений виртуальными.

Самыми популярным являются социальные сети, с помощью которых молодёжь пытается выразить себя, создать свое виртуальное «Я». В них молодые люди пытаются рассказать о своих достижениях, «подвигах», талантах, надеясь получить общественное признание и восполнить недостающее общение.

Почему социальные сети – зло?

Несомненно, вред от социальных сетей есть. К этому выводу уже пришли все, кто только можно: психологи, ученые исследователи, аналитики, маркетологи и т.д. Но есть и свои положительные моменты.

**Минусы влияния** социальных сетей на человека:

1. Потеря основного времени.

Такое проведение свободного времени негативно сказывается на здоровье людей, а в особенности молодых. Все врачи единогласны: «Не стоит проводить в социальных сетях слишком много времени. Не сидите долго за компьютером перед сном – многообразие смешанной информации раздражает нашу психику, сон становится более беспокойным, а на утро появляется такое ощущение, что мы недостаточно хорошо отдохнули».

2. Утрата способности поддерживать простой разговор при общении с глазу на глаз.

Сегодня у психологов возникает сомнение в том, умеет ли современная молодежь общаться? Общение в виртуальном режиме подразумевает несоблюдение правил грамматики и пунктуации, составление простых предложений, использование бедного словарного запаса, замену эмоций смайликами.

3. Потеря денег.

Проводя много времени в социальных сетях, мы теряем и потенциальный доход.

4. Компромат, досье.

Можно собрать досье практически на любого человека. Причем такую информацию можно использовать в самых разных целях.

5. Социальные сети вредят психологическому здоровью.

Они вызывают интернет-зависимость.

**Плюсы влияния** социальных сетей на человека:

1. Социальные сети предоставляют огромные возможности: здесь можно посмотреть любой фильм, послушать музыку, почитать научные статьи, книги, скачать аудиозаписи.

2. Оказание незаменимой помощи в учебе.

Во-первых, они служат глобальным коммуникационным каналом – студенты могут обмениваться конспектами, рефератами и презентациями с одноклассниками.

Во-вторых, любой может вступать в сообщество, посвященное какой-либо тематике. Для этого в интернете есть ссылки на актуальную литературу,

видео- и фотоматериалы, существует возможность обсудить проблемные вопросы с другими людьми.

Мы выяснили, что большинство из опрошенных молодых людей страдают зависимостью от социальных сетей, уделяя им слишком много времени. К тому же, они не осуждают или вообще не обращают внимания на таких же, как они. Тем самым, мы предполагаем, что они не собираются отказываться от виртуального общения и менять жизнь. Чтобы помочь человеку осознать серьёзность данной проблемы, нужно проводить беседы о вреде социальных сетей, а самим «зависимым» от виртуального общения стараться уделять больше времени своим хобби, внешности, семье и, безусловно, своему здоровью, и не заменять общение с друзьями буквами, символами и смайлами в сети.

### **Список литературы:**

1. Громова Л.А. Этика управления. СПб., 2007.
2. Гусейнов А.А., Апресян Р.Т. Этика. М., 2003.
3. Кришталёва Л.Г. Философия и этика поступка. СПб., 2010.

## **ПРИНЦИП ПРОЛИФЕРАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СНК**

**МАКУЛИН** Артем Владимирович  
Архангельск, Россия

Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
канд. филос. наук, заведующий КГН  
E-mail: Art-makulin@yandex.ru

Развитие познания всегда предполагает постановку сложных вопросов и определение новых областей знания. В академической науке фундаментальные объекты исследования рождаются из двух источников: системы актуальных задач развития общепринятой научной парадигмы, призванной корректно и «понятно» решить в новом ключе традиционные проблемы и попыток анализа научных аномалий, не поддающихся решению старыми методами.

В этом процессе немаловажную роль играет студенческая наука, которая лишь отчасти может соревноваться с академическими кругами, и при всем этом, она, тем не менее, обладает очень важным правом – правом ставить достаточно причудливые вопросы и отвечать на них с помощью не всегда общепризнанных предположений.

Студенты, в отличие от профессиональных ученых, по определению вынуждены быть смелее, чем маститые исследователи, т. к. их еще не тяготит страх ошибиться, сделать в рамках исследования что-то не так, как это принято в академической среде. Студенты еще как бы не впитали в себя стереотипы, комплексы и культуру профессиональных ученых разных школ. Другими словами, они находятся вне «дисциплинарной матрицы»

традиционного научного сообщества и могут посмотреть на нее как сторонние и свободные от разного рода обязательств наблюдатели.

Взгляд со стороны дает множество преимуществ, т. к. студенты-исследователи зачастую еще не являются представителями каких-либо школ и направлений. Главное в такой позиции стороннего наблюдателя – это возможность увидеть то, что не представляется возможным почувствовать изнутри. Сторонняя позиция позволяет анализировать доминирующую научную культуру представителей научного сообщества со стороны, т. е. видеть внешнюю сторону «дела». В связи с таким обстоятельством принцип пролиферации в рамках студенческой науки может быть доминирующим, т. к. именно умножение теорий увеличивает горизонт мышления, позволяя ставить неожиданные вопросы и задачи.

Не секрет, что студенческие теории, скорее всего, будут без труда опровергнуты сообществом профессиональных ученых. В девяноста девяти процентах из ста студент бессилён против академической парадигмы, разделяемой тысячами знаменитых ученых. Но, в процессе опровержения смелых альтернативных теорий, всегда есть шанс появления новых научных «аномалий», которые и являются двигателем научного поиска в целом.

Рано или поздно каждый молодой исследователь войдет внутрь дисциплинарной матрицы, усвоит модели и культуру мышления в рамках той или иной научной школы, потеряет способность смотреть на свою школу со стороны, критиковать ее. Он будет сосредоточен на защите и подтверждении парадигмы только собственной научной школы, членом которой он пожелал быть. Это превращение обязательно произойдет, так как быть изгоем в научном мире крайне сложно как по карьерным, так и по финансовым обстоятельствам.

Именно поэтому, первоначальные «непарадигмальные» установки студента могут быть использованы в качестве средства, обеспечивающего новый взгляд на вещи. Безболезненный непарадигмальный период в жизни любого молодого исследователя длится достаточно недолго именно потому, что академическое сообщество не рассматривает его теории всерьез. Это позволяет новатору что-либо утверждать, без опасения быть подвергнутым всеобщей критике со стороны академического сообщества. Также самому студенту-исследователю нельзя забывать, что он находится во вдвойне выгодном положении, т. к. даже в случае маловероятной академической критики, он лишь выиграет по причине того, что она даст ему бесценную рекламу и привлечет внимание других исследователей к его концепции.

Именно этот, в каком-то смысле, «сенситивный» период в жизни молодых исследователей, не должны терять из виду преподаватели университетов, желающие воспитать будущих многосторонних и нетривиально мыслящих ученых.

Все вышесказанное не означает, что студенческая наука должна превратиться в хаос бессмысленных теорий, рекламных ходов, бессистемную и бездумную эклектику взглядов, шокирующих антигуманных гипотез и

экспериментов [1; 2]. Новый взгляд должен быть гармоничным эквигибриумом между дисциплиной и творчеством.

В итоге, творческая разнородность теорий может увеличить шанс появления полезных эволюционных мутаций в «теле» науки. Именно наличие позитивной и конструктивной гибкости поможет науке более успешно эволюционировать и приспособляться в мире постоянной конкуренции за знания.

Примечательны в этом смысле слова Поля Фейерабенда, часто критикуемого за так называемый «методологический анархизм» и концепцию пролиферации: «Может возникнуть впечатление, будто я рекомендую некоторую новую методологию, которая индукцию заменяет контриндукцией и использует множественность теорий, метафизических концепций и волшебных сказок вместо обычной пары теория – наблюдение. Разумеется, такое впечатление совершенно ошибочно. В мои намерения вовсе не входит замена одного множества общих правил другим; скорее я хочу убедить читателя в том, что всякая методология – даже наиболее очевидная – имеет свои пределы» [3, с. 52].

### **Список литературы:**

1. Жилин В.И. «Против метода» П. Фейерабенда как предупреждение – «возможно всё» // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2011. № 3(9), ч. I. С 40–44.
2. Соловьев А.А. Преимущества методологического плюрализма в образовании // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 7: Философия. 2011. № 1 (13). С. 128–130.
3. Фейерабэнд П. Против метода: очерк анархистской теории познания. М.: АСТ; АСТ Москва; Хранитель, 2007.

## **СТУДЕНЧЕСКАЯ СЕМЬЯ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ**

**НЕВЗОРОВА Дарья Александровна**  
**СУХАНОВСКАЯ Антонина Александровна**  
**Архангельск, Россия**

**Северный государственный медицинский университет**  
**кафедра гуманитарных наук**

**3 курс. Стоматологический ф-т**

**Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ**  
**МАКУЛИН Артем Владимирович**

Одной из важнейших задач работы с молодежью в современном обществе является создание условий для благоприятного существования молодой семьи. Молодая семья, в большей степени, чем зрелые семьи, нуждается в помощи общества и государства, в создании условий для реализации важнейших функций. Многие семьи складываются в период учебы, ведь время учебы у большинства студентов совпадает с тем временем,

когда встречается «вторая половина» и, конечно же, каждый из них задумывается о создании семьи, но возникает ряд проблем, которые мы и рассмотрим в нашей статье.

Создавая семью, молодые люди сталкиваются с множеством разнообразных проблем, таких как: совместимость характеров, преодоление различных кризисов, планирование рождения ребенка и его воспитание, экономика, профессиональный рост членов семьи.

Из вышесказанного следует, что актуальность данной темы очевидна и в данный момент, так как к студенчеству относится большая группа населения, а также, государственная политика, направленная на демографический рост, увеличение рождаемости и здоровье население, заинтересована проблемами семей, в том числе и студенческой.

**Цели и задачи:** В нашем исследовании под студенческой семьей понимается такая, в которой оба супруга – студенты дневного отделения. Поставлена цель: раскрыть социально-экономических и психологических проблем возникающих в студенческих семьях. Задачи: 1. Показать возможные проблемы создания студенческой семьи; 2. Выяснить мнение студентов о создании семьи.

Для реализации цели исследования нами была составлена и апробирована анкета, которая помгла узнать мнение студентов о создании семьи в университете и проблемах, которые с этим связаны.

Исследование было проведено на базе ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» среди студентов 3 курса стоматологического факультета. В нем участвовали 80 человек в возрасте от 18 до 21 года.

Студентам была предоставлена анкета следующего образца:

1. Ваш пол (м, ж)
2. Возраст
3. Курс
4. В каком возрасте вы планируете жениться/выйти замуж? чем обосновано ваше решение?
5. В каком возрасте планируете завести детей? сколько детей вы бы хотели? чем обосновано ваше решение?
6. Как вы считаете, совместима ли учеба и семья? чем обосновано ваше решение?
7. Как вы считаете, что мешает студентам заводить семьи и детей в университете?

Таким образом было опрошено: девушек – 56 и юношей – 24. Получены следующие результаты.

*По вопросу 4:*

Два респондента планируют жениться/выйти замуж до 23 лет, т. к. уверены, что смогут совместить учебу и семью.

54 планируют выйти замуж/жениться в 23–25 лет, т.е сразу же после университета.

20 собираются жениться/выйти замуж в более старшем возрасте, объясняя это тем, что поначалу должны создать какую-то материальную базу для обеспечения своей семьи.

Четверо студентов уже женаты/замужем.



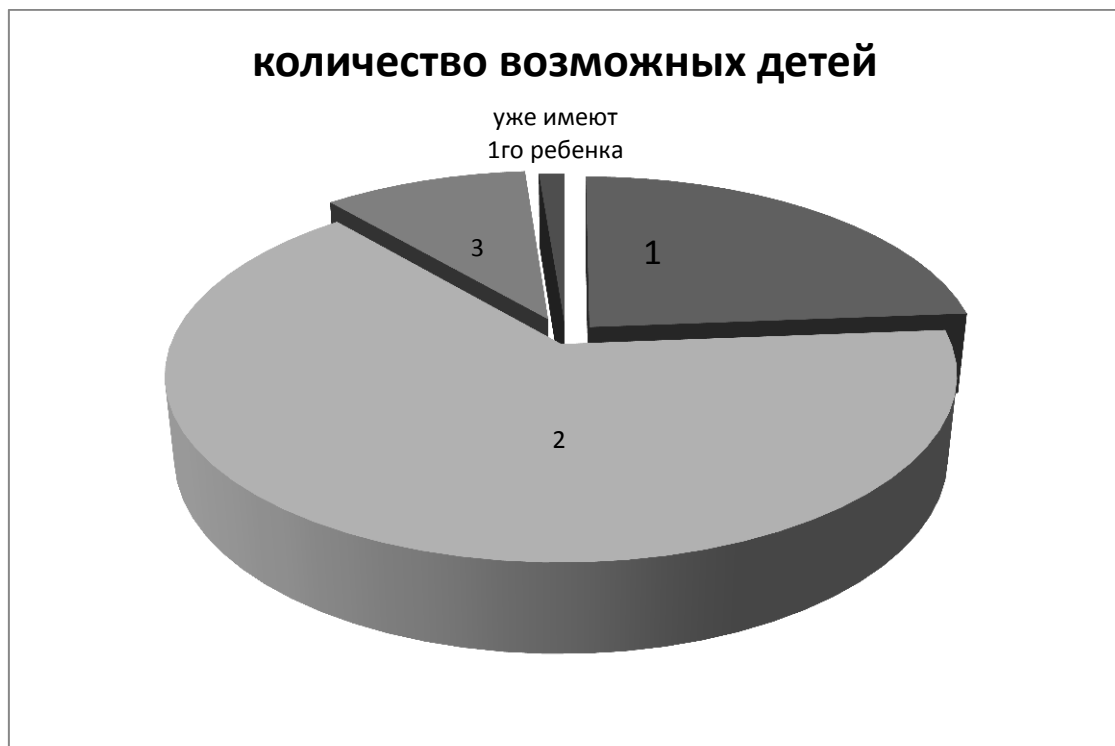
По вопросу 5:

19 респондентов планируют завести одного ребёнка;

52 респондента хотят завести двух детей;

8 человек планируют завести трех и более детей;

1 из опрошенных уже имеет одного ребёнка.





*По вопросу 6:*

54 студента считают, что учеба не совместима с созданием семьи, т.к.:

а) учеба требует много времени, также как и семья, поэтому стоит выбрать что-то одно;

б) в студенческое время нужно еще погулять, а уже потом заводить семью;

в) нет возможности обеспечивать свою семью материально или хотя бы жильем.

9 студентов считают, что вполне возможно совмещать учебу и семью, если не заводить детей.

13 студентов думают, что если есть желание, а главное возможности, семья вполне совместима с учебой.

4 студента данного курса уже вышли замуж/женаты и все они считают, что семья и учеба совместимы.



*По вопросу 7:*

На первом месте проблемой студенты видят отсутствие обеспечения студенческим семьям помощи государства;

на втором месте среди причин стоит невозможность совмещения работы и учебы, что затрудняет материальное положение;

на третьем месте – отсутствие жилья;

и на четвертом месте стоит ряд других причин: желание «погулять», желание сосредоточить все свое время на учебе и т. д.

Проанализировав ответы, мы делаем выводы: Студенческие семьи создаются и развиваются по общим законам. Им присущи типичные черты обычной молодой российской семьи.

Большинство опрошенных студентов видят создание семьи после окончания университета.

Студенческая семья также характеризуется большей зависимостью от родителей и государства, т. к. единственный источник доходов – стипендия или, иногда, плюс незначительный заработок;

Студенческая семья сталкивается с такими же материально-бытовыми проблемами, как и любая молодая семья. Особую позицию здесь занимает жилищный вопрос, т. к. не все учебные заведения дают возможность получить семейные общежития.

Отказываются от создания семьи в период обучения студенты по следующим причинам: желание сосредоточить все своё внимание на учёбе, либо уделять больше времени себе и своей личной жизни.

### **Список литературы:**

1. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи: учеб. пособие для вузов. М.: Изд-во МГУ, 1996.
2. Гурко Т.А. Родительство в изменяющихся социокультурных условиях // СоцИс. 1997. № 1. С. 72–79.
3. Карцева Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества // СоцИс. 2003. № 7. С. 92–100.
4. Федотова Ю.В. Проблема понимания кризиса семьи // СоцИс. 2003. № 11. С. 137–141.
5. Черняк Е.М. Социология семьи: учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ИТК «Дашков и К», 2003.
6. <http://works.doklad.ru/view/c27fpLSy-ZM/2.html>

## **ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

**САВИНА Наталья Петровна**  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
2 курс, 8 гр. Педиатрический ф-т  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович

Эмоциональное выгорание – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением обязанностей. Синдром эмоционального выгорания (далее СЭВ) – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные

психотравмирующие воздействия [3], состояние эмоционального, психического и физического истощения, вызванное чрезмерным и длительным стрессом. С точки зрения физиологии, умственный труд не столь энергоёмкий по сравнению с физическим, но стоит отметить, что к перенапряжению, например, скелетной мускулатуры наш организм имеет биологическое приспособление, предохраняющее от перенапряжения, а к чрезмерному нервному утомлению такой защиты нет, и наступает либо торможение, либо перевозбуждение центральной нервной системы, что может привести к расстройствам, СЭВ, депрессии [2]. СЭВ широко изучен в сферах профессионально деятельности, однако в последнее время стали появляться статьи по поводу его наличия у студентов, особенно студентов медиков.

Актуальность данной темы заключается в состоянии здоровья студентов. Так, по некоторым данным, в Амурском ГУ общий уровень выявленных патологий составил 110,9%. Аналогичная тенденция наблюдается в негосударственном Гуманитарном университете (Екатеринбург), где в 2010 г. выявлено 115,12% патологий. Эти показатели свидетельствуют о том, что уже на каждого студента первого курса «приходится» одно заболевание [4]. Учитывая эти данные можно утверждать, что психоэмоциональное перенапряжение только ухудшит ситуацию.

Отличие студентов-медиков от студентов других вузов состоит в том, что среди них СЭВ встречается чаще. Они, как и врачи, склонны к сокрытию симптомов психических девиаций, вегетативных и соматических заболеваний. Влияет неадекватная учебная среда (не оправдавшие себя ожидания освоения профессии уже на младших курсах; высокий уровень учебных нагрузок, напрямую не связанных с медициной; ограничения в проявлении творческих способностей), а также личностные и ролевые факторы (неопределенность в своей будущей специальности; личностные особенности — нейротизм, эгоцентричность, интровертированность и др.).

**Цель** нашего исследования: установить уровень эмоционального выгорания студентов II курса Педиатрического факультета СГМУ. Для этого были выявлены его основные признаки и проведен социологический опрос 30 студентов.

Стрессоры, влияющие на развитие тревожно-стрессовой реакции человека, С.А. Разумов разделил на четыре группы [3]:

1. Стрессоры активной деятельности
  - а. экстремальные
  - б. производственные
  - в. стрессоры психосоциальной мотивации
2. Стрессоры оценок
  - а. «старт»-стрессоры и стрессоры памяти
  - б. побед и поражений
  - в. зрелищ
3. Стрессоры рассогласования деятельности
  - а. разобщения

## б. психосоциальных и физиологических ограничений

### 4. Физические и природные стрессоры

Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен учёбой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах.

Фазы развития СЭВ [3]:

– Фаза «напряжения». Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и пускающим механизмом в формировании эмоционального выгорания.

– Фаза «резистентности». Формирование защиты происходит на фоне неадекватного избирательного эмоционального реагирования, расширения сферы экономии эмоций.

– Фаза «истощения». Характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится прочной структурой личности.

Основные признаки СЭВ[3]:

– первый признак – истощение. Оно определяется как чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, однако возобновляются по возвращении в прежнюю учебную ситуацию.

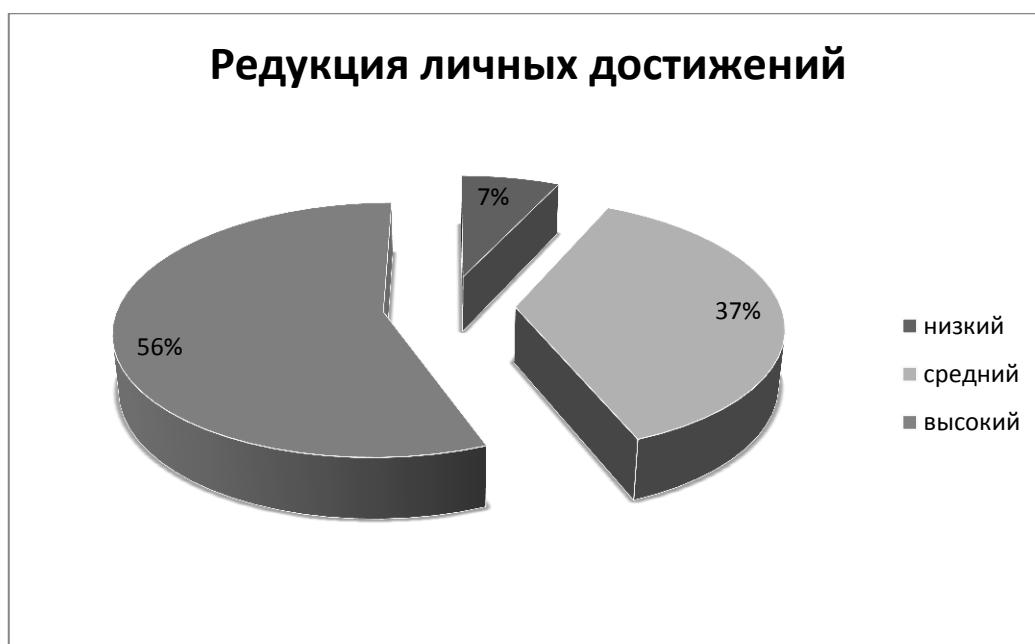
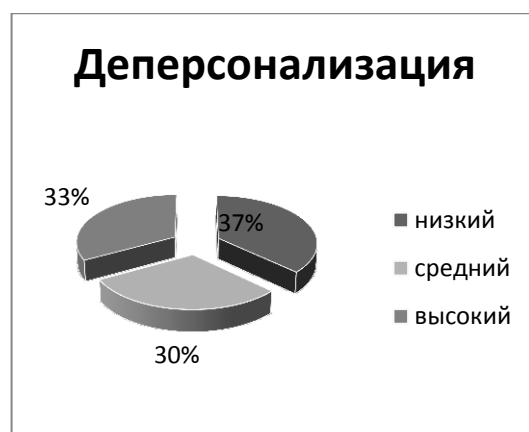
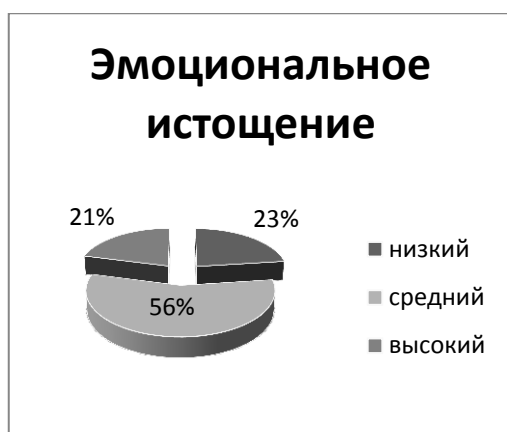
– второй признак – личностная отстраненность. Утрачивается интерес к учёбе (предмету), который плохо воспринимается, теряется внимательность, активность.

– третий признак – ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания. Студент не видит перспектив в своей образовательной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности. Развивается цинизм или безразличие.

30 студентов второго курса Педиатрического факультета СГМУ согласились ответить на 22 утверждения анкеты о чувствах и переживаниях, связанных с учёбой. Ответы были проанализированы и оценены по частоте проявления данных утверждений.

Результаты: у 56% эмоциональное выгорание среднего уровня, у 21% – высокого уровня. Уровни деперсонализации: низкий – 37%, средний – 30%, высокий – 33%. Также у 56% опрошенных – высокий уровень редукции личностных достижений, у 37% – средний, и только у 7% – низкий.

На диаграммах представлены результаты анкетирования:



На основе этих данных можно сделать вывод о высокой степени психоэмоциональной нагрузки, которая приводит к развитию синдрома эмоционального выгорания.

Для профилактики СЭВ рекомендуются занятия спортом и здоровый образ жизни, тренировка своей психики путём глубокого самоанализа.

Студентам первого курса трудно адаптироваться к учебным нагрузкам, старшим курсам трудно с ней справляться. Студенты находятся в постоянном стрессе, это – ожидание воздействия, контрольных, а особенно экзамена. Чередующиеся стрессогенные ситуации расшатывают как психическое, так и физическое здоровье. Нужно учиться бороться с ним для дальнейшего обучения. Одним из методов борьбы является спорт, который помогает снизить перенапряжение и укрепить физическое состояние.

От далеких предков нам досталось не только тело, требующее тренировки, но и психика, о чем писал известный ученый, хирург Н.М. Амосов: «Психика или биологические чувства способны превращаться в пороки или в недостатки. Первый из них – лень»[1]. А постоянное чувство усталости, вызванное стрессовыми напряжениями, вызывает очень похожее

состояние, многократно усиливая уже упомянутую так называемую биологическую лень.

### **Список литературы:**

1. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. М.: АСТ; Донецк, Сталкер, 2002.
2. Мелешко Т.А., Вашкевич К.С. О некоторых аспектах стрессовых состояний студентов // Современные и традиционные системы оздоровления и единоборства – выбор приоритетов: сб. науч. ст. участников III Междунар. науч.-практ. конф. «Инновационные процессы в физическом воспитании студентов IFFA–2012», Минск, 21–23 марта 2013 г. Минск, 2013. С. 69–75. URL:<http://elib.bsu.by/bitstream> (10.11.2013).
3. Миронова Е.В. Лекция: «Синдром эмоционального выгорания в работе врача» [электронный ресурс]. URL: <http://uchebana5.ru/cont/1885605.html>
4. Соловьёва М.И., Агалина М.О Проблема информационного стресса в учебной деятельности студентов ВУЗа // III Общероссийская студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум», 15–20 февр. 2011 г. URL: <http://www.rae.ru/forum2011/pdf/1013.pdf>
5. Ямалетдинова Г.А. Социальные и личные аспекты здоровья студентов вузов. URL: [http://nauka2020.ru/Yamaletdinova\\_231012.pdf](http://nauka2020.ru/Yamaletdinova_231012.pdf)

## **СНОВИДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**ФИРСОВА Карина Игоревна  
МУСАЕВА Ильяна Вадимовна  
Архангельск, Россия  
Северный государственный медицинский университет  
кафедра гуманитарных наук  
3 курс. Стоматологический ф-т  
E-mail: [KarinaFIRS@yandex.ru](mailto:KarinaFIRS@yandex.ru)  
Науч. рук.: канд. филос. наук, зав. каф. КГН СГМУ  
МАКУЛИН Артем Владимирович**

*Я провел во сне треть моей жизни,  
и эта треть отнюдь не худшая  
Альберт Эйнштейн*

Каждую ночь, засыпая, мы попадаем в другой мир. Оставаясь в состоянии абсолютного физического покоя, мы путешествуем по удивительному пространству, которое называется сновидением. Погружаясь в него, мы оказываемся в нематериальном пространстве, где главным действующим лицом становится наша душа. И большинство из нас не задумывается, почему нам иногда снятся «такие» сны, которые, вспомнив утром, мы приходим то в ужас, то в радость. Даже задумавшись над этим вопросом, многие просто не могут найти на него обоснованный ответ.

Ещё во времена Фрейда в науке считали, что сновидения – это болезненный процесс, ответ организма на внешние и внутренние раздражители. В XIX в. интерес к данной теме возрастал стремительно.

Данная тема заинтересовала нас, ведь мы тоже часто видим сновидения и как никто другой нуждаемся во сне. Мы решили изучить понятие «сновидение» и найти ответы на интересующие нас вопросы:

1. Что же такое сновидение?
2. Почему мы иногда видим сновидения, а иногда – нет?
3. Что снится студентам медицинского университета?

Мы рассмотрим понятие «сновидение» с точки зрения физиологии, психологии и философии, попытаемся интерпретировать сновидений с точки зрения философии, выявим закономерность сновидений студентов медицинского университета в определённые периоды учебного года. Для этого был подготовлен, проведен и проанализирован опрос студентов СГМУ. Результаты представлены в данной статье.

### СНОВИДЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ

Сновидения – следствие неупорядоченной активности нейронов большого мозга при дефиците внутреннего дифференцированного торможения. В настоящее время сон в целом рассматривают как активное состояние, как фазу суточного (циркадианного) биоритма, выполняющую адаптивную функцию. Во сне происходит восстановление объемов кратковременной памяти, эмоционального равновесия, нарушенной системы психологических защит [1]. Считается, что сновидения выполняют защитную функцию, отвлекая частично неспящее сознание от различных внешних и внутренних раздражений, которые могли бы возбудить. Сновидения могут определяться мотивацией. Например, у голодного человека часто бывают сновидения, смыслом которых является поиск и прием пищи, на фоне половой доминанты возникают сновидения сексуального характера. После реализации доминанты эти сновидения исчезают. Следовательно, в сновидениях могут «осуществляться» разнообразные желания, мечты, недостижимые в реальной жизни. Сновидения могут порождать следы сильных впечатлений. Согласно психоаналитической концепции, в сновидениях происходит своеобразная разрядка подавленных биологических побуждений, присущих всем людям (неприязнь, сексуальность и проч.). Это своеобразный «дренаж» мозга, снимает избыточное возбуждение.

Характер сновидений также зависит от психоэмоционального состояния человека. Цветные сновидения чаще видят люди с художественным типом ВНД, черно-белые сновидения – люди с мыслительным типом ВНД. Независимо от типа ВНД, чаще всего цветные сны испытывают, спящие на правом боку. При положительном эмоциональном статусе в цветных сновидениях преобладают мягкие, нежные краски, полутона. При отрицательных эмоциях сновидения окрашены в красные тона, при черно-белых сновидениях черный цвет приобретает очень интенсивную выраженность. Частота сновидений в большой степени зависит от характера деятельности человека.

### СОН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФИЛОСОФИИ

Каждый из нас видел сны. Кто-то помнит каждый свой сон, а кто-то утверждает, что снов никогда не видел, но он заблуждается. Мы все видим

сны, просто не каждый способен их запомнить. Запоминаются более яркие сновидения, а обычные при пробуждении рассеиваются, как дымка. Это зависит от момента пробуждения, интенсивности и эмоциональности, а также от психологических особенностей каждого человека. Зачастую быстрое забывание содержания сновидений является механизмом психологической защиты. Дети лучше запоминают свои сны, так как они более яркие и эмоциональные. Возможно, это связано с детскими фантазиями. А для кого-то эти фантазии не прекращаются никогда и если человек постоянно удручен одними мыслями, хочет достичь чего-то большего, и мозг постоянно занят какой-то работой, разгадка рано или поздно приходит к нему во сне.

У З. Фрейда есть целая теория, написанная в отношении сновидений и снов. Вот некоторые тезисы:

1. Сновидения не являются болезненным проявлением, они – не следствие патологического процесса, а результат деятельности здорового мозга. В известной степени сновидения – полноценный психический акт, присущий нормальной человеческой психике.
2. Формирование сновидений – активная переработка информации. Эту переработку З. Фрейд называет работой сна (деятельность сновидения). Предполагается, что психоанализ воспроизводит эти процессы «в обратном» порядке. Работа сна противоположна работе анализа.
3. Внешние раздражения или раздражения со стороны внутренних органов скорее «включаются» в смысловую ткань сновидения, чем являются истинной причиной сновидений. Отсюда отрицание «рефлекторной» природы сновидений, которые являются закономерным продуктом психической деятельности спящего [5].

Нами было проведено исследование, целью которого являлся анализ сновидений у студентов медицинского университета, определение частоты и характера сновидений.

Мы опросили 80 студентов разных курсов и факультетов, из которых 40 – видят сны каждый день, 27 – периодически, 13 – вообще не представляют, что такое сновидение.

Также нами была замечена закономерность, что в разные периоды учебного года сновидения бывают различными. К примеру: в периоды летней и зимней сессий, зачётных недель из 80 опрошенных студентов 54 видят сны ужасающего характера. Они связаны, в большинстве случаев, с учёбой: не сдал экзамен, «утонул» в горе учебников, всю ночь «преследует» какой-либо преподаватель и т.д.

В межсессионный период, когда никаких зачётов и экзаменов не наблюдается, 23 студента спят «сладким» сном, не вспоминая на утро ничего, кроме мысли о том, что бодры и полны сил; 31 студент – видят приятные сновидения, после которых «просыпаться ещё больше не хочется».

Из этого опроса можно сделать вывод о том, что происходящее вокруг нас непосредственно влияет на наши сновидения, а следовательно и на наше состояние в общем, так как после плохого сна человек чувствует себя



угнетенным, уставшим и не получает насыщения от сна. Это в дальнейшем сказывается на продуктивность трудовой и другой деятельности человека.

### **Список литературы:**

1. Большая энциклопедия эрудита : Наука и техника. Изобретения. Открытия / [науч. рук. Ч. Тейлор; пер. с англ.: Д. Богомолов и др.]. М. : Махаон, 2004.
2. Кондаков И.М. Психологический словарь [электрон. ресурс]. 2000 <http://www.hgor.ru/i-kondakov-psihologicheskiy-slovar-2000-skachat-knigu.html> (10.11.2013).
3. Физиология человека: Учеб. для студентов мед. вузов / под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. 2. изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2003 (10.11.2013).
4. Философский словарь / авт.-сост.: С.Я. Подопрigора, А.С. Подопрigора. Ростов-н/Д : Феникс, 2010.
5. Херсонский Б.Г. Смысл сновидений по Фрейду // Херсонский Б.Г. Зигмунд Фрейд. Автобиография бессознательного. Киев, 1991. URL: <http://www.aquarun.ru/psih/son/son2.html> (10.11.2013)
6. Хиллман Д. Терапия, сны, воображение // Хрестоматия по глубинной психологии. М.: ЧеРо, 1996. URL: <http://www.aquarun.ru/psih/son/son8.html> (10.11.2013).

Научное издание

Медицина и гуманитарные знания:  
области соприкосновения

Материалы межвузовской научной студенческой конференции

14 ноября 2013

Выпуск 1

Составитель: *А.В. Макулин*  
Редактор: *М.А. Смирнова*  
Дизайн обложки: *О.А. Лабунец*

Отпечатано с готового оригинал-макета

---

Подписано в печать 27.03.2014. Формат 60x84 1/16. Бумага офисная.  
Печать – ризограф. Гарнитура Times New Roman.  
Печ. л. 17,5. Тираж 100 экз. Заказ № 57.

---

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»  
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51.  
Тел. (факс): (8182) 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

---

Типография «КИРА»  
163061, г. Архангельск, ул. Поморская, 34, тел. 65-47-11.  
e-mail: oookira@atnet.ru