

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА  
ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ОТДЕЛ ПО ДЕЛАМ РЕЛИГИЙ И НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ  
ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



**IV Международная  
МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

# **Проблемы врачебной этики в современном мире**

**ТЕЗИСЫ**

**17 мая 2008 г.**  
**г. Витебск,**  
пр-т Фрунзе, д. 27,  
конференц-зал  
административного  
корпуса ВГМУ



Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет

Витебская епархия Римско-католической Церкви  
в Республике Беларусь

Совет по делам религий и национальностей  
Витебского облисполкома

IV Международная  
медицинская конференция

# ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Тезисы



Минск  
Издательство «Про Христо»  
2008



Дорогие братья и сестры во Христе!

17 мая 2008 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с ВГМУ проводит IV Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.



## Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь

13 октября 1999 г. Святой Памяти Слуга Божий Иоанн Павел II установил Витебскую епархию, совпадающую территориально с границей Витебской области. Первым епископом Витебской епархии назначен Владислав Блин, настоятель кафедрального костела Найсвятейшей Девы Марии в Могилеве.

Священнослужители Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь уделяют большое внимание душепастырской работе среди пациентов и медработников больниц области. Регулярно принимается исповедь у пациентов больниц; уделяются таинства Евхаристии, Крещения, Елеепомазания больных. Ежедневно священники посещают больных пациентов, уделяя им таинства и неся духовную поддержку.

В рамках фестиваля «Дни христианской культуры в Витебске» организовываются благотворительные выставки изобразительного искусства, детского творчества, концерты для больных и сотрудников учреждений здравоохранения области.

По инициативе и с благословения епископа Витебского Владислава Блина в 2005 г. впервые в Беларуси проведена Международная медицинская конференция «Проблемы врачебной этики в современном мире». Проведение таких конференций стало традицией, они проводятся с тех пор ежегодно в мае–июне. В работе конференций принимают участие врачи и представители духовенства из Белоруссии, России, Украины, Польши, Литвы, Хорватии, России и Швейцарии.

Священники Витебской епархии и студенты-католики теологического отделения исторического факультета Витебского государственного университета им. П. М. Машерова принимают участие в Международных конференциях «Студенческая медицинская наука XXI века».



Витебский государственный  
ордена Дружбы народов  
медицинский университет

Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет — одно из крупнейших высших учреждений образования в Республике Беларусь. В настоящее время в его стенах проходит обучение более 6 тысяч студентов и слушателей. Более 500 студентов из 30 стран мира обучаются на факультете подготовки иностранных граждан. Структуру вуза образуют 7 факультетов, 57 кафедр, центральная научно-исследовательская лаборатория, отдел научно-исследовательской информации, информационный центр, библиотека, редакционно-издательский полиграфический центр, спортивные залы и стадион. Университет издает 5 научно-практических журналов, многотиражную газету «Медвузовец».

Университет поддерживает и развивает разносторонние контакты в сфере медицинского образования и подготовки кадров, научных исследований и информационного обеспечения с рядом крупнейших учреждений Российской Федерации, СНГ и дальнего зарубежья.

В университете используется проблемное обучение, интеграция в преподавании общенаучных, профессиональных и специальных дисциплин. На всех кафедрах используется трехэтапная система оценки знаний студентов (компьютерное тестирование, практические навыки, устное собеседование). Кафедры оснащены современными автоматизированными средствами обучения, наборами муляжей и фантомов, сложным лечебно-диагностическим оборудованием. По всем дисциплинам изданы учебники, учебные пособия, печатные курсы лекций. В университете функционируют молодежные организации, многочисленные спортивные клубы и коллективы художественной самодеятельности.

## IV Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие ученые, медицинские работники и священнослужители из Беларуси, России, Украины, Хорватии, Швейцарии.

### **Спонсоры:**

Unifarm, Inc, Berlin-Chemie, Nycomed, Abbott.

### **Направления работы конференции:**

- Биоэтика в современной медицине
- Профилактика алкоголизма и наркомании в современных условиях
  - «Культура жизни» против «культуры смерти» — духовные аспекты борьбы с абортами и эвтаназией
  - Современная фармакотерапия и улучшение качества жизни больного человека

**Регистрация** участников конференции состоится 17 мая 2008 г. в административном корпусе Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета с 9.30 до 10.00 (г. Витебск, пр. Фрунзе, 27).

**Официальные языки конференции:** русский, белорусский, английский.



## ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

10.00

### **Открытие конференции и приветствие участников**

Его Преосвященство викарный епископ Минско-Могилевский **Антоний Демьянко**;  
ректор Витебского государственного ордена «Дружбы народов» медицинского университета профессор **Дейкало Валерий Петрович**

10.10

### **Этика и врачебные будни в больнице и в обществе так называемого «благополучия»**

Господин **Анджей Пазера** (Швейцария)

10.30

### **Как воспитывают...**

Д-р медицины господин **Антун Лисец** (Хорватия)

10.50

### **О кодексе врачебной этики ортопеда-травматолога**

**В. П. Дейкало**, д-р мед. наук, профессор каф. ортопедии и травматологии; **К. Б. Болобошко**, канд. мед. наук, доцент каф. ортопедии и травматологии; **Э. А. Аскерко**, канд. мед. наук, зав. каф. ортопедии и травматологии (г. Витебск, Беларусь)

11.00

### **Обед**

11.30

**Врачебная этика, технизация  
и компьютеризация медицины**

*Н. Г. Харкевич*, д-р мед. наук, профессор (ВГМУ, г. Витебск, Беларусь)

11.40

**Профессиональная мораль и наука выживать**

*Л. В. Лукина*, канд. ист наук, доцент (Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины, г. Витебск, Беларусь)

11.50

**Некоторые аспекты «культуры смерти»  
в современном обществе**

*О. В. Огирко*, канд. физ.-мат. наук, доцент каф. философии (Львовская национальная академия ветеринарной медицины им. С. З. Гжицкого, г. Львов, Украина)

12.00

**Актуальные проблемы в ветеринарной биоэтике**

*Г. А. Лапицкий* (Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины, г. Витебск, Беларусь)

12.10

**Биомедицинские аспекты охраны  
и формирования здоровья детей в современной школе**

*Г. А. Ампилогова* (г. Орел, Россия); *М. Н. Нурбаева* (Витебский государственный университет им. П. М. Машерова, г. Витебск, Беларусь)

12.20

**Современная медицинская деонтология  
как ценностный ориентир  
профессиональной деятельности врача**

*А. М. Мясоедов*, ст. преп. каф. социально-гуманитарных наук (ВГМУ, г. Витебск, Беларусь)

12.30

**Духовность и изменение демографической  
ситуации в Беларуси**

*Л. Я. Ермолова, Я. С. Сипайло* (Витебский государственный университет им. П. М. Машерова, Витебская областная клиническая больница, г. Витебск, Беларусь)

12.40

**Первородный грех и болезнь**

Священник *Сергей Суринович*, магистр богословия (г. Витебск, Беларусь)

12.50

**Эвтаназия, Церковь и общество**

Священник *Виктор Мисевич*, магистр богословия (г. Витебск, Беларусь)

13.00

**Формирование рациональной психологической  
поддержки больных онкологического профиля**

*П. В. Подрез* (ВГМУ, г. Витебск, Беларусь)

13.10

**Социальные проблемы формирования  
здорового образа жизни подрастающего поколения**

*Н. Т. Медвешкая*, канд. мед. наук, доцент; *Т. М. Базыленко* (ВГУ им. П. М. Машерова, г. Витебск, Беларусь)

13.20

**«Культура жизни» на территориях,  
загрязненных радионуклидами**

**Л. С. Соколова** (ВГУ им. П. М. Машерова, г. Витебск,  
Беларусь)

13.30

**«Витрум Кардио Омега-3 ПНЖК»  
в лечении и профилактике заболеваний  
сердечно-сосудистой системы**

**С. Гроховский**, представитель фирмы «Unipharm, Inc.»

13.40

**Препараты, улучшающие качество жизни  
больного человека**

**С. А. Сундеев**, представитель фирмы «Abbot» (г. Витебск,  
Беларусь)

13.50

**Дискуссия**

14.10

**Заключительное слово**

Генеральный викарий Витебской епархии ксендз-прелат  
**Франтишек Кисель**

14.30

**Экскурсия в Областной литературный музей,  
осмотр экспозиции живописи «Здесь, там и везде».**

Тезисы IV Международной  
медицинской конференции

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ  
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

# ФОРМИРОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**П. В. Подрез**, студ. 2-го курса лечебного факультета;  
**А. В. Мороз**, стар. преп. каф. общественного здоровья  
и здравоохранения  
УО «Витебский государственный медицинский университет»  
**г. Витебск, Беларусь**

**Актуальность.** Вопросы биомедицинской этики и деонтологии особенно актуальны в онкологии. Это, в первую очередь, связано с неоднозначностью подходов к этиологии злокачественных новообразований (ЗНО) и широко распространенным среди населения мнением о неизлечимости ЗНО. Серьезной биоэтической проблемой, влияющей на линию поведения врача-онколога, является необходимость проведения у многих больных больших по объему хирургических операций с удалением органа в целом или его части, а также своеобразная психологическая реакция больных ЗНО, причем, по данным ряда исследований у 40–50% больных ЗНО возникает депрессия [1, 3].

Два принципиальных положения определяют тактику врача по отношению к онкологическим больным: оптимальное использование медицинских технологий должно осуществляться с позиций рациональной психотерапии; все больные с ЗНО подлежат лечению. Деятельность врачей должна быть лично ориентирована и индивидуализирована. Содержание сообщения о болезни должно определяться характером и стадией заболевания, отношением больного к предлагаемому лечению, социальным и семейным статусом, а также характером и поведением больного [2].

**Цель.** На основании особенностей динамики психологического состояния онкологических больных предложить мероприятия по психологической поддержке больных, формированию адекватных психологических установок относительно ЗНО и их лечения.

Материал и методы исследования. В работе использованы аналитический метод и метод динамического наблюдения.

Результаты исследования. При онкологических заболеваниях на каждой стадии диагностики и лечения важен психологический статус больного. При этом врач является основным звеном в его формировании.

Психологическое состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников о наличии у него онкологического заболевания, проходит через пять основных стадий психологической реакции: отрицание или шок, гнев, «торговля», депрессия, принятие.

Первая стадия очень типична. Больной начинает консультироваться со многими специалистами, многократно проверяя полученные данные в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращаться к врачам.

Вторая стадия характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной на врачей, на общество, на родственников и судьбу. Зачастую больные выражают свой гнев на несправедливость ситуации.

Третья стадия — это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни у самых разных инстанций самыми различными методами.

На четвертой стадии больные понимают всю тяжесть своей ситуации, однако у них практически не остается сил для борьбы. При этом они избегают своих друзей, перестают заниматься обычными делами, стараются быть в одиночестве. В такой ситуации надо как можно больше поддерживать больных и заботиться о них.

Пятая стадия — это наиболее рациональная психологическая реакция, где больные настроены на лечение.

Люди, оказывающие психологическую поддержку и лечение, должны действовать в соответствии с той стадией, на которой находится больной.

Больные нередко отказываются от оперативного лечения т. к. их пугает последующее неполноценное существование. Врач должен убедить больных в необходимости такого вмешательства. Наряду с этим следует максимально смягчить тревогу

больных по поводу дальнейшего существования. Это возможно путем убеждения в необходимости сохранить жизнь и здоровье для блага семьи и детей, объяснения характера работы, которую сможет выполнять заболевший, разъяснения того, каким путем удастся скрыть от окружающих имеющийся дефект.

Мотивом отказа может стать неверие больного в возможность излечения. В таких случаях должна быть проведена спокойная разъяснительная беседа, в процессе которой нужно убедить больного, что окончательный диагноз возможен только посредством морфологической верификации, в то время как отказ от лечения приведет к распространению процесса и тогда возможность излечения станет сомнительной.

Причиной отказа может явиться стойко сохраняющееся среди части населения представление о возможности излечиться травами или домашними, нередко ядовитыми средствами. В таких случаях следует заострить внимание больного на опасных осложнениях, указав в зависимости от пораженного органа на возможность кровотечения, перфорации, перитонита.

Иногда основным мотивом отказа от лечения является реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным нужно разъяснить серьезность положения, подчеркнув, что заболевание будет прогрессировать, и объяснить, что риск операции намного меньше, чем опасность самой болезни. Если в подобных случаях приходится говорить об опухоли, то это должно быть сказано не в виде достоверности, а только как серьезное предположение.

После выписки из стационара у части выздоровевших больных нередко наблюдается астеническое состояние, чувство тревоги, подавленности, повышенной мнительности. При этом всякое нарушение самочувствия расценивается как признаки метастазов: легкое недомогание, подкожные липомы и фибромы, уплотнение послеоперационных рубцов, кожные высыпания трактуются как рецидив заболевания. Подавленное состояние после лечения может привести к появлению синдрома самоизоляции, который проявляется потерей интереса к жизни, ощущением одиночества, затрудненным общением с семьей и окружающими. Иногда синдром самоизоляции бывает



настолько выражен, что приводит больного к суицидальным попыткам. Перед врачом стоит задача добиться того, чтобы депрессия уступила место синдрому вытеснения болезни, т. е. чтобы излеченные больные перестали придавать значение диагнозу ЗНО.

Таким образом, в создании условий по поддержке онкологических больных важная роль отводится врачам и медицинским работникам, при поддержке родственников и социальной среды. Врач должен обсудить с родственниками оптимальную линию поведения, избегая как чрезмерной опеки, так и упреков в мнительности при наличии жалоб. Это особенно важно в первые месяцы после излечения больного.

Также важное значение придается формированию позитивных установок со стороны социума в целом относительно больных и заболеваний ЗНО. При этом необходима своевременная социальная адаптация больных посредством адекватного решения вопросов об их рациональном трудоустройстве. Своевременно данное разрешение на выполнение определенных видов работ оказывает благотворное влияние на самооценку личности в обществе и способствует убеждению больных в реальности выздоровления.

**Выводы.** Таким образом, в зависимости от психологического состояния больных и стадии патологического процесса должна выстраиваться врачебная тактика. Личностно ориентированный индивидуализированный подход позволит как повысить эффективность проводимого лечения, так и снизить процентную долю отказов от него. При этом необходима психологическая поддержка не только со стороны врачей и медицинских работников, но и со стороны родственников и социальной среды. Обучение приемам психологической поддержки необходимо включать в программы подготовки студентов и переподготовки медицинских кадров.

### **Литература:**

1. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1. С. 77–100.
2. Возный Э. К., Малова Ю. В. Индивидуально-психологиче-

ский подход в комплексном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. 1999. Т. 45. № 2. С. 202–204.

3. Денисов И., Мовшович Б. Психологический статус пациента // Врач. 2001. № 12. С. 37–38.

## ETYKA A CODZIENNOŚĆ LEKARZA W SZPITALU W SPOŁECZEŃSTWIE TZW. DOBROBYTU

Dr med. *Andrzej Pazera*,  
Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej  
Szpital w La Chaux de Fonds  
*Szwajcaria*

Ekstencje, Czcigodni Księża, Szanowni Państwo,  
Bardzo serdecznie dziękuję za możliwość uczestnictwa w dzisiejszym spotkaniu. Najpierw moje podziękowania kieruję w stronę Jego Ekscelencji Księdza biskupa Władysława Błina, którego miałem zaszczyt poznać i przez jeden dzień służyć Mu pomocą w odkrywaniu Szwajcarii. Moją wdzięczność wyrażam także organizatorom tej konferencji i wszystkim uczestnikom za Wasze zainteresowanie tym właśnie tematem, który nas tutaj gromadzi. Was już po raz czwarty.

Problematyka etyki w zawodzie lekarza, a zaznaczam to już na wstępie jest dzisiaj znakiem rozpoznawczym, wybaczcie, że to powiem wprost, ale odróżnia lekarza od lekarza, a niestety dla dużej części wykonujących ten zawód zaginęła, przynajmniej w moim odczuciu, jako problem w ogóle.

Wybrałem kiedyś ten zawód nie wiedząc, że los rzuci mnie na obczyznę. Będąc pierwszy raz z Wami nie podejmuję się rozważać jakiegoś jednego tematu, ale chcę prosić Was o wysłuchanie mego świadectwa z frontu zawodowej codzienności w jakiej żyje i pracuje jako radiolog od 26 lat. Powiedziałem, że wybrałem zawód lekarski, chociaż wiem, że jest on więcej niż zawodem. Niestety dzisiaj patrzy się z podejrzaniem, uśmiechem prawie na każdego kto odważy się powiedzieć publicznie, że zawód lekarza to powołanie, bo pozwala osobie świeckiej

stanąć przy chorym i służyć Mu jak najlepiej, zgodnie ze złożoną na koniec studiów przysięgą Hipokratesa.

Ta ostatnia zginęła już raz na zawsze w bardzo wielu krajach, albo zastąpiono ją zupełnie innym tekstem, bo trzeba iść „z duchem czasów”, a te się ciągle przecież zmieniają. Jednoznaczne kiedyś słowa zastępuje się nowoczesnymi odpowiednikami, aby zatuszować prawdę, bo i tą zakwestionowano. Każdy „ma prawo” mieć swoją prawdę, wszystko jest przecież relatywne, względne, a etyka zniknęła prawie z zajęć studiów medycznych, bo jak uczyć czegoś, czego podobno nie ma, co nie istnieje jako problem. Nie waham się powiedzieć, że próba rozmowy z wieloma moimi kolegami, czy koleżankami z grona lekarskiego na temat etyki nie znajduje bardzo często nawet najmniejszego echa, lecz tylko zdziwienie lub uśmieszek.

Akademia Nauk Medycznych wydaje nam pewne nie do końca jasne i zrozumiałe wytyczne. Leczenie ma się opierać na zasadzie tzw. evidence based medicine, publikuje się guidelines, wytyczne postępowania w różnych sytuacjach klinicznych. Na szczęście jednak, konsekwencje prawne za odstępstwa od wyżej wspomnianych reguł są raczej rzadkie, bo istnieje przecież i logika i doświadczenie lekarskie.

Szpitala, kiedyś prawie wszystkie przyzakonne, z czasem mieszane, a teraz tylko prawie świeckie i dotąd państwowe, oddaje się w ręce tzw. spółek menadżerskich, które mają uczynić z nich prężne i dające dochody firmy. Coraz mniej z osiągniętych zysków dzieli się między personel, który rzeczywiście pracuje z chorym i dla chorego, a finanse i zysk przerzuca się społecznie niekontrolowanym menadżerom. W ustach tych ostatnich słowo „pacjent” ginie coraz częściej na rzecz tzw. klienta usług medycznych. Każdy gest jest elektronicznie zafakturowany, zaś współczucie, ulga w cierpieniu chorego, empatia, jako że nie dają się przeliczyć na zysk odgrywają coraz mniejszą rolę. A przecież ubezpieczenie zdrowotne jest płatne przez obywateli indywidualnie (tzw. powszechne obowiązkowe oraz pół lub całkiem prywatne – 3 rodzaje) i przy tym jest coraz droższe, to i wymagania wobec personelu leczącego są także coraz wyższe.

Dzięki skomputeryzowaniu całej branży tzw. służby zdrowia, Kasy Chorych obliczają, oceniają wydajność lekarzy. Jak szybko

pracuje, czy nie zaleca zbyt dużo badań pomocniczych, czy nie za długo trwają jego konsultacje czyli kontakt z pacjentem? Mówiąc krótko czy jest wydajny, opłacalny, rentowny dla Kas Chorych? Nie ważna jest opinia i zadowolenie pacjentów, tylko produktywność jest kryterium przydatności. W tym biegu za zyskiem i opłacalnością, chrześcijański lekarz nie może czuć się jakby tego chciał, zgodnie ze swym powołaniem. Niestety bez refundacji Kas Chorych, nawet najlepszy lekarz nie ma szans na przetrwanie i wykonywanie zawodu, a przecież musi zapewnić utrzymanie sobie, swojej rodzinie i wykształcenie swoim dzieciom.

Dlatego z radością i nadzieją brałem udział w Kongresie Lekarzy Francuskojęzycznych z Europy i Świata w Lourdes. Mam tutaj ze sobą dwie książki, podsumowania dotychczasowych Kongresów.

Wśród różnych rozdziałów w jednej z nich, powtarzając za Ojcem Świętym Janem Pawłem II mówi się o istniejących w naszym dzisiejszym otoczeniu tzw. „strukturach grzechu”. Strukturach zła przed którymi uciec nie ma dokąd. Bo przecież czyż nie jest tak rzeczywiście jeśli „lojalność wobec pracodawcy” zmusza studentkę lub studenta medycyny, czy młodego specjalizującego się lekarza do współuczestniczenia lub wykonywania zabiegu przerywania ciąży? W technicznie bardzo dobrze wyposażonych i często bardzo luksusowych szpitalach równocześnie trwają porody i zabiegi przerywania ciąży, zapłodnienia „in vitro”, instruowanie o antykoncepcji a w wielu i eutanazja.

Tak jak na 3-dniowym Kongresie w Lourdes, tak my dzisiaj tutaj w Witebsku mamy na szczęście tą jedyną szansę, aby wraz z ludźmi oddanymi całkowicie Kościołowi, a nie waham się powiedzieć zasłyszane kiedyś zdanie z tą „drugą połową powołania lekarskiego” zastanowić się jak najgodniej pozostać wiernymi naszym zadaniom i celom.

Bo chociaż w miejscu gdzie pracuję najlepsze lekarstwa, rozruszniki serca, podskórne defibrylatory, protezy stawów czy transplantacje organów są prawie codziennością, i dobrze bo chory jest celem naszej pracy, to przecież to nasze ziemskie życie, niezależnie od codziennego komfortu musi się kiedyś

zakończyć.

Dlatego wierzę głęboko, że obok sali operacyjnej, izby porodowej czy innej, w każdym prawdziwym szpitalu ogromnie potrzebna jest kaplica dla personelu jak i chorych, a także ksiądz-kapelan szpitala lub chociażby siostra zakonna.

A Kościołowi świętemu niechaj będą wielkie dzięki, za Sakramenty Święte, a szczególnie za najbardziej potrzebny w otaczającym nas świecie Sakrament Pojednania z Bogiem.

Mam nadzieję, że to moje świadectwo przyda się Państwu w obradach a jeszcze bardziej na przyszłość.

Jestem wszystkim Państwu bardzo wdzięczny, że mogłem tutaj dzisiaj być z Wami.

## МОЛОДЕЖНЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЕКТ «СКАЖИ НАРКОТИКАМ — НЕТ!»

**Я. Ю. Абрамович**, студ. 3-го курса  
отделения медико-профилактического дела;

**Е. В. Гришина**, студ. 3-го курса  
отделения медико-профилактического дела

Научн. рук. — канд. биол. наук **Т. Ю. Крестьянинова**

УО «Витебский государственный медицинский колледж»

**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность. В последние годы Республика Беларусь всё чаще сталкивается с проблемами, связанными с незаконным оборотом и транзитом наркотиков. Ввиду своего географического положения наша страна представляет большой интерес для международного наркобизнеса. Через территорию Республики Беларусь контрабандой проходят как наркотики растительного происхождения (опий, героин, гашиш и т. д.), так и синтетические наркотические средства (амфетамины и ЛСД). По данным МВД, объем конфискованной марихуаны и маковой соломки в 2006 году увеличился на 24% по сравнению с 2005 годом, а конфискация синтетических наркотиков (амфетаминов, ЛСД и т. д.) увеличилась на 40%, что свидетельствует о растущих объемах транзита наркотиков через

Республику Беларусь.

Одновременно Беларусь превращается из страны транзита в страну потребления. Число наркопотребителей неуклонно растет. В основном это молодые люди, средний возраст которых составляет 20 лет. По данным Министерства здравоохранения в 2005 году в Беларуси на учете в наркодиспансерах состояло втрое больше наркоманов, чем в 1995 году. Помимо губительного воздействия на здоровье нации, распространения ВИЧ/СПИДа и гепатита, наркомания ведет к росту преступности [1].

Цель. Создать проект, способствующий формированию у учащейся молодежи бдительного отношения к предложениям употребления наркотических и психотропных веществ.

Задачи проекта.

- выяснить уровень осведомленности учащейся молодежи о проблеме потребления и незаконного оборота наркотиков в Республике Беларусь;

- исполнить имеющиеся «пробелы» в информированности по данной тематике;

- выяснить отношение к наркотикам и психотропным веществам;

- доказать, что речь идет об опасности для здоровья;

- информировать о ложном действии «удовольствия», получаемого от применения наркотиков, и непоправимых последствиях их использования;

- оценить эффективность проекта.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования была учащаяся молодежь школ, средних специальных учебных заведений города, а также дети и подростки в возрасте от 10 до 17 лет, отдыхавшие в летнем детском оздоровительном лагере «Березка». Предметом изучения был уровень информированности учащейся молодежи о проблеме потребления и незаконного оборота наркотиков в Республике Беларусь, а также отношение к наркотикам и психотропным веществам.

Для решения поставленных задач применялась анкета, выявляющая отношение молодежи к наркотикам и психотропным веществам [2]. Был разработан опросник для определения уровня осведомленности по данной проблеме. Для повышения информированности по теме «Пагубное воздействие

наркотиков и психотропных веществ» снят фильм с участием пациента Витебской областной клинической психоневрологической больницы, употреблявшего наркотические вещества более 10 лет, врача-нарколога, учащихся коллежа, начальника отдела по борьбе с незаконным оборотом наркотиков Управления внутренних дел Витебской области, а также создана компьютерная презентация, рассказывающая об основных видах наркотических и психотропных средств и их влиянии на организм. Применялись стандартные методы статистической обработки данных.

Результаты исследования. Из вопросов анкеты ключевым мы считали «Твое отношение к употреблению наркотиков и психотропных средств». На первом этапе исследования, до демонстрации видеофильма и компьютерной презентации, из 152 респондентов 2,6% ответили «положительно, сам регулярно употребляю», 5,9% — «положительно, сам иногда употребляю», ответ «это меня не касается» дали 65,8% опрошенных и лишь 25,7% ответили «отрицательно». Среди лиц, давших первые два варианта ответов, преобладали парни в возрасте от 13 до 17 лет.

Отвечая на вопросы опросника, учащаяся молодежь демонстрировала низкий уровень осведомленности о группах наркотических и психотропных веществ и их действии на организм. Из трех вариантов ответов «да», «нет», «не знаю» преобладали ответы «не знаю» — 67,8%.

Заслуживающим внимания является тот факт, что большинство опрошенных (65%), впервые узнали о наркотиках из фильмов и «на улице». И лишь 35% — в школе и от родителей. В 59,8% семей предпочитают в общении с детьми обходить данную тему.

После просмотра фильма и компьютерной презентации, сопровождающейся комментариями учащихся, существенно повысился уровень осведомленности о пагубном воздействии наркотических и психотропных веществ на организм, было дано всего 16,4% ответов «не знаю».

К сожалению, число давших положительные ответы на вопрос анкеты «Твое отношение к наркотикам» не изменилось. Используя проект, удалось снизить число «безразличных»

респондентов до 18,4%. Соответственно, отрицательно к употреблению наркотиков стало относиться 73,1% опрошенных. Большинство положительно откликнувшихся на проект находилось в возрастной группе от 10 до 14 лет

Выводы. Уровень осведомленности учащейся молодежи о пагубном воздействии наркотиков и психотропных средств является низким. 8,5% подростков, участвовавших в исследовании, постоянно или периодически употребляют психоактивные вещества. В семьях и педагогических коллективах недостаточное внимание уделяется этой проблеме. Использование разработанного нами молодежного инновационного проекта не влияет на количество лиц, применяющих наркотические средства, однако эффективно снижает количество малоосведомленных и «безразличных».

Проект может быть использован для профилактики наркопотребления среди детей и подростков в учебных заведениях на кураторских часах и родительских собраниях. Наиболее откликаемой на проект является возрастная группа от 10 до 14 лет. Для оценки эффективности проекта требуется проведение дальнейшего ретроспективного анализа.

### **Литература:**

1. Актуальные проблемы наркоситуации в молодежной среде: состояние, тенденции, профилактика / Под ред. В. С. Мельникова. М.: Центр социальных исследований Министерства образования и науки РФ, 2007.

2. Козловский Г. П. Концепция профилактики злоупотреблений психоактивными веществами в образовательной среде / Г. П. Кропоткин. М.: Образование, 2000.



## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ВЕТЕРИНАРНОЙ БИОЭТИКЕ

**Г. А. Лапицкий**, студент

Научн. рук. — **А. Л. Лях**, канд. вет. наук, доцент

УО «Витебская государственная академия ветеринарной медицины»  
**г. Витебск, Беларусь**

Гуманизация отношения к животным породила ряд актуальных проблем, требующих скорейшего разрешения с участием организаций по защите животных, ученых и врачей в области ветеринарной медицины.

Ключом к решению ряда вопросов может стать биоэтика взаимоотношений в цепи ветврач — владелец — животное. Установление единых биоэтических норм между звеньями данной цепи позволит сформулировать этический кодекс врача ветеринарной медицины, который станет путеводной нитью для врача в его научных изысканиях и профессиональной деятельности.

Одной из актуальных проблем является использование лабораторных животных в ветеринарной науке и практике. Однозначный запрет станет тормозом научных исследований, вернув науку в эпоху средневековья. Внедрение научных разработок в жизнь человека без предварительной апробации на биологических моделях представляется еще менее гуманной. Диагностика ряда опасных болезней не возможна без постановки биологической пробы.

Эвтаназия домашних животных, являясь неотъемлемой частью работы ветеринарного специалиста, делает его «палачом» в глазах других людей, оставляя негативный отпечаток в его душе и порождая внутриличностный конфликт. В этой процедуре, на наш взгляд, ветврач является такой же жертвой, как и усыпляемое им животное. Убивая животное единожды, он обрекает себя на муки совести пожизненно.

Ряд хирургических операций подвергается критике со стороны защитников животных. И действительно, косметические операции по купированию ушей, хвоста, удалению прибылых пальцев, не имеют иного смысла, кроме придания эстетической красоты, диктуемой сообществом владельцев животных.

(для выставок). Поэтому осознание владельцами животных ущербности данной тенденции избавит животных от ненужных страданий. В отличие от «эстетических» операций кастрация и стерилизация животных имеет большое социальное значение. Регулируя таким образом численность бездомных животных, мы осуществляем профилактику распространения опасных инфекционных и инвазионных болезней.

Заключение. В решении вышеуказанных проблем должен быть найден компромисс между необходимостью использования животных в ветеринарной медицине и общественным контролем за гуманностью этого процесса.

## АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*Р. И. Фидельская*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами, такими как табак, алкоголь, наркотики признается как чрезвычайно важная задача. Основной ее целью является предупреждение и уменьшение злоупотребления психоактивных веществ и его негативных последствий, как для индивидуума, так и для общества.

Исследования показали, что в корковых структурах головного мозга в момент наслаждения выделяются медиаторы — эндоэтанол и эндоморфин. Каждый человек способен вырабатывать свое собственное наркотически подобное вещество — внутренний алкоголь или внутренний морфин. Через определенное время употребления алкоголя, наркотиков или других токсических веществ подкорковые структуры головного мозга практически перестают вырабатывать медиаторы удовольствия, что проявляется синдромом абстиненции, то есть патологической зависимостью [1].

По мере употребления наркотика его действие ослабевает и для достижения прежнего эффекта наркоман вынужден увели-

чивать дозу: идет привыкание к наркотику (наркозависимость). У наркоманов в начале болезни появляется расстройство психики (раздражительность, подавленность, неспособность сосредоточиться и др.), а затем появляются признаки нарушения физического состояния: потливость, сердцебиение, сухость во рту, мышечная слабость, дрожание конечностей, расширение зрачков, исчезает аппетит. В абстинентном периоде могут возникнуть судорожные припадки и острый психоз с нарушением сознания, наплывом галлюцинаций, бредом. Нарушаются функции всего организма. Мышцы напряжены, бывают сильные мышечные боли, мышечные подергивания и судороги. По мере развития болезни наступает глубокое истощение организма, падает переносимость наркотика, прежние дозы вызывают тяжелое отравление. Больные погибают от случайной передозировки, от приема неизвестных, непроверенных веществ, от внесения в организм инфекции при инъекциях. Наступающая волевая и психическая слабость, а при некоторых формах наркомании и снижение интеллекта ускоряют нравственную и социальную деградацию [2, 3].

С целью изучения проблемы распространения потребления наркотических и токсических веществ, отношения респондентов и степени личного опыта потребления наркотиков было проведено интервьюирование и анонимное анкетирование 114 студентов третьего курса очного (64 человека) и заочного (50 человек) отделения факультета физической культуры и спорта Витебского государственного университета.

Подавляющая часть респондентов (92,9%) отрицает потребление наркотиков, 2,6% студентов признались, что один раз пробовали наркотики, а 4,4% делали это неоднократно. Среди тех, кто пробовал наркотики 2,6% принимали внутрь, 1 человек вводил внутривенно (0,87%), 7% курили. На вопрос «Знаете ли Вы, где можно приобрести наркотическое или токсическое средство?» 19% опрошенных оказались определенно осведомлены, где их можно приобрести. Респонденты называют: у знакомых, у распространителей, на улице, на дискотеке, у друзей, в барах, клубах и других местах развлечений, то есть наркотики становятся неотъемлемой частью и особенностью молодежной субкультуры, компонентом досуга молодежи.

Студенты обозначили мотивы потребления наркотических и токсических веществ:

- неуравновешенность — 6%,
- скука — 4,4%,
- мода — 3,5%,
- желание уйти от жизненных трудностей и личных проблем — 9,4%,
- познать новые ощущения — 2,6%.

На вопрос «Кто формирует Ваше личное отношение (позитивное или негативное) к токсическим и наркотическим веществам?» респонденты ответили: семья, средства массовой информации, собственные убеждения, друзья, личный опыт (не понравилось). Осведомленные сокурсники считают, что больше всего молодежь курит марихуану и употребляет коноплю, точно назвать другие наркотики затруднялись или не захотели ответить.

Основными причинами, которые удерживают от употребления наркотических и токсических веществ, студенты назвали:

- боязнь заразиться СПИДом или другой опасной инфекцией (2,6%),
- опасаются получить привыкание к наркотику (3,5%),
- отрицательные примеры из жизни знакомых (1,7%),
- боятся осуждения со стороны семьи (4,3%),
- опасение отравиться (хочу жить) (2,6%),
- забота о своем здоровье (16,6%),
- мои принципы и взгляды на жизнь (8,7%),
- веду здоровый образ жизни (4,9%),
- занятия спортом (43,8%).

У студентов заочного отделения наиболее сформированы взгляды на отрицательное отношение к наркотикам по сравнению со студентами дневного отделения.

#### Выводы:

1. Чаще всего приобщение к наркотическим и токсическим веществам происходит в возрасте до 20 лет (юноши в 3 раза чаще, чем девушки).

2. Важно, чтобы молодежь владела информацией о механизмах формирования психической и физической зависимости от наркотических веществ.

3. Целесообразно вовлечение молодых людей в беседы, дискуссии направленные не столько на изложение тематического материала, сколько на обсуждение и оценку информации, на поиск правильного самостоятельного решения.

4. Привлекать студентов факультета физической культуры и спорта, преподавателей, тренеров к антинаркотической пропаганде, так как они наиболее часто имеют общение с молодежью в неформальной обстановке (спортивная секция, туристический поход, спортивно-оздоровительный лагерь и др.) и у большинства из них сформирована мотивация к здоровому образу жизни.

Полученные данные могут быть использованы при разработке мероприятий по противодействию распространению токсических и наркотических веществ среди молодежи и студентов высших учебных заведений.

#### **Литература:**

1. Кирпиченко А. А. Психиатрия. Мн.: Выш. шк., 2001.
2. Молочко С. М. Наркозависимость: современные пути решения проблемы // Медицинские новости. 2001. № 11. С. 14–15.
3. Иванова Н., Бирун Н. Наркотики: выход есть! СПб., 2001.

## **БИОМЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ**

***Т. А. Ампилогова***

Муниципальное ОУ «Гимназия № 34»

***г. Орел, Россия***

***М. Н. Нурбаева***

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

***г. Витебск, Беларусь***

Современный человек должен усваивать огромный объем информации, которая становится всё интенсивнее. Это сложно взрослым, даже в одном направлении деятельности. А дети?

Им предстоит в школе «объять необъятное». Это, безусловно, сказывается на здоровье ребенка [1].

Поэтому так важно применение в школе здоровьесберегающих технологий, мало того, учителя призваны активно участвовать в процессах укрепления здоровья учеников.

С этой целью в разделе «Охрана материнства и детства» курса «Основы медицинских знаний» на кафедре анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П. М. Машерова» мы уделяем большое внимание изучению профилактики наиболее часто встречающихся у школьников заболеваний и обучаем будущих учителей использованию полученных знаний в процессе дополнительной профессиональной деятельности.

#### Задачи:

1. Дать студентам конкретные знания о причинах формирования заболеваний у школьников.

2. Обеспечить усвоение знаний по реальным методикам, сохраняющим и формирующим здоровье детей.

3. Научить будущих учителей использовать полученные знания в процессе основной профессиональной деятельности.

4. Подготовить студентов к участию в дополнительной работе по укреплению здоровья детей [2].

Материалы и методы. В лекции по каждой теме входит информация о причинах формирования болезней, признаках, особенностях лечения, мерах профилактики и отдельным вопросом стоит: «Что учитель должен знать об этом заболевании?».

Например: острая респираторная вирусная инфекция. Учитель должен четко знать и выполнять следующие правила:

1. Если в класс пришел ребенок с насморком, кашлем или повышенной температурой тела, его немедленно следует отправить для осмотра к школьному врачу и принять следующие меры:

а) изолировать ребенка;

б) сообщить родителям;

в) обеспечить проветривание классной комнаты; если есть возможность, облучить помещение ультрафиолетовыми лучами.

2. После клинического выздоровления ребенка, то есть получение разрешения врача на посещение занятий, ребенок

еще 2 недели нуждается в шалящем режиме:

а) он освобождается от посещения уроков физкультуры;

б) освобождается от других видов работ, связанных с физической перегрузкой и охлаждением;

в) учитель должен осуществлять контроль за тем, как ребенок оделся перед выходом на улицу из школы. Можно привлекать к этой работе обслуживающий персонал (вахтера).

3. Учитель должен повышать знания школьников о мерах профилактики ОРВИ и о правилах поведения после болезни. Для этого рекомендуются различные методы: беседы коллективные и индивидуальные, беседы с родителями, оформление санитарного уголка и выпуск санитарных бюллетеней, широкое привлечение к этой работе самих школьников. Удобно, если в школьной библиотеке есть подходящая литература (1–2 книги). Можно иметь свой сайт в Интернете, где можно подготовить для учеников небольшую, но качественную подборку материалов.

Так мы разбираем каждое заболевание, рекомендуемое для рассмотрения учебной программой, указывая на необходимость использования в процессе школьных занятий здоровьесберегающих и здоровьесформирующих методик для сохранения и укрепления здоровья детей.

Использование этих методик на базе муниципального образовательного учреждения «Гимназия № 34» г. Орла показало, что качество здоровья детей становится выше и количество повторных заболеваний и осложнений после болезни у детей существенно снижается.

#### Выводы:

1. Рекомендуемая нами методика подготовки будущих учителей к сохранению и укреплению здоровья детей является простой и эффективной.

2. Эта методика доступна к применению в каждом вузе и для каждого педагога.

3. Она обеспечивает профилактику наиболее часто встречающихся у детей заболеваний, что соответствует основным концепциям современной биомедицинской этики.

4. Одновременно повышается качество профессиональной этики учителя.

## Литература:

1. Школьные технологии. М., 2003, № 3. С. 191–193.
2. Инновации в образовании. М., 2004, № 2. С. 90–103.

## УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ УРОВНЯ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

**Е. П. Боброва**, каф. анатомии, физиологии  
и валеологии человека

Научн. рук. — д-р биол. наук, проф. **Прищепа И. М.**,  
д-р мед. наук, проф. **Доценко Э. А.**

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность. Погода часто не только влияет на самочувствие человека, но вызывает иногда резкие патологические изменения в организме. В этом случае говорят о метеолабильности или о метеопатической реакции организма человека. Профилактика метеотропных реакций дает возможность значительно ослабить влияние на метеочувствительных людей неблагоприятных погодных факторов и предупредить отрицательные последствия [1, 2].

Профилактика метеотропных реакций предусматривает проведение необходимых лечебно-оздоровительных и режимных мероприятий для каждого пациента с повышенной метеочувствительностью.

С учетом медицинского прогноза лечащий врач вносит необходимые коррективы в схему лечения, отменяет или назначает дополнительно лекарственные средства, лечебные процедуры. Профилактика и лечение метеотропных реакций направлена на повышение адаптационных возможностей и общей устойчивости организма к неблагоприятным погодным условиям. Они сводятся к соблюдению общегигиенических требований, рационального режима труда, отдыха, питания, правил психогигиены, а также к занятиям физической культурой.



Выделяют три вида метеопрофилактики [1]:

1. Разовые метеопрофилактические мероприятия проводят при получении информации о предстоящей неблагоприятной погоде и назначают больным со скрытой метеочувствительностью на 1–2 дня.

2. Текущие метеопрофилактические мероприятия назначают больным с клинически выраженной формой метеочувствительности, они занимают продолжительное время (3–5 дней), такую профилактику усиливают во время погоды III–IV типов.

3. Сезонную метеопрофилактику проводят в виде медикаментозных и немедикаментозных лечебных курсов, преимущественно в переходное время года (весна, осень), т. е. когда чаще повторяются периоды неблагоприятной погоды.

В настоящее время вопросам диагностики, лечения и профилактики метеотропных реакций человека уделяется всё больше внимания. В то же время анализ данных литературы указывает на то, что многие аспекты этой важной проблемы остаются нерешенными.

В связи с этим целью данной работы было определение уровня метеочувствительности у здоровых лиц и у больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы исследования. В эксперименте участвовало 382 здоровых и больных бронхиальной астмой (БА) добровольцев в возрасте от 3 до 60 лет, которые по возрастной структуре делились на четыре группы: первая — дети до 14 лет, вторая — от 15 до 17 лет, третья группа в возрасте от 18 до 40 лет и четвертая — старше 60 лет.

Для выявления метеочувствительности у обследуемого измеряли артериальное давление и частоту сердечных сокращений в положении сидя, затем на физиологически активных точках мочки правого и левого уха фиксировали магнитные клипсы с величиной индукции  $50 \pm 10$  мТл. Одновременно ладонные поверхности кистей и подошвы стоп укладывали на эластичные магниты с индукцией  $35 \pm 5$  мТл. Через пять минут производили повторный замер артериального давления и частоты сердечных сокращений. Низкий уровень метеочувствительности определяли по снижению систолического давления

на 0–5 мм рт. ст., средний на 6–15 мм рт. ст., высокий на 16–25 мм рт. ст. [3].

Результаты исследования. При изучении уровня метеочувствительности у практически здоровых людей определили, что среди женщин до 14 лет 72,7% имели низкий уровень и 27,3% средний. Лиц с высоким уровнем чувствительности в данной возрастной группе не обнаружили. В женской подростковой группе 50,0% обладали низкой чувствительностью, 33,3% средней и 16,7% высокой. Среди женщин в возрасте от 18 до 40 лет установлено, что 75,0% имели низкий уровень метеочувствительности, 18,8% средний, 6,2% высокий уровень. В старшей возрастной группе низкий уровень чувствительности наблюдали у 71,4%, средний у 14,3% и высокий уровень у 14,3%. Проведенный анализ среди практически здоровых мужчин показал, что в младшей возрастной группе низкий уровень метеочувствительности имели 66,0%, средний 30,0% и 4,0% — высокий уровень. При обследовании мужчин подростковой группы определили у 28,6% низкий, у 42,8% средний и 28,6% высокий уровень чувствительности к изменению климато-погодных факторов. Результаты наших наблюдений позволили установить в возрастной группе от 18 до 40 лет среди мужчин у 44,4% низкий, у 40,7% средний и у 14,8% высокий уровень метеочувствительности. Среди мужчин старшей возрастной группы обнаружили 54,5% лиц с низким, 18,2% со средним и 27,3% с высоким уровнем.

Проведенный анализ среди больных БА при определении уровня метеочувствительности показал, что среди женщин в младшей возрастной группе низкий уровень метеочувствительности имели 56,4%, средний — 35,9%, высокий — 7,7%. В подростковой группе определили 25,0% с низким уровнем чувствительности и 75,0% со средним. В данной группе лиц с повышенной чувствительностью не обнаружили. В возрастной группе от 18 до 40 лет выявили 58,6% больных БА с низким уровнем, 37,9% со средним уровнем и 3,5% с высоким уровнем метеочувствительности. В возрастной группе от 41 до 60 лет низкий уровень чувствительности наблюдали у 40,0%, средний уровень у 55,0%, высокий у 5,0%. При обследовании мужчин, больных БА, обнаружили, что в младшей возрастной

группе 60,9% имели низкий уровень, 35,9% средний и 3,1% имели повышенную чувствительность к изменению погодных условий. В подростковой группе выявили 55,6% с низким уровнем метеочувствительности и 44,4% со средним. Следует также отметить, что больных с высоким уровнем метеочувствительности в данной группе, мы не обнаружили. Низкий уровень чувствительности среди мужчин в возрасте от 18 до 40 лет регистрировали у 45,4%, средний уровень у 48,5% и высокий у 6,1%. По нашим данным в старшей возрастной группе 77,8% имели низкий уровень и 22,2% средний. По группе с высоким уровнем (в возрасте от 41 до 60 лет) данных нет [4].

В проведенных нами исследованиях установлено, что повышенная метеочувствительность у практически здоровых людей отмечалась у 8,6% лиц, средняя чувствительность у 28,6%, низкая у 62,8%. Из них 71,3% женщин с низким уровнем, 23,7% со средним уровнем и 5,0% с высоким. У мужчин 55,8% обладали низким уровнем, 32,6% средним и 11,6% высоким уровнем. В процессе исследования больных БА выявили следующий уровень метеочувствительности: 3,2% — высокий уровень, 44,4% — средний, 52,5% — низкий. У женщин 45,0% имели низкий уровень, 50,9% средний уровень и 4,1% высокий. Среди мужчин 59,9% с низким уровнем, 37,8% со средним и 2,3% с высоким уровнем.

**Выводы.** Поло-возрастной анализ показал наличие повышенного уровня метеочувствительности у людей старшей группы по сравнению с младшей: у здоровых детей метеорезистентны 65,4%, метеолабильны 34,6%; у здоровых взрослых метеорезистентны 58,8%, метеолабильны 41,2%, у больных бронхиальной астмой детей метеорезистентны 57,8%, метеолабильны 42,2%; у взрослых больных бронхиальной астмой метеорезистентны 51,6%, метеолабильны 48,4%. Отмечен у здоровых людей более высокий уровень чувствительности к изменению погодных условий у мужчин (44,2%) по сравнению с женщинами (28,7%) у больных бронхиальной астмой более чувствительны женщины (55,0%), менее — мужчины (40,1%).

#### **Литература:**

1. Григорьев И. И. Погода и здоровье. М., 1996.

2. Бокша В. Г. Справочник по климатотерапии. Киев, 1989.
3. Демещкий А. М., Цецохо А. В. Учебное пособие по применению магнитной энергии в практике здравоохранения. Мн., 1990.
4. Боброва Е. П. Оценка метеочувствительности здоровых лиц и больных бронхиальной астмой //Актуальные проблемы здорового образа жизни в современном обществе: Тезисы междунаучно-практ. конф., Минск, 15–17 апреля 2003 г. Мн., 2003. С. 225–226.

## О КОДЕКСЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ ОРТОПЕДА-ТРАВМАТОЛОГА

***К. Б. Болобошко, В. П. Дейкало, Э. А. Аскерко***

УО «Витебский государственный медицинский университет»  
***г. Витебск, Беларусь***

Развитие современных технологий обострило моральные проблемы, встающие перед медицинским персоналом. Вопрос о таком понятии, как медицинская этика, в Белоруссии по-прежнему остается открытым. Как избежать возможных конфликтов? Как достичь компромисса и избежать разногласий? Как сохранить равновесие, как, не уронив собственного достоинства, отстаивать права пациента на получение качественной помощи, соответствующей современному уровню развития медицинской науки и техники? Считаем необходимым обозначить этические нормы ортопедической практики, касающиеся вопросов взаимоотношения врача и пациента, врача и других медицинских работников, ответственности оперирующего хирурга за выбор оптимальной тактики лечения, добросовестности и честности в выполнении научных исследований и публикации их результатов.

Предлагаем хирургам-ортопедам использовать в своей повседневной работе следующие принципы врачебной этики, основанные на существующих нормах законодательства, но затрагивающие более широкий круг проблем, выходящих за рамки правового регулирования.

## **Кодекс врачебной этики ортопеда-травматолога**

1. Главное предназначение ортопедии — забота об интересах пациента. Основным направлением всех положений врачебной этики является регулирование взаимоотношений врач — пациент. Ортопед должен оказывать адекватную медицинскую помощь в рамках своей компетенции, проявляя сострадание и участие к пациенту.

2. Отношения между врачом и пациентом должны быть основаны на взаимном доверии, честности, конфиденциальности.

3. Любая деятельность врача-ортопеда должна осуществляться в рамках существующего законодательства.

4. Врач-ортопед должен сохранять собственное достоинство и репутацию, быть правдивым с пациентами и коллегами. Проявлять нетерпимость к недобросовестности врачей и медицинского персонала, случаям некомпетентности, обмана и т. п.

5. Обязательными для врача-ортопеда должны быть уважение к мнению коллег, соблюдение преемственности в лечении, когда пациент обращается со своей проблемой к разным специалистам. Врач не имеет права высказывать вслух при больном свое мнение о качестве и эффективности лечения, проведенного до этого другими специалистами.

6. Ортопед обязан предпринять все возможные меры для досконального обследования пациента на уровне, соответствующем современному развитию медицинской науки и техники.

7. На основе полученных данных всестороннего обследования, ортопед должен проинформировать пациента либо лицо, несущее ответственность за пациента, о диагнозе, возможных вариантах лечения, а также о всевозможных последствиях, связанных с лечением либо отказом от него.

8. Пациент имеет право на получение полных и объективных сведений о необходимости оперативного вмешательства, его целях и способах выполнения, альтернативных методах лечения.

9. Если по каким-либо объективным причинам врач не имеет возможности продолжать лечение пациента, он должен

принять меры по обеспечению качественного дальнейшего лечения пациента у квалифицированного специалиста.

10. Ортопед-травматолог вправе использовать в своей работе только те методы консервативного и оперативного лечения, которыми он владеет в объеме, необходимом для оказания качественной помощи на современном уровне.

11. В случаях, когда навыки и опыт врача не могут обеспечить должного уровня оказания помощи конкретному пациенту, ортопед-травматолог должен принять меры по привлечению к лечению пациента коллег — специалистов, обладающих соответствующим опытом и навыками.

12. Если условия лечебного учреждения не позволяют обеспечить оказание помощи пациенту на современном уровне, врач должен принять меры по направлению пациента в клинику соответствующего профиля.

13. Врач-ортопед обязан постоянно совершенствовать свои профессиональные знания и навыки, следить за новыми направлениями развития ортопедической науки, стремиться к внедрению в свою работу новых проверенных методов, способных улучшить результаты лечения больных.

14. Для обеспечения оптимальных условий лечения пациента врач-ортопед должен стремиться к поддержанию деловой и благожелательной обстановки в коллективе, способствуя доверительным отношениям среди врачей, медсестер и младшего медицинского персонала.

15. Спорные вопросы, касающиеся сомнительного с этической точки зрения поведения врача-ортопеда, случаев профессиональной некомпетентности, некорректного отношения к коллегам или пациентам, должны быть вынесены на обсуждение профессионального общества (общества ортопедов-травматологов) либо комиссии по вопросам врачебной этики и деонтологии.

16. В случае привлечения врача ортопеда для дачи экспертного заключения о качестве оказанной медицинской помощи в спорных случаях и конфликтных ситуациях, он должен основывать свои суждения лишь на всестороннем объективном анализе конкретного случая, без учета влияния

на принятие решения заинтересованных в конфликте сторон.

17. Врач-ортопед имеет право на саморекламу. Недопустимо предоставление ложной или несоответствующей действительности информации о своей профессиональной компетентности, а также компетенции других врачей либо медицинских учреждений.

18. Ортопед не должен требовать от пациента либо его родственников незаконной оплаты за лечение. Назначение оплачиваемых пациентом методов диагностики или лечения должно быть обусловлено только медицинской целесообразностью, а не экономической выгодой для врача либо медицинского учреждения.

19. Неэтично навязывать пациенту медицинские услуги, которые не являются необходимыми при его заболевании, а также фармацевтические либо биологические препараты с недоказанным механизмом действия и побочными эффектами.

20. Ортопед не в праве выполнять оперативное вмешательство в случае неуверенности в качестве предшествующей диагностики либо при отсутствии возможности обеспечения качественного лечения и ухода в послеоперационный период.

21. Ортопед должен предоставить пациенту объективную информацию о проведенном оперативном вмешательстве, его результатах, особенностях, возникших трудностях или осложнениях, которые могут иметь значение в дальнейшем лечении.

22. Научные клинические исследования должны выполняться в соответствии с этическими и правовыми нормами, при условии информированности и согласия пациента, который имеет право отказаться от участия в исследовании в любое время.

23. Неэтично присвоение себе чужого мнения, открытий, изобретений. Не допустимо использование в печатных работах материалов других авторов без указания источника получения информации (плагиат).

24. Ответственность за достоверность публикуемых результатов научных и клинических исследований несет руководитель данного исследования (главный автор).

25. Врач-ортопед должен стремиться к пропаганде знаний, способствующих улучшению состояния здоровья не только отдельного пациента, но и всего общества в целом. В работе врача-ортопеда должны поощряться пропаганда здорового образа жизни, участие в программах по борьбе с травматизмом и насилием.

Предлагаемый «Кодекс врачебной этики ортопеда-травматолога» нуждается, на наш взгляд, в широком обсуждении заинтересованных специалистов с последующим вынесением данной проблемы на рассмотрение Пленума правления республиканского общества ортопедов-травматологов Республики Беларусь.

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

***К. Б. Болобошко***

УО «Витебский государственный медицинский университет»  
***г. Витебск, Беларусь***

Известно, что одной из особенностей ортопедии, выделяющей ее из ряда хирургических дисциплин, является превышение возможного риска оперативного вмешательства над уровнем опасности для жизни и здоровья пациента его основного заболевания. Качество жизни пациента — субъективный фактор, зависящий от многих условий. Соглашаясь на операцию, пациент часто полагается на рекомендации врача, который, в свою очередь, находится в двойственном положении. С одной стороны, врач обязан информировать больного о возможных осложнениях и (или) неблагоприятных исходах операции. С другой — только одно перечисление вероятных неудачных исходов и возможных осложнений оперативного лечения может повергнуть впечатлительного человека в состояние психо-эмоционального шока, усилить страх перед возможным оперативным вмешательством, а то и заставит навсегда отказаться от попыток улучшить свое состояние, смирившись



с имеющимся заболеванием, ограничивающим качество жизни иногда в значительной степени. Что скрывается под четкой и лаконичной, на первый взгляд, фразой статьи Закона о здравоохранении: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента». Согласитесь, что здесь многое зависит от личности конкретного «информатора», наделенного доверием пациента. Во многих случаях пациент делегирует врачу исключительные полномочия в решении своей дальнейшей судьбы. Часто приходится слышать фразу: «Я буду делать так, как Вы скажите». А иногда больной вообще отказывается слушать о возможных осложнениях операции, оставляя право выбора за врачом. Как сделать правильный выбор?

Известно, что во многих западных клиниках оперативная активность значительно превышает аналогичный показатель ортопедических отделений. Можно ли считать данный факт глубокой убежденностью зарубежных коллег в преимуществах оперативного лечения и стабильного остеосинтеза переломов? Позволю себе привести следующий пример, ставящий под сомнение однозначность подобных суждений. В кулуарах международного ортопедического конгресса, в неофициальной обстановке, известный в кругах профессионалов травматолог (выступивший на заседании с лекцией об опыте оперативного лечения травм в его стране), опираясь на костыли, делился с коллегами историей своего заболевания. Повреждение голеностопного сустава, аналогичное полученному им во время игры в футбол, считается абсолютным показанием к оперативному лечению. Однако ортопед выбрал для себя консервативное лечение (закрытая репозиция перелома с наложением гипсовой повязки), отличный результат которого мы смогли оценить на конференции через год. А ведь данный случай не является единичным. Не секрет, что экономическая составляющая занимает не последнее место при составлении стандартных протоколов лечения той или иной патологии. А на какой позиции должна находиться эта экономическая эффективность при определении тактики лечения конкретного пациента? Ведь неуклонное следование стандартам противоречит одному из основных принципов вра-

чебного искусства — лечи больного, а не болезнь. Неспроста, по мнению многих хирургов с большим опытом работы, лучшей операцией считается несделанная, т. е. та, от выполнения которой по каким-либо причинам отказались, но исход лечения полностью удовлетворил пациента и хирурга.

Естественно, что в беседе с пациентом по поводу предстоящей операции, следует соблюдать деликатность и избегать крайностей. Хирург поликлиники снял носок и продемонстрировал свою стопу с выраженной вальгусной деформацией первого пальца пациентке, обратившейся за направлением на оперативную коррекцию аналогичной патологии. Приведенные им доводы о несущественности данного страдания для жизни и малом числе положительных результатов операции в собственной практике поликлинического ортопеда, не явились, к счастью, убедительными для молодой и активной женщины, которая испытывала физический и эстетический дискомфорт от своей проблемы.

Тем не менее, понятие добровольного информированного согласия является не просто одним из правил, а идеологией современной медицинской этики. Оно подразумевает, что любой пациент, обратившийся за медицинской помощью, должен получить полную информацию о том, каково состояние его здоровья, чем угрожает существующее у него заболевание, какие виды лечения и лекарственные препараты он может получить, какие у данных видов лечения положительные стороны и побочные эффекты, что произойдет, если он откажется от лечения. Эти сведения должны быть доведены до пациента в доступной форме. И только после получения достаточной информации он может принять окончательное осознанное самостоятельное решение о том, какой метод лечения предпочитает.

## ВРАЧ, МЕДСЕСТРА И САНИТАРКА — УЧАСТНИКИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

**Н. Г. Харкевич**, д-р мед. наук, проф.; **В. В. Становенко**,  
**О. М. Васильев**, **Л. И. Шаркова** — доценты клинической  
каф. оперативной хирургии и топографической анатомии  
УО «Витебский государственный медицинский университет»  
**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность. Вся работа медицинского персонала лечебного учреждения строится в соответствии с больничным режимом. Больничный режим — это определенный «распорядок дня» (днем и ночью — суточный). В этом распорядке четко определены права и обязанности врачей, медсестер и санитарок. Между ними складываются отношения, строящиеся на взаимной ответственности и требовательности для пользы лечения больных. В хорошем, сработавшемся коллективе все контролируют друг друга и все помогают друг другу. В формировании хороших взаимоотношений особенно велика роль дисциплины, которая служит основой для единства действий людей и гарантией успешного лечения. Больному помогает встать на ноги сердечное тепло людей в белых халатах. Где нет исполнительской дисциплины и дружеского взаимодействия, там нарушается лечебный процесс, и от этого страдают больные. Совершенно нетерпимыми являются встречающиеся еще в практике медиков случаи нарушения служебного долга, бездушия, бюрократизма и взяточничества.

Немаловажную роль в организации слаженной работы персонала играют врачи, работающие в администрации. Иногда они увлекаются частыми совещаниями, заседаниями, которые не всегда умело организованы, затягиваются на долгие часы, но тем самым достигают лишь одного — теряется интерес слушателей к решаемым вопросам и они отрываются от дела. Руководитель должен идейно влиять на подчиненных, «заряжать» их своей энергией, уметь ставить перед коллективом четкие задачи и настойчиво добиваться их выполнения. Он должен быть вежливым и доброжелательным, требовательным, но в то же время сдержанным и справедливым.

Цель. Показать взаимодействие персонала медицинского учреждения в лечебном процессе.

Материалы и методы исследования. Изучены годовые отчеты и работа хирургических отделений двух больниц: 2-ой городской клинической больницы и Больницы скорой медицинской помощи г. Витебска. Состоялись личные беседы с врачами, медсестрами, санитарками отделений, а также принималось участие в утренних врачебных конференциях и заслушивании отчетов врачей.

В годовом отчете заведующего хирургическим отделением 2-ой городской клинической больницы Ю. М. Делендика красноречиво и доходчиво отражено ежегодное динамическое улучшение лечебной работы благодаря четкому распределению работающего персонала, высокой требовательности и дисциплины.

4-е хирургическое отделение БСМП (заведующий Н. И. Пискунович) достигло блестящих успехов в операциях и выживании больных. При сопоставлении ежегодных отчетов прослеживается динамика улучшения лечебной помощи больным и устранения предыдущих недостатков. В отделениях имеются планы работ, ежедневно проводятся пятиминутки, заслушиваются отчеты врачей и медсестер.

Результаты исследования. Глубоко продуманная организация работы в хирургическом отделении играет первоочередную роль для правильного решения задач всего персонала и улучшения лечебного процесса. В обоих хирургических отделениях достигнута полная слаженность, гармоничность работающих на основе ясного понимания всем персоналом своих обязанностей и взаимоотношений. Основную роль в этом сыграли такие хирурги-ординаторы, как Ю. М. Делендик, Ю. И. Ротомский, Н. И. Пискунович, Г. Ф. Лавринович и др. Этим хирургам присущи особые черты характера: внимательность, чуткость, умение располагать к себе, гуманность, дисциплинированность, требовательность к себе и подчиненным. Им белый халат не только к лицу, но и по заслугам. Диагностические манипуляции и лечебные процедуры, операции они выполняют с четким пониманием принципов гуманности, чувством долга и полной ответственностью за свои действия.

В хирургических коллективах поставлены и выполняются задачи по улучшению качества лечения больных: разумное гармоническое распределение прав и обязанностей; при поступлении больного вырабатывается план предполагаемого лечения в соответствии с диагнозом; ответственность за лечение перед больным и коллективом; выявление совершаемых ошибок, их обсуждение и устранение.

Систематические гласные обзоры сделанных ошибок, проводимые заведующим отделением в присутствии сотрудников и молодых врачей, — это одно из лучших средств для предупреждения ошибок в будущем, для воспитания молодежи к прогрессу. Врач, умеющий сделать лучше, не боится рассказать о своих ошибках. В хирургии нет безопасных хирургических вмешательств. Сделать их как можно безопаснее — священный долг и обязанность хирурга. Профессия хирурга — ответственная и напряженная. Постоянная забота и тревога за больного, душевная боль за его страдания, являются повседневными и неотступными спутниками его жизни. Хирург должен иметь авторитет, но заслужить его не так легко. Хороший хирург появляется не чудом, он — результат отличной учебы в вузе, огромного постоянного труда и самодисциплины после окончания вуза и ежедневной великой учебы по защите человеческого здоровья.

Говоря о работе врачей в коллективе, необходимо помнить, что качество лечения больных во многом зависит от выполнения назначений врача и ухода за больными, т. е. от медицинских сестер и санитарок. Они днем выполняют назначения врача, а ночью следят за сном больных, наблюдают за состоянием здоровья тяжелобольных и беспокойных пациентов. В ночное время в палатах должен гореть не общий свет, а ночник.

Медсестры хирургических отделений знают, что внешний вид медицинской сестры имеет большое значение для выздоровления больного. Прежде всего, простота и опрятность в одежде с учетом установленной формы. Едва ли уместна мини-юбка и полуобнаженная грудь, яркая косметика, ярко лакированные ногти, длинные серьги, выбивающиеся из-под шапочки кудри или супермодная прическа. При выполнении своих обязанностей от медицинской сестры требуется исклю-

чительная внимательность и четкость выполнения назначений хирурга. Медицинская сестра не только исполнитель назначений врача, но и близкий к больному человек, его друг.

Трудно себе представить успешное лечение больного без высококачественного ухода за ним, без санитарки. Санитарка — первый помощник медицинской сестры. Никому из персонала не приходится проводить так много времени с больными, как санитарке. В палате лежат больные с разным самочувствием и разным настроением. Санитарке надо знать, как подойти к каждому из них. Больной чутко воспринимает ласковое отношение к нему и в свою очередь отвечает благодарностью и должным уважением. Не случайно санитарок называют ласковым именем «нянечка». Нянечки хирургических отделений — сердобольные замечательные люди, любящие свою работу и больных.

Доброе слово, сказанное больному врачом, медицинской сестрой, нянечкой и вежливое обращение также играют немаловажную роль в лечении больного. В связи с этим уместно вспомнить замечательные слова Сервантеса: «Ничто не дается так дешево и ничто не ценится так дорого как вежливость».

Таким образом, вежливость, гуманность, милосердие, высокие нравственные качества, глубокие профессиональные знания, доброжелательность, требовательность, дисциплина — вот к чему мы должны стремиться в лечебном учреждении и учить этому своих подчиненных и молодежь.

#### Выводы:

1. Хорошо организованный труд хирургического отделения способствует успешному лечению больных и является сплочающим фактором и основным способом самовыражения и самоутверждения.

2. Доброжелательные взаимоотношения коллектива в выполнении своих профессиональных обязанностей улучшают лечебный процесс.

## ПЕРШАРОДНЫ ГРЭХ І ХВАРОБА

Кс. **Сяргей Сурыновіч**, магістр тэалогіі  
Навук. кіраўнік — д-р тэалогіі Яго Эксцэленцыя  
біскуп Віцебскі **Уладзіслаў Блін**  
**г. Віцебск, Беларусь**

Бог стварыў чалавека паводле свайго вобразу і падабенства і адначасова даў яму зямлю, якая павінна была забяспечваць чалавека неабходнай для жыцця ежаю. Пакуль паміж Богам і чалавекам існавала гармонія, усё ў чалавека было добра: ён жыве ў дастатку і цешыцца Божым благаслаўленнем. Аднак чалавек падаўся спакусе і дапусціў, што з яго сэрца знік давер да Божай дабрыні і любові. Чалавек сам захацеў быць як Бог, але без Бога і па-над Богам (пар. ККК 397, 398). Праз першародны грэх хваробы і смерць увайшлі ў гісторыю чалавечтва.

«Бог не стварыў смерці» (Мдр 1, 13). Ён стварыў чалавека не для таго, каб даць яму памерці (пар. Эзх 18, 32), але каб ён жыве. Хача чалавек створаны не бессмяротным паводле прыроды, ён пакліканы Богам да вечнага жыцця, якое магчыма толькі як знаходжанне чалавека ў зносінах з Богам. Бог з’яўляецца пачаткам і канчатковаю мэтай чалавека, які мае ў сабе Божае зерне, у Ім належыць шукаць чалавечую годнасць і прызначэнне.

Праз першародны грэх чалавек памяншае не толькі сваю годнасць і прызначэнне, але і абражае самага Творцу. Слуга Божы Ян Павел II перасцерагае: «Нельга таму разлічваць на тое, што ўмацуецца адчуванне граху ў адносінах да чалавека і чалавечых каштоўнасцяў, калі не стане пачуцця абразы, нанесенай Богу; гэта значыць, сапраўднага адчування граху» (*Reconciliatio et paenitentia*, 18). Адмаўляючы Бога, адкідаючы залежнасць ад Бога, чалавек губляе магчымасць развіваць міжчалавечыя адносіны, развіццё якіх вымяраецца адыходам ад эгаізму і імкненнем да любові. Гледзячы па-за межы нашага жыцця ў трансэндэнтную рэальнасць, мы знаходзім крыніцу ўсялякага добра і надзеі: Той, хто з’яўляецца канчатковай мэтай — *Ens est unum et verum et bonum et pulchrum*. Гэтыя ўласцівасці адзінства, праўды, добра і хараства з’яўляюцца істотай Бога.

Гэта трансцэндэнталіі, якія мы здольныя ўспрыняць і зразумець дзякуючы таму, што з'яўляемца асобамі, адроджанымі паводле вобразу Бога. Ён — крыніца каштоўнасцяў і жыцця, крыніца нашага ацалення з хваробы і смерці. Іншыя каштоўнасці з'яўляюцца іх водгукам і адбіткам, і па тым, як яны садзейнічаюць фундаментальнай годнасці чалавечай асобы, мы можам казаць аб іх большай ці меншай дасканаласці.

Чалавек створаны па вобразу і падабенству Божаю (Быц 1, 26), што ўзнімае яго на найвышэйшую прыступку быцця. Каштоўнасць чалавека звязана таксама з уцеляеннем Сына Божага — Езуса Хрыста. Як адзінасутны Богу Айцу па Боскасці, Сын Божы стаў адзінасутным нам па чалавечай прыродзе, ва ўсім падобным да нас, акрамя граху. Паводле вучэння Касцёла, імкненне чалавека наследаваць Хрыста і ёсць найвышэйшае прызначэнне кожнага чалавека, што вядзе да перамогі над хваробай і смяротнасцю.

Св. Аўгустын надзвычай трапна ахарактарызаваў прыроду гэтага граху ў наступнай формуле: *amor sui usque ad contemptum Dei* — «любоў да сябе ажно да адмаўлення Бога» (*De civitate Dei*, XIV, 28). Менавіта *amor sui* (уласная любоў) падштурхнула прабацькоў да першапачатковай непаслухмянасці, якая дала пачатак пашырэнню граху ва ўсей гісторыі чалавека. Гэтак адпавядаюць словы з Кнігі Быцця: «Гэтак як Бог будзеце ведаць дабро і зло» (Быц 3, 5), гэта значыць, будзеце самі вырашаць, што ёсць дабро, а што — зло.

І менавіта гэтак першароднае вымярэнне граху не магло знайсці адпаведнай кампенсцыі ў іншай постаці, як толькі праз супрацьлеглае *amor Dei usque ad contemptum sui* — «любоў да Бога ажно да адмаўлення сябе». Менавіта тут мы даскраемца да таямніцы адкуплення чалавека, а вядзе нас да гэтага пазнання Дух Святы. Гэта Ён дазваляе нам так глыбока пранікнуць у *mysterium Crucis* і адначасова нахіліцца над безданню зла, віноўнікам і разам з тым ахвяраю якога стаў чалавек на пачатку сваёй гісторыі. Менавіта да гэтага адносіцца выраз «пераканань свет у граху». Мэтаю ж гэтага «пераканання» не з'яўляецца асуджэнне свету.

Грэхападзенне ёсць духоўны разрыў чалавека з Богам. Яно значна паслабіла магчымасць чалавека ўдасканальвацца згодна



з Божай задумай пра яго. Адбылося змяненне стану чалавечай прыроды, якое закранула разумовую, пачушчэвую і цялесную часткі чалавечай істоты. У выніку граху цялеснаму існаванню чалавека ад нараджэння да скону спадарожнічаюць хваробы (Быц 2, 17; 3, 16–19; Рым 5, 12; 6, 16; 8, 6; 1 Кар 15, 56; Гбр 2, 14–15; Як 1, 15). У хваробах выяўляецца ўлада смерці над чалавекам (пар. Рым 5, 14; 1 Кар 11, 28–32). «Той, хто трымае ў падпарадкаванні свае цела і кіруе сваёю душою, не дазваляючы, каб яе непакоілі страсці, з’яўляецца гаспадаром самога сябе; ён па праве можа называцца «валадаром», таму што ўмее валодаць самім сабою; ён вольны і незалежны, а таксама не аддае сябе ў няволю граху» (ККК 908).

Грэхпадзенне значна аслабіла магчымасць чалавека ўдасканальвацца згодна з Божым планам. Бог не стварыў смерці — яна ўвайшла ў свет праз грэх. Даючы чалавеку дзесяць заповедзяў, Ён заклікае нас да жыцця. Бог стварыў чалавека, надзяліўшы яго вольнай воляй і розумам, таму за чалавекам заўсёды застаецца права выбару. Заданне хрысціяніна — заўсёды імкнуцца выбіраць дабро, а не зло; жыццё, а не смерць. Страта грамадствам фундаментальных духоўных каштоўнасцяў, маральных асноваў і арыенціраў, пашырэнне асацыяльных і амаральных паводзінаў, парушэнне Божых заповедзяў і наказаў — усё гэта спрыяе распаўсюджванню хваробаў і смерці, як духоўнай так і цялеснай. На пытанне, якім чынам можна пераадолець гэтае няшчасце, хрысціяне адказваюць, што ўсялякую людскую дзейнасць, якая з-за пыхі і непамернага самалюбства штодзённа знаходзіцца ў небяспецы, трэба ачысціць і прывесці да дасканаласці з дапамогаю Крыжа і Уваскрэсення Хрыстовага. Чалавек, адкуплены Хрыстом і ўчынены ў Духу Святым новым стварэннем, можа і павінен любіць усё, створанае Богам, бо ад Бога ўсё гэта атрымлівае і як дар Божы разглядае і шануе. Складаючы за ўсе падзяку Дабрачынцу, ён валодае створаным і карыстаецца ім ва ўбостве і свабодзе духу, прыходзячы да сапраўднага ўладання светам, як той, хто нічога не мае, але ўсім валодае. «Усё вашае, вы ж — Хрыста, а Хрыстус — Бога» (1 Кар 3, 22–23)» (GS 37).

Таямніца чалавечага лесу найбольш ярка і выразна выяўляецца ў абліччы смерці. Але, нягледзячы на тое, што цялесная

смерць з'яўляецца натуральнай з явай, мы, аднак, з навучання Касцёла ведаем, што смерць — гэта вынік граху. Вынік вялікага граху нашых продкаў перад Богам, іх непаслухмянасці Богу. І ўсе ж, дзякуючы Езусу Хрысту, хрысціянская смерць набыла пазітыўны сэнс. «Бо для мяне жыццё — гэта Хрыстус, і смерць — гэта выгада», — усклікае апостал Павел (Флп 1, 21). «Праўд зівае слова: калі мы разам з Ім памерлі, то з Ім і жывём», — сцвярджае ён жа ў іншым месцы (2 Цім 2, 11).

Уваскрасенне Хрыста сведчыць пра тое, што толькі мера добра, якую Бог уводзіць у гісторыю чалавека праз таямніцу адкуплення, мае тую веліч, што ва ўсёй паўнаце адпавядае праўдзе людскога быцця. Таму пасхальная таямніца становіцца канчатковым вымярэннем быцця чалавека ў свеце, створаным Богам. У гэтай таямніцы нам была аб'яўлена не толькі эсхаталагічная праўда, паўната Евангелля, гэта значыць Добрай Навіны. У ёй яснае святло, якое сыходзіць на ўсё зямное жыццё чалавека і, у выніку, адлюстроўваецца ў створаным свеце. Праз сваё ўваскрасенне Хрыстос у пэўнай ступені «апраўдаў» справу стварэння, і асабліва стварэнне чалавека, у тым сэнсе, што аб'явіў «адпаведную меру» добра, якую Бог вызначыў на пачатку людской гісторыі. Такая мера не з'яўляецца толькі тою, прадугледжанаю Ім у акце стварэння, а потым знішчанаю грахам чалавека. Гэта — звышшчодрая мера, у якой першапачатковы замысел рэалізуецца яшчэ больш поўна (пар. Быц 3, 14–15). У Хрысце чалавек пакліканы да новага жыцця — жыцця сына ў Сыне, якое дасканала перадае хвалу Бога: *gloria Dei vivens homo* — «чалавек, які жыве хвалою Бога» (св. Ірэней, *Adversus haereses* IV, 20, 7).

Ацаленне ад хваробаў, ачышчэнне ад граху, збаўленне ад пакутаў і смерці есць плады перамогі Хрыста над «князем свету гэтага», які «мае ўладу смерці» (Ян 12, 31; Гбр 2, 14; Ап 7, 13 н.). І хоць пасля прышэсця Збаўцы хвароба не знікла з твару зямлі, Боская сіла, якая яе ў рэшце рэшт пераможа, ужо дзейнічае на зямлі. Цуды ацаленняў прадвешчаюць стан дасканаласці, які чалавецтва набудзе канчаткова ў Валадарстве Божым. Смерць і ўваскрасенне Пана Езуса Хрыста адкрываюць шлях кожнаму чалавеку да перамогі над грахам і да набыцця вечнага збаўлення ад смерці.

Хвароба і пакута маюць не толькі негатыўнае значэнне, але могуць зрабіцца проціаддзем граху. Пакуты падводзяць хрысціяніна да духоўнага пераасэнсавання жыцця. Хвароба можа навучыць чалавека саўдзелу ў пакутах іншага, абудзіць у ім пачушчэ салідарнасці, адзінства лёсу чалавечага роду і звярнуць яго позірк да Бога як да Нябеснага Айца. Хвароба нагадвае чалавеку пра яго смяротнасць, аднак для хрысціяніна смерць — не толькі апошні вораг; яна звязана са спадзяваннем на пасмяротнае злучэнне з Богам, падмуркам чаго з’яўляецца пасхальная вера ва ўваскрэслага з памерлых Хрыста, Пераможцу смерці.

У адносінах да хваробы, да адвергнутага чалавека любоў Хрыстова спакон праяўляла сябе як найвышэйшая духоўная сіла, дзеянні якой не кіруюцца свецкімі ўстанавленнямі, але могуць перамагаць свет і несці збаўленне безнадзейным. Праведнікі і святыя Касцёла, сустракаючыся з тымі людзьмі, якія пакутуюць, у адчаі, знаходзяцца на краі смерці, праяўлялі не толькі міласэрнасць і спачуванне, але і вялікую любоў. Гэтая любоў праліваецца і на тых гаротных, якія былі зганьбаванымі і адынутымі, ізгоямі, на тых, каго сацыяльная мараль лічыць нявартым спачування. Удзел і любоў да пракажоных, да пакараных злачынцаў, да людзей, ад якіх усе з ганьбай ці жахам адварнуліся, — спрадвек хрысціянская, евангельская дабрадзеінасць. Бо Збаўца Хрыстос «не прыйшоў клікаць праведнікаў, але грэшнікаў» да пакаяння (Мц 9, 13).

Вобраз Божы ў чалавеку незнішчальны нават у стане граху і адпазнення ад Бога. Чужы грэх не можа служыць прычынай для ўзвялічвання ці ганьбы. Касцёл вучыць, што варта ненавідзець сам грэх і супрацьстаяць яму, але пры гэтым не пераносіць пачушце нянавісці і адваржэння на таго чалавека, які саграшыў, згодна са святайцоўскім прынцыпам: «Ненавідзь грэх, але любі грэшніка».

Сабаравая дагматычная Канстытуцыя *Lumen gentium* кажа: «Хрыстос, які стаўся паслухмяным ажно да смерці і таму быў узвышаны Айцом (пар. Флп 2, 8), увайшоў у хвалу свайго Валадарства. Яму ўсе пакорна, пакуль сам сябе і ўсяго не пакарыць Айцу, каб Бог быў усім ва ўсіх (пар. 1 Кар 15, 27)» (LG 36). Як бачна, Сабор карыстаецца вельмі шырокім кантэкстам, калі

тлумачыць, на чым грунтуецца ўдзел у каралеўскім пасланніцтве Хрыста. Разам з тым гэтыя саборавыя словы дапамагаюць нам зразумець, як можа рэалізавацца гэтае паяднанне з Богам у зямным жыцці. Калі каралеўскі шлях, які ўказвае Хрыстос, вядзе ў выніку да таго, каб «Бог быў усім ва ўсіх», то паяднанне з Богам у гэтым жыцці адбываецца менавіта на гэтай аснове. Ча́ лавек ва ўсім знаходзіць Бога, ва ўсім і праз усё з Ім кантактуе. Створаныя рэчы перастаюць уяўляць для яго пагрозу, як гэта было на этапе ачышчальнага шляху. Рэчы, і асабліва асобы, не толькі вяртаюць адпаведнае ім святло, якое заключыў у іх Бог як Створца, але, калі можна так сказаць, «адкрываюць» самога Бога так, як Ён сам захачеў чалавеку аб'явіцца: як Айца, як Адкупіцеля і як Абранніка.

## ДУХОВНОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ

*Л. Я. Ермолова, Я. С. Сипайло,*

студ. 1-го курса филологического факультета

Научн. рук. — Его Преосвященство епископ Витебский

*Владислав Блин*, д-р теологии; *М. Н. Нурбаева,*

доц. каф. анатомии, физиологии и валеологии человека

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»,

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. В последние двадцать лет для демографической ситуации в нашей республике были характерны изменения, связанные с миграцией населения, деформацией его половозрастной структуры, брачного состояния общества и, как следствие, — низкая рождаемость и высокая смертность.

Целью работы было установление влияния институтов духовности на изменение демографической ситуации общества.

Материалы и методы. Аналитические, логические. В послевоенный период до 1993 г. происходило постепенное увеличение численности населения республики, при этом к 1972

г. число жителей Беларуси превысило довоенный уровень. Но с 1994 г. положительная динамика численности сменяется на противоположную — наступает устойчивый спад.

Изменение уровня рождаемости является одним из основных факторов, влияющих на численность населения. С 1959 г. тенденция рождаемости в Республике Беларусь существенно изменилась: в 1960 г. в республике родилось 200 тыс. детей (общий коэффициент рождаемости составил 24,4 в расчете на 1000 населения), в 1985 г. — 16,5; в 1998 г. — 9,1; в 2001 г. — 9,2 (рис. 1).

Благодаря единой программе демографической безопасности в Республике Беларусь, а также сотрудничеству системы здравоохранения, экономических программ развития села, городского строительства, народного образования и, безусловно, институтов духовности (деятельность Римско-католической, Православной Церкви) с начала 2007 г. в Беларуси наблюдается улучшение демографической ситуации. За 5 месяцев 2007 г. число родившихся увеличилось на 9,1% и составило 41 338 человек (в сравнении с таким же периодом 2006 г. — 37 873 человека) (по данным первого заместителя министра здравоохранения Роберта Часнойть). В Витебской области за 11 месяцев 2007 г. родилось 11 048 детей, что на 7,8% больше, чем в предыдущем году.

С 1990 до 2007 г. отмечалось увеличение смертности от 10,7 умерших (на 1000 населения) до 14,1 в 2001 г. И лишь в 2007 г. уменьшилось количество умерших на 3,3% по сравнению с 2006 г. (на 2 тысячи человек). В Витебской области смертность сократилась на 14,8% (рис. 2).

Наряду с социально-экономическими факторами, всё большую роль играет аспект духовности. Как отмечалось в выступлении Главы Папского Совета по душепастырству здравоохранения светлой памяти кардинала Хавьера Лосано Баррагана на III Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире» 02.06.2007 г. в Витебске, приоритетным направлением в духовной опеке Церкви является сотрудничество с органами здравоохранения в вопросах биоэтики:

- пропаганда укрепления роли семьи как субъекта обще-

ственной политики государства, указание красоты материнства и отцовства, необходимости организации помощи нуждающимся семьям;

- пропаганда целомудрия до брака, предотвращение распространения «свободного» стиля жизни;

- недопустимость контрацепции, стерилизации и абортов — уважение каждой человеческой жизни с момента зачатия.

Против деятельности специальных институтов, распространяющих «сексуальное образование» через СМИ, выступил и глава Православной Церкви Митрополит Минский и Слуцкий Филарет, Патриарший Экзарх всея Беларуси 29.05.2007 г. в Минске: «Общество должно отвергнуть направленное против деторождения так называемое половое образование, которого не принимает Бог. Единственно истинным и безопасным образованием для ребенка является то, которое преподает основы целомудренной жизни до брака и супружескую верность в браке».

Выводы. Наряду с созданием мощной материально-технической базы для всеобщей диспансеризации и профилактики заболеваний, развитием специализированной медицинской помощи, социально-экономических условий, благоприятствующих материальному благосостоянию народа, значительная роль принадлежит духовно-нравственным аспектам демографической безопасности в Республике Беларусь. В совместных усилиях христианских конфессий нашей страны, всех людей доброй воли — залог духовного и демографического возрождения нации.

### **Литература:**

1. Лиин Д. Г., Предыбайло С. Д. Демографическая ситуация в современной Беларуси // Народонаселение, 2005. № 1. С. 104–118.

2. Лукашевич С. Юстиция Беларуси. 2002. № 6.

3. Проблемы врачебной этики в современном мире // Тезисы конференции. Минск, 2007.

# К ВОПРОСУ О ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**Ю. Ю. Земко**, студент

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность. Смерть и рождение — естественные процессы. Ежегодно среди причин смерти самыми распространенными являются: болезни системы кровообращения (1-е место), онкологические заболевания (2-е место), травмы (3-е место), болезни органов дыхания (4-е место). Причем наибольший удельный вес в смертности занимают хронические больные в терминальных состояниях. Чаще всего это онкологические больные, у которых возможности радикальной (специализированной) медицинской помощи исчерпаны или их нельзя применить из-за тяжести сопутствующей патологии. Организация адекватной паллиативной\* помощи таким больным — важная государственная задача, в которой должны четко взаимодействовать медицина, психологическая и социальная службы, духовенство, общественные организации, волонтерские движения и близкие родственники.

Цель. Изучить адекватность взаимодействия участковых врачей с близкими родственниками, психологической и социальной службами, духовенством, общественными организациями, волонтерскими движениями по поддержанию оптимального качества жизни у терминальных онкологических больных.

Материал и методы. Изучено 100 врачебных свидетельств о смерти онкологических больных и направлены анкеты для оценки качества жизни близким родственникам умерших для последующей оценки результатов анкетирования и собеседования, в том числе по телефону.

---

\* Паллиатив — лекарство или вообще средство, дающее лишь временное облегчение; полумера.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 57 родственников (57%), в том числе 52 женщины и 5 мужчин (91% и 9% соответственно от числа принявших участие). Среди женщин 49 человек (94%) — неработающие в возрасте 60–70 лет, три — в возрасте 30–40 лет (6%). Все мужчины были неработающими, в том числе четыре — в возрасте 60–70 лет (80%), один — старше 70 лет (20%). Не приняли участия в анкетировании 43 человека (43%) не возвратили анкеты или возвратили частично заполненными.

Анализ анкетирования по специально разработанной анкете близких родственников онкологических больных, умерших за последние три месяца, показал:

- Близкие родственники знали о наличии у больных тяжелых онкологических заболеваний, которые были установлены в специализированных медицинских учреждениях, и о том, что больные нуждались только в паллиативной помощи (100%);

- Обезболивание адекватным состоянию посчитали 39 человек (68%), неадекватным состоянию — 18 человек (32%).

- Взаимоотношения «врач — пациент — близкие родственники пациентов» партнерскими посчитали 32 человека (56%), формальными — 25 (44%).

- Нуждались в постоянной психологической помощи 47 человек (82%), в эпизодической — 10 человек (18%).

- Обращались к священнослужителям в период болезни 53 человека (93%).

- Обращались к социальным работникам в период болезни 12 человек (21%).

- К общественным организациям не обращались 57 человек — 100%.

**Вывод.** Необходима дальнейшая отработка взаимодействия между участковой службой, социальной и психологическими службами и духовенством по созданию адекватной паллиативной помощи онкологическим больным по четырем аспектам: медицинская, психологическая, социальная, духовная помощь. Предполагается совместно разработать единую инструкцию (протокол).



## Литература:

1. Губачев Ю. М., Макиенко В. В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. Санкт-Петербург, 2000.
2. Ожегов С. И. Словарь русского языка. Москва, 1984.

## БЫТЬ ЛИ СИНДРОМУ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ?

**О. В. Драгун, А. В. Соболева, Е. К. Болобошко,**  
каф. пропедевтики внутренних болезней

УО «Витебский государственный медицинский университет»  
*г. Витебск, Беларусь*

В последние годы стали особенно часто объяснять конфликты в отношении врача с больными синдромом «эмоционального выгорания», как впрочем, и среди представителей многих других профессий, чья деятельность связана с общением. Понятие «эмоционального выгорания» появилось в психологии более 20 лет назад. Почему же оно стало столь популярно в наше время?

Почему нигде ранее в литературе мы не встречаем столь выгодно выработанного личностью механизма психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций у таких выдающихся ученых как И. П. Павлов, И. М. Сеченов и многих других? Почему земский врач был для больного Богом? Потому что он служил своей профессии!

Позволительно ли ставить рядом с врачебной этикой и деонтологией синдром «эмоционального выгорания»? Может быть, это оправдание нашим делам и поступкам?

Одним из факторов, провоцирующих данный синдром, является наличие нравственных дефектов и дезориентация личности, которые возникают, как правило, еще до момента непосредственного начала работы с людьми. В то время как нравственный дефект обусловлен неспособностью включать в межличностные отношения такие моральные категории, как совесть, добродетель, добропорядочность, уважение достоинств

другой личности, нравственная дезориентация вызывается иными причинами: неумением отличать хорошее от плохого, добро от зла, благо от вреда.

Не ошибемся, если скажем, что часть студентов (хотя и небольшая) медицинского вуза не осознает даже на старших курсах, куда они пришли учиться, и насколько должны быть высоки их нравственно-этические принципы и устои.

Сотрудники клиники пропагандистки внутренних болезней стараются своими делами и поступками, чуткостью к больным быть достойным примером для своих учеников, как во время учебного процесса, так и при прохождении различных видов практики, где возможен наиболее тесный контакт с больными. Но, к сожалению, иногда ни идейная убежденность педагога, ни его моральные качества не могут перебороть «устои семьи», в которой вырос будущий врач.

Хочется видеть в наших кругах врачей с высокой профессиональной подготовкой, для которых синдром «эмоционального выгорания» несовместим с врачебной этикой и деонтологией, так как мы, в отличие от других профессий, имеем дело с больными людьми. А поэтому остается правомерным вопрос о первоочередной значимости введения тестов и собеседования по психологии для выявления профессиональной пригодности при поступлении в медицинские учреждения образования, тем более, что это должен быть выбор самих абитуриентов, а не их родителей.

## РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ УЧАЩИХСЯ

*А. Н. Дударев, С. Ф. Сурганова*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Человеческая жизнь является высшей ценностью общества, именно это превращает здоровье каждого индивида в общественное богатство. Исследование состояния здоровья

учащейся молодежи в Республике Беларусь выявило следующие факты его ухудшения:

- у 75% населения отсутствуют элементарные знания о своем организме, его физиологических и психологических особенностях;

- доля здоровых детей среди старшеклассников составляет менее 20%;

- у 6–12% школьников отмечается задержка психического развития;

- 21,5% школьников страдают заболеваниями нервной системы и органов чувств;

- 34% подростков имеют хронические заболевания.

Одной из причин нездоровья является отсутствие знаний о профилактике алкоголизма и наркомании, правильном образе жизни [1].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) можно охарактеризовать как активную деятельность людей, направленную, на сохранение и улучшение здоровья. Понятие ЗОЖ гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, режим труда и отдыха, система питания, различные закалывающие и развивающие упражнения; в него также входит система отношений к себе, другому человеку, к жизни в целом, а также осмысленность бытия, жизненных целей и ценностей и т. д. Основной акцент при этом делается на усиление созидательных и восстановительных сил организма, на познание себя, повышение грамотности и ответственности человека за самого себя [2].

На сознательном уровне необходимость ведения ЗОЖ понимается практически всеми. При этом за сознательным пониманием редко стоят реальные действия, связанные с реализацией ЗОЖ. Сохранение здоровья как мотив деятельности возникает чаще всего в период зрелости, когда у человека появляется ряд болезней, и не актуально для учащихся. К сожалению, в качестве факторов, побуждающих к изменению образа жизни, принятию ответственности за свое здоровье, чаще всего выступают болезнь, жизненный кризис, алкоголизм, наркомания и другие экстремальные жизненные ситуации.

Профилактика потребления психоактивных веществ (ПАВ) может быть первичной, вторичной, третичной. Первичная

профилактика потребления ПАВ, задачей которой является уберечь подростков от первого, во многом рокового, употребления ПАВ на ранних этапах их взросления, может и должна проводиться широко, повсеместно, со всеми школьниками, пока они здоровы, и не втянуты в роковые пристрастия. Вторичная профилактика имеет целью сохранение здоровья подростков, уже имеющих опыт потребления ПАВ. Третичная профилактика предназначена для продления жизни лицам, страдающим сформированной зависимостью от ПАВ, путем предупреждения повторных рецидивов после лечения.

Вторичную и третичную профилактику выполняют профессионально подготовленные специалисты (медицинские и социальные работники, сотрудники соответствующих отделов милиции). Работа по профилактике потребления ПАВ среди несовершеннолетних осуществляется преимущественно наркологами диспансеров и педагогами.

Основную роль в формировании культуры здоровья и ЗОЖ, мотивации на здоровье играют учебные заведения. Если в высших учебных заведениях на различных факультетах университетов введены курсы «Основы валеологии» и «Основы валеологии и школьной гигиены», то в школах такие курсы практически отсутствуют. За время обучения студенты овладевают различными компонентами теоретической и практической подготовки по формированию здорового образа жизни. Насколько будет успешной эта деятельность, зависит от уровня развития потребности в укреплении и сохранении собственного здоровья.

В силу недостаточности жизненного опыта молодые люди путают идеалы с иллюзиями, романтику с экзотикой и т. п. В студенческом возрасте нередки и разочарования в профессиональном и жизненном выборе, существует несоответствие между ожиданиями, представлениями о профессии и реалиями ее освоения. Формирование культуры здоровья должно стать неотъемлемой, а по возможности и приоритетной частью общей культуры. Культура здоровья должна быть одной из основных потребностей личности.

Источником негативного воздействия на здоровье нередко выступают авторитарные личностно-педагогические установ

ки. Они могут усваиваться студентами подсознательно, еще во время их учебы в школе. Анализ показывает, что в настоящее время профилактика включает, в основном, информационный компонент предупреждения ПАВ. Она ориентирована на разъяснение вреда, наносимого этими веществами физическому здоровью, и правовых мер, направленных на борьбу с их потреблением.

Проведенное нами с целью изучения проблемы распространения потребления наркотических и токсических веществ среди учащихся г. Витебска анонимное анкетирование показало, что из 110 респондентов от 14 до 24 лет 15 юношей и 6 девушек пробовали наркотики. По видам потребляемых наркотиков основную массу потребителей (14 человек) составляют лица, потребляющие марихуану, 3 человека — героин, 4 человека — галлюциногены. Интересно, что 80% юношей и девушек из числа потребителей, знакомы с последствиями употребления и вредом от наркотиков и только 20% юношей и девушек не знают о их вреде. Алкоголь регулярно употребляют 96 опрошенных человек, что составляет 87,25%.

Телевидение стало для подростков доминирующим источником информации. Если первый опыт приема психотропного вещества подростком не совпал с тем, что ему внушали средства массовой информации и соответствующая литература, возникает явление недоверия к любой информации, относящейся к наркотическим или токсическим веществам.

Проводимые мероприятия по первичной профилактики потребления ПАВ нельзя считать эффективными, пока продолжается рост пьянства, алкоголизма, наркомании и токсикомании среди молодежи. Поведение подростка, формирование его личности происходит в семье, в школе и поэтому без самого активного участия педагогов и родителей рассчитывать на успех не приходится.

Важной составной частью первичной профилактики должно стать стремление каждого педагога-предметника при подготовке к проведению уроков литературы, математики, физики, биологии, химии, практически любой школьной дисциплины, через предмет, используя аналогии зависимости одного явления от другого, предостерегать своих учеников от

употребления наркотиков.

При проведении первичной профилактики применяются различные формы и методы информационного воздействия, адаптированные к молодежной аудитории (КВН, конкурсы, соревнования, тематические шоу, спектакли, стенды, плакаты, выставки и др.). Полезными являются выступления (в ходе проведения мероприятий или перед их началом) врачей, работников милиции, прокуратуры с демонстрацией видеоматериалов.

Проблемы формирования ЗОЖ, особенно среди студенческой молодежи, весьма актуальны и имеют большую социально-экономическую значимость. Осознание студентами культуры личного и общественного здоровья, выработка собственного стиля ЗОЖ является одной из приоритетных задач учебно-воспитательного процесса в учебных учреждениях.

Лица, занимающиеся в сфере образования методической разработкой и проведением занятий по ЗОЖ, должны помнить, что у учащихся разный уровень гигиенической культуры. Это является необходимым условием эффективного введения молодого поколения в мир ЗОЖ, в котором перед ними открываются огромные возможности самореализации.

Таким образом, существует потребность в создании образовательных программ, расширяющих представление о здоровье и здоровом образе жизни, формирующих чувство личной ответственности и готовность уделять внимание здоровьетворению. Обязательным элементом этих программ должны быть активные тренинговые формы, позволяющие трансформировать полученную информацию в личностные знания и привычки, реализуемые в жизнедеятельности.

### **Литература:**

1. Черношвилов Е. В. Социальная медицина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
2. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

## ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА, ТЕХНИЗАЦИЯ И КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ

**Н. Г. Харкевич**, д-р мед. наук, проф.; клиническая каф.  
оперативной хирургии и топографической анатомии  
УО «Витебский государственный медицинский университет»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. Неоценимая роль, как в истории медицины, так и в создании этических норм принадлежит Гиппократу. Он — создатель пережившей века «Клятвы», которая и по настоящее время носит его имя. Яркий кодекс врачебной этики мы находим у Гиппократа. Он требовал чтобы врач был скромным и бескорыстным, обладал целомудрием и здравым смыслом.

Понятия об этике и ее содержании в различные исторические периоды не были строго устойчивыми. Можно найти множество определений ее, но все они сводились к тому, что этика — это наука о нравственности, морали, их принципах и нормах, их роли в общественной и личной жизни человека.

В формировании медицинской этики большую роль сыграли прогрессивные представители земской медицины, которые считали нравственным долгом помогать больным и обездоленным.

На многих научных форумах, посвященных проблемам медицинской этики, обсуждался вопрос о том, что медицинская техника, аппаратура отделила врача от больного и обезличила пациента. На фоне прогрессирующей специализации и улучшения технической оснащённости медицины теряется не только целостное восприятие больного, но и нередко утрачивается интерес к нему как к личности.

Цель. Изучить взаимовлияние технизации и компьютеризации медицины и врачебной этики.

Материал и методы исследования. Исследованы все лечебные учреждения г. Витебска: стационары, поликлиники. Установлено, что современная бурная технизация медицинского процесса во всех лечебных учреждениях позволила врачам пользоваться компьютерами и другой сложной медицинской

техникой. Машины многое взяли на себя не только в обследовании больных, но и в постановке диагноза и в лечении. Однако заменить ум, опыт врача, сердце никакие машины не могут и никогда не смогут. С ростом технизации возрастает роль слова врача. За бумагами и техникой иногда теряется личность больного. Опыт показывает, что с применением техники в медицине необходимо больше внимания уделять больному. После комплексного обследования больного, он с большим нетерпением, волнением и тревогой ждет встречи с врачом. Эта встреча, как правило, заканчивается установлением отношений дружеского доверия. Врач терпеливо выслушивает жалобы, назначает лечение, вдумчиво и профессионально успокаивает. В каждом конкретном случае врач решает вопрос о том, «что» говорить и «как» говорить. Разговор врача с больным — искусство. Иногда хорошее, ласковое, душевное слово помогает лучше лекарств. В. И. Бехтерев говорил: «Если больному после разговора с врачом не станет легче, то это не врач».

Врачи обладают широким кругозором, это разносторонне образованные, мыслящие специалисты. Внимательным и сердечным отношением они компенсируют издержки технизации и механизации своей профессии. Присяга врача, которую не дают представители ни одной мирной специальности, подчеркивает уникальность деятельности врача. Профессия врача — это органичное сочетание гуманизма, гражданского долга, высоких нравственных качеств и глубоких профессиональных знаний.

Результаты исследования. Часто к врачу обращаются не только больные, которых надо лечить, не только пациенты с травмами и кровотечением, которых надо оперировать, но и люди со слезами печали и боли в душе, великого горя, которых надо утешать и врачевать душу. Платон сказал: «Самая большая ошибка врачей состоит в том, что они пытаются лечить тело человека, не пытаясь вылечить его душу; душа и тело представляют собой единое целое, их нельзя лечить порознь».

Мастерство врача — это умение не только быстро обобщить и оценить имеющиеся данные лабораторного, инструментального и других видов объективного исследования, но и установить личный контакт с больным. Вот почему клиниче-



ская медицина является искусством, а врач обладает высоко развитым чувством такта, который создает гармонию между ним и его пациентом, основанную на доброте и уважении к достоинству друг друга. В связи с технизацией у многих врачей появилась тяга к техническим средствам, к безукоризненному овладению работой компьютеров и машин. Появляются издержки технизации. Меньше рабочего времени остается для личного контакта с больным, который, доверяя врачу, допуская его в свой внутренний, неповторимый мир, ждет внимания, тактичности и сопереживания.

В связи с технизацией и компьютеризацией усложнился труд врача. Профессия врача стала труднее и сложнее. Появляются периоды воодушевления и охлаждения, подъема и спада, успехов и неудач. Но врач никогда не должен терять оптимизма! Даже в пасмурные дни жизни луч солнца должен постоянно светиться в его душе.

Объектом воздействия врача является больной человек. В этом глубокое отличие профессии врача от всех других профессий. Никому, кроме врача, не приходится так глубоко вникать в жизнь человека с его сложным психическим и нравственным миром, переживаниями. То напряжение, в котором постоянно протекает деятельность врача, и те несовершенства медицинской науки, с которыми нельзя не считаться, создают объективную возможность врачебных ошибок. Эти ошибки тем более объяснимы, если учесть сложную по содержанию и трудную по осуществлению работу врача, особенно хирурга, необходимость срочного принятия рациональных действенных мер, иногда при самых неблагоприятных условиях. Каждый врач, какими бы знаниями и опытом он не обладал, не защищен от ошибок. Возможность врачебных ошибок объясняется тем, что врачу приходится иметь дело со всевозможными и индивидуальными особенностями организма человека.

Коренным отличием хирургии от всех остальных специальностей является необходимость применения операции, которая, даже безупречно выполненная, наносит больному физическую и душевную травму. Неизбежный элемент риска, связанный с операцией, делает труд хирурга напряженным. Хирург должен принять во внимание темперамент и настрое

ние больного, чтобы избежать в своем поведении стандартного подхода и ошибок.

Обязанность хирурга — задолго до операции начать подготавливать больного к правильному поведению в операционной. Необходимо побороть у больного два чувства: страх и боль. Хирургический больной всегда испытывает страх, проявления которого иногда спрятаны глубоко под различными масками — безразличия, бравады. Снять страх у больного, которому предстоит операция, крайне необходимо. Кроме применения медикаментозных средств, существенным терапевтическим средством является теплое человеческое слово. Беседа с больным может быть по эффективности превзойти самые сильные седативные препараты.

Столь же пристальное внимание должно быть уделено и снятию боли в малой хирургии. Плохо и негуманно, когда крик больного во время операции подавляется окриком врача-хирурга.

Доверие к врачу — одна из гарантий успешного лечения. Это доверие надо завоевать. Сам факт посещения врача должен облегчить состояние больного. Однако в случае, когда налицо необратимые патологические изменения, больному не следует говорить правду. Даже когда невозможно больному спасти, нельзя отнимать у него надежду. И вна последних стадиях болезни человек продолжает верить в спасение. Он ищет не правду, а надежду. Больной в любом случае не должен чувствовать себя обреченным.

#### Выводы:

1. В лечебных учреждениях отмечается бурная технизация медицинского процесса, которые должны тесно взаимодействовать с врачебной этикой.

2. Технизация и компьютеризация медицины облегчает труд врача, помогает в диагностике, обследовании и лечении.

3. Теплые, доверчивые, душевные взаимоотношения врача с больным компенсируют издержки технизации и компьютеризации медицины.

# ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

**О. П. Земец**, студ. 5-го курса биологического факультета;

**М. А. Шербакова**, преп. каф. анатомии, физиологии  
и валеологии человека

Научн. рук. — **М. А. Шербакова**, преп. каф. анатомии,  
физиологии и валеологии человека;

**И. М. Прищепа**, д-р биол. наук, проф.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность. В современных условиях во всем мире огромное значение придается оценке распространенности употребления наркотиков и других психоактивных веществ. За последние 20 лет, согласно статистическим данным, опубликованным в официальной печати, число людей, причастных к незаконному обороту наркотических средств на территории Республики Беларусь, увеличилось более чем в 32 раза [3]. Кроме того, в настоящее время прогрессирует и тенденция к омоложению наркоманов.

Биологические последствия употребления наркотических средств подростками оказываются социально опасными, создают проблему социальной неполноценности. У подростка-наркомана происходит остановка интеллектуального развития, что ведет к неспособности приобрести квалифицированную специальность и невозможности полноценного трудоустройства. Следовательно, рассмотренная нами проблема актуальна и своевременна для изучения.

Цель. Изучить распространение наркозависимости среди подростков общеобразовательных и профильных классов средних учебных заведений.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач исследования были использованы основополагающие положения методологии системного анализа в интерпретации А. А. Кузьмина, на основании которых было разработано

собственное анкетирование для изучения состояния проблемы распространения наркозависимости среди учащихся 10–11 классов школ г. Витебска. В исследовании приняло участие 105 школьников 10–11 классов, из которых 56 девушек и 49 юношей. Исследование проводилось на базе общеобразовательных и профильных классов (биологического, физико-математического и трудового) школ № 6 и № 28 г. Витебска.

Результаты исследования. В ходе проведенного среди учащихся средних школ анкетирования выявлено, что среди опрошенных школьников старших классов пробовали или систематически употребляют наркотические вещества 15% от общего числа опрошенных. Причем, 10% респондентов являются учащимися общеобразовательных классов, а 5% — учащиеся профильных классов. При этом 5% из числа пробующих и принимающих наркотики готовы к любому поступку ради получения наркотических препаратов (это характерно для учащихся общеобразовательных классов). Тем не менее, стремления употребить наркотические вещества в дальнейшем не выразил никто из респондентов.

Анализ возможных мотивов употребления наркотических средств среди несовершеннолетних показал, что представления о них различны у тех, кто сам испытал воздействие, включен в круг общения с людьми, их употребляющими, и тех, у кого нет такого круга общения, кто не имеет отчетливого представления об их воздействии. У респондентов, проявляющих наибольшую осведомленность в данном вопросе, среди субъективных мотивов употребления наркотических веществ чаще встречается «неудовлетворенность жизнью и желание отвлечься от нее», а менее осведомленные по данному вопросу учащиеся считают, что основными мотивами, побуждающими подростков к употреблению этих веществ, являются «любопытство» и «пример сверстников».

Согласно результатам исследования, большинство признавшихся в пробовании или употреблении наркотических препаратов, не находятся в серьезной зависимости от них, а пробовали или потребляют так называемые «легкие» наркотики: препараты из индийской конопли. Наркоманы употребляют гашиш, марихуану, травку путем жевания, курения, но не все

из них знают, что эти наркотические средства очень опасны и при передозировке препаратов возможен смертельный исход. Так, 7% опрошенных ответили, что пробовали коноплю, а остальные респонденты называли экстази и другие «легкие» наркотические вещества.

Нами выявлена неблагоприятная тенденция к снижению возраста вновь пристрастившихся к наркотикам. Так, по данным наших исследований, средний возраст приобщения к наркотическим веществам среди опрошенных учащихся составил 14–15 лет. Это говорит о том, что злоупотребление наркотическими средствами среди подростков выражено более остро, чем среди взрослых. В том, что пик употребления наркотиков приходится на возраст 14–17 лет, наглядно проявляется кризис возрастного развития, когда идет преобразование индивидиальных связей и качеств, модифицируется структура мотивационной связи произвольных и волевых действий личности, ослабевают механизмы внутренней саморегуляции социального поведения. С другой стороны, известно, что психологический фактор представляет собой важную составляющую этиологии наркоманий [2].

Не все попробовавшие наркотики желают продолжить их употребление в дальнейшем. По данным анкетирования, 73% опрошенных пробовали наркотические средства однократно, а принимают наркотики систематически 27% от числа пробовавших и потребляющих. Стаж употребления наркотических веществ среди подростков в среднем составляет 2–3 года. Причем, большинство учащихся употребляют наркотические препараты в свободное от учебы время: по выходным (3% опрошенных) и праздничным дням (4%). Прием наркотических веществ считают для себя развлечением 5% школьников, привычкой — 7% и болезнью — 3% учащихся.

По литературным данным основными социально-педагогическими факторами, способствующими развитию наркомании среди подростков, являются неблагополучная семья и низкий материальный достаток [2]. Однако наши исследования показали, что большинство опрошенных в ходе исследования учащихся, употреблявших наркотические вещества, считали свои семьи вполне благополучными, причем у всех из них полные

семьи. Также в результате проведенного исследования было выяснено, что большинство родителей, чьи дети употребляют наркотические вещества, находятся в неведении о пристрастии собственных детей. Более того, 8% учащихся, употребляющих наркотики, считают, что их родители догадываются о пристрастии детей, но не провоцируют развитие скандальной ситуации в семье или считают этот факт нормальным.

Известно, что для подростков, употребляющих наркотические вещества, важно отношение не только взрослых, но и их сверстников. Исследования показали, что для большинства учащихся важно отношение друзей к наркотикам. Так, 4% подростков ответили, что их друзья не только продолжают общаться с ними, как и прежде, но и сами употребляют наркотические средства. Только 2% из их круга общения категорически против употребления наркотиков.

В заключение можно констатировать, что в настоящее время важнейшей особенностью наркоситуации на фоне негативной динамики распространения молодежного наркотизма является придание наркотикам в молодежной среде статуса особой субкультуры. Наркотические вещества стали непременным атрибутом вечеринок, дискотек, концертов модных музыкальных групп. Они становятся все более доступными, подростки вовлекаются в наркотическую и криминальную сеть в качестве потребителей наркотиков, распространителей и т. д. [1].

Выводы. Анализ проведенной работы и результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие выводы:

- 1) пик употребления наркотиков приходится на возраст 14–17 лет;
- 2) 73% опрошенных пробовали наркотические средства однократно, а принимают наркотики систематически 27% от числа пробовавших и потребляющих;
- 3) стаж употребления наркотических веществ среди подростков на настоящий момент составляет 2–3 года;
- 4) прием наркотических средств считают для себя развлечением 5% школьников, привычкой — 7% и болезнью — 3% учащихся.

Таким образом, психолого-педагогическая профилактика наркомании должна носить комплексный характер и строиться на основе целевых программ. Актуальной является разработка специализированных программ по борьбе с наркоманией.

### **Литература:**

1. Наркомания в России: состояние и тенденции // Социально-гуманитарные знания. 2006. № 3. С. 168–179.
2. Особенности развития наркозависимости среди учащихся школ и других общеобразовательных учреждений г. Майкопа // Валеология. 2005. № 1. С. 79–84.
3. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний // Л. А. Николаев, Д. Л. Николаев. Мн.: Выш. шк., 2002.

## **СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АЛКОГОЛЯ**

**В. А. Ключев**

**УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
г. Витебск, Беларусь**

Слово «алкоголь» происходит от арабского его названия «алькегель», означающего «дурман».

Выдающийся русский гигиенист (швейцарец по происхождению) Федор Федорович Эрисман в 1897 г. писал: «...алкоголь принадлежит к средствам, имеющим сильное наркотическое действие, и он стоит в этом отношении близко к хлороформу. Он приводит нервную систему в состояние паралича, и даже те явления более или менее сильного возбуждения, которые предшествуют так называемому «опьянению», суть не что иное, как последствия расслабления или паралича известных частей нервной системы — преимущественно центров ее. Всякая «веселая» компания, черпающая свое веселье в алкоголе, есть компания людей с полупарализованными нервными центрами».

Известному русскому физиологу Николаю Евгеньевичу Введенскому в 1909 г. было известно: «Действие алкоголя во

всех содержащих его напитках (водка, ликеры, вино, пиво и т. д.) сходно с действием наркотических веществ и типичных ядов, таких как хлороформ, эфир, опиум и т. п.».

Академиком Иваном Петровичем Павловым было установлено, что после приема малых доз алкоголя рефлексы исчезают и восстанавливаются лишь на восьмой – двенадцатый день. Но рефлексы — это низшая форма мозговых функций. Четыре высших функции мозга после приема так называемых «умеренных доз», т. е. 25–40 граммов алкоголя, восстанавливаются только на 12–20-й день.

Если концентрацию алкоголя в крови принять за единицу, то в печени она будет 1,45, в спинно-мозговой жидкости — 1,50, в головном мозге — 1,75. В нервных клетках мозга алкоголь вызывает изменения в ядре и протоплазме, как и при отравлении ядами.

При употреблении спиртных напитков наблюдается склеивание эритроцитов, которые затем закупоривают просвет капилляров мозга. Это приводит к отмиранию клеток коры, уменьшению объема мозга («сморщиванию мозга»). Такие изменения касаются больше всего тех отделов мозга, где происходит мыслительная деятельность, осуществляются функции памяти и другие сложные психические процессы.

В медицинском аспекте алкоголизм — это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе, физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы [1].

Алкоголь оказывает свое вредное воздействие не только на органы и системы, но и на содержание некоторых жизненно важных элементов в организме человека.

При избыточном употреблении алкоголя наблюдается интенсивное выведение цинка из организма. Также отмечено уменьшение данного микроэлемента в некоторых отделах головного мозга.

Цинк — необходимый элемент функционирования синтезирующей инсулин системы. Отмечена ярко выраженная



взаимосвязь содержания вышеуказанного микроэлемента в тканях поджелудочной железы и образования инсулина [2].

С недостатком цинка связано такое явления в организме человека, как угнетение деятельности системы иммунного ответа в результате снижения образования антител, числа лимфоцитов, уменьшения массы лимфоидной ткани вилочковой железы (тимуса), миндалин, лимфатических узлов, селезенки [3]. Уменьшение содержания данного микроэлемента в организме вызывает поражение хряща в эпифизарной области трубчатых костей за счет снижения активности остеобластов в шейке кости (кератогенез) [4]. Недостаток цинка проявляется в угнетении работы половой системы: подавление сперматогенеза, задержке развития половых признаков. У мужчин наблюдается более высокая чувствительность половой системы к дефициту данного микроэлемента по сравнению с женщинами и у молодых людей по сравнению со взрослыми [5].

Актуальность. Потеря цинка при алкогольном отравлении на фоне слабой обеспеченности почв данным микроэлементом может явиться серьезной проблемой для здоровья человека.

Цель. Анализ обеспеченности пахотных почв Республики Беларусь подвижной (доступных растениям) формой цинка.

Материалы и методы исследования. Использовались показатели Белорусского научно-исследовательского института почвоведения и агрохимии.

При анализе содержания цинка в почвах Беларуси использовались средневзвешенные показатели в мг/кг, группы пахотных почв, принятые Министерством сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь, Академией аграрных наук Республики Беларусь и Белорусским научно-исследовательским институтом почвоведения и агрохимии в 1992 г. Выделены четыре группы почв по обеспеченности их цинком: избыточная, высокая, средняя и низкая. Они представлены следующим образом: избыточная — более 10,0 мг/кг, высокая — от 5,01 до 10,0, средняя — от 3,01 до 5,00 и низкая — менее 3,00 мг/кг почвы (см. таблицу).

### Обеспеченность пахотных почв Республики Беларусь цинком

Микроэлементы	Группы почв по обеспеченности микроэлементами, мг/кг			
	Избыточная	Высокая	Средняя	Низкая
Цинк	>10	5,01–10,0	3,01–5,00	<3,00

Высокое содержание цинка зафиксировано в почвах Могилевской области (6,96 мг/кг). Среднее содержание данного микроэлемента отмечено в Брестской (3,99 мг/кг), Гомельской (3,32 мг/кг), Минской (3,31 мг/кг) и Гродненской (3,12 мг/кг) областях. В Витебской области зарегистрировано низкое содержание цинка в почве (2,98 мг/кг).

Избыточное содержание цинка в почвах отмечено в Осиповичском районе Могилевской области (13,47 мг/кг). Из районов с высоким содержанием вышеуказанного микроэлемента наиболее выделяется Бобруйский район Гомельской области (9,76 мг/кг). Средняя обеспеченность почв цинком наблюдается в Хойникском районе Гомельской области (4,97 мг/кг). В Рогачевском районе Гомельской области зафиксировано наиболее низкое содержание данного микроэлемента в почвах — 2,26 мг/кг.

Результаты исследования. Высокое содержание цинка наблюдается в почвах Могилевской области (6,96 мг/кг). В почвах Минской, Гродненской, Гомельской и Брестской областей содержание цинка колеблется от 3,12 до 3,99 мг/кг. В Витебской области зарегистрирована низкая обеспеченность почв данным микроэлементом — 2,98 мг/кг.

Выводы. Изучения содержания цинка в почвах поможет установить связь многих заболеваний с недостатком данного микроэлемента и снизить опасность для организма при алкогольном отравлении.

#### Литература:

1. Коробкина З. В., Попов В. А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. М.: Академия, 2002.

2. Hambidge K. M., Casey C. E., Krebs N. F. // Trace elements in human and animal nutrition / Ed. Mertz W. Orlando; San Diego; New York: Acad. press, 1986. P. 1.

3. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А. и др. Мирозэлементозы человека. М.: Медицина, 1991.

4. Карлинский В.М. // Материалы Всесоюз. симпоз. «Микроэлементозы человека». М., 1989. С. 138.

5. Карлинский В. М., Вендланд И. О. // Материалы Всесоюз. симпоз. «Микроэлементозы человека». М., 1989. С. 141.

## «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» НА ТЕРРИТОРИЯХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАДИОНУКЛИДАМИ

**А. С. Соколова**

УО «ВГУ им. П. М. Машерова»

**г. Витебск, Беларусь**

Ежегодно во всем мире случается большое количество различных природных, техногенных и экологических аварий и происшествий локального или глобального масштабов, обусловленных различными причинами и обстоятельствами. В своей жизнедеятельности человек сталкивается со всеми основными природными силами. Огромную опасность для жизни и здоровья человека представляет нежелание знать и учитывать воздействие этих сил.

Более 1000 достаточно крупных радиационно опасных объектов, без которых не могут развиваться экономика и социальная сфера, размещены на территории Республики Беларусь. Проектируется строительство атомной электростанции, так как это перспективный источник электроэнергии. Аварии на этих объектах могут представлять смертельную опасность для большого числа людей (подтверждением может служить авария на ЧАЭС).

В настоящее время в УО «ВГУ им. П. М. Машерова» для студентов почти всех специальностей отделения заочного обучения преподается научно-практическая дисциплина «Защита населения и хозяйственных объектов в чрезвычайных ситуациях»

ях. Радиационная безопасность». Многие студенты-заочники сталкиваются с проблемой выживания или жизнеобеспечения в чрезвычайной ситуации (ЧС) или на территории загрязненной радионуклидами в повседневной жизни. Особенно актуальной вышеуказанная тема стала после аварии на Чернобыльской АЭС и она не потеряла своей актуальности до настоящего времени. Однако многие студенты до изучения курса «Защита населения и хозяйственных объектов в чрезвычайных ситуациях. Радиационная безопасность», проживая вблизи или даже на территории загрязненной радионуклидами, не придавали значения некоторым ситуациям, которые возникали и возникают в процессе их жизнедеятельности на так называемых «чистых» и «зараженных радионуклидами» территориях. Не уделялось должного внимания «чистоте» продуктов питания и воды относительно содержания в них вредных для здоровья радиоактивных элементов.

Изучаемый курс дает студенту-заочнику теоретические и практические знания и навыки поведения в ЧС и при радиоактивной опасности. Особый интерес для студенческой аудитории представляет вопрос аварий и происшествий, влияющих на экологическое состояние окружающей среды.

По проведенному анкетированию среди студентов-заочников 1-го курса юридического факультета (228 человек) была выявлена следующая закономерность:

1. До того как был прослушан курс вышеуказанной дисциплины, 76% студентов не акцентировали своего внимания на соблюдении правил и норм безопасного поведения на загрязненных радионуклидами территориях, а также на «чистых» территориях и не предпринимали мер по обеззараживанию продуктов питания при их приготовлении; 22% — знали и пользовались мерами безопасного поведения, а 2% — не имели никакого представления о существовании безопасных мер и правил.

2. После прослушивания курса лекций и отработки практических навыков процентное соотношение изменилось следующим образом: 96% студентов акцентировали свое внимание на необходимости соблюдения правил безопасности в своей жизнедеятельности как на «чистых» территориях, так и на

загрязненных радионуклидами; 4% — не считают нужным соблюдать безопасные меры, так как считают, что живут на «чистой» территории и данная проблема их не касается.

3. Экологическая проблема (загрязнение атмосферы вредными выбросами предприятий, аварии на объектах атомной промышленности, складах хранения СДЯВ и отравляющих веществ, аварии на промышленных объектах, производящих и перерабатывающих экологически опасные вещества, железнодорожные аварии и др.) стала актуальна для 89% студентов; 7% — считают экологическую обстановку в Республике Беларусь в пределах нормы; а 4% — считает, что эта проблема их не касается.

**Выводы.** Каждый житель Республики Беларусь, независимо от «чистоты» территории, на которой он проживает, должен иметь необходимые знания, применять их для обеспечения своей безопасности в чрезвычайных ситуациях, вызванных авариями на радиационно опасных объектах, диверсиями и террористическими актами с применением радиобиологического оружия. Эти знания необходимы и в повседневной жизни для защиты от радиационного и медицинского рентгеновского облучения.

### **Литература:**

1. Хлопцев А. Ф., Тарасова И. П. Радиационная безопасность. УМК. Витебск, ВГУ, 2004.

2. Дорожко С. В. и др. Защита населения и хозяйственных объектов в ЧС. Радиационная безопасность. 1-3 ч., Мн., «Дикта», 2006.

## **КАК ВОСПИТЫВАЮТ...**

**Антун Лисец**, д-р медицины

**г. Ветово, Хорватия**

Трагическая демографическая ситуация в наших странах не сложилась сама по себе, а в значительной степени была вызвана искусственно. Это результат деятельности специальных институтов, учреждений и многочисленных людей,

которые хотели достичь такого трагического или еще худшего положения. Некоторые этого и дальше желают. Их деятельность нужно прекратить.

Я слышал, что во многих школах вашей страны, в таких учебных предметах как «здоровье», «биология» и т. п., появились очень плохие тенденции, что подтверждается также в выступлениях некоторых гостей. Делаются попытки отделять сексуальную жизнь от брака и рождения детей, не признается грехом контрацепция, стерилизация и искусственное оплодотворение, а также поддерживается добрачная и внебрачная сексуальная жизнь.

При получении информации эротического характера у молодежи ослабляется чувство стыда. Те, которые уже проводили грешный образ жизни, чувствуют поддержку через такие программы, а те, которые стараются уважать целомудрие и моральную чистоту, испытывают искушение и задают себе вопрос, действительно ли они нормальные.

Через сексуальные отношения до брака теряется моральная ориентация в жизни, а ответы на свои вопросы, к сожалению, многие пробуют искать там, где ответа нет.

Сегодня многие пребывают в недоумении от того, почему в наших странах так много беспорядка, неуважения к родителям и учителям, безответственности, разочарования, алкоголизма, курения, наркомании и лени, аварий, с участием молодых людей на дорогах, почему имеет место отрицательное отношение к браку, избегание брака без оправданных причин, почему так много несчастных браков, венерологических заболеваний и бесплодия.

Между тем, очень часто к многим из этих проблем имеют отношение грехи именно в сексуальной сфере, которые часто распространяются через школьную систему.

В результате аморального образа жизни уменьшается или даже теряется возможность влюбиться. Даже если случится брак, супруги пришли друг к другу с различным психическим травмам, без необходимых эмоций, без достаточного доверия и оптимизма, быть может, уже появилось и бесплодие или некоторые неизлечимые заболевания.

Грешный образ жизни развивает не только отрицательное

отношение к браку, но часто и к детям.

А я задаю вопрос: где будущее любого народа, если молодые поколения развили отрицательное отношение к браку и к детям?

Те, кто пользовался средствами против фертильности и против рождения, навредили здоровью, а употреблением некоторых таких средств участвовали и в убийстве своих детей, не зная, что делают.

Дело в том, что большинство так называемых «контрацептивных» средств убивает детей. Зачатие все-таки случается, несмотря на использование всех видов спиралей, таблеток, имплантатов и уколов. Между тем, эти средства убивают нерожденных детей в первые дни после зачатия, когда мать чаще всего еще не знает, что она была беременна.

Статистика показывает, что из детей, зачатых в пробирке, рождается меньше чем 5%. Большинство из тех зародышей, которых поставляют в матку, из-за неестественных условий погибают, а многих детей убивают, не имплантируя, или держат живыми в замороженном виде в холодильниках. Бесплодие женщины чаще всего появляется из-за венерологических заболеваний и аборта. Здесь связались в одно многие грехи.

Сегодня причиной смерти человека в некоторых странах стало убийство людей в первые дни, до имплантации, так называемыми «контрацептивными» средствами и различными действиями, связанными с оплодотворением в пробирке, генетическим инжинирингом и клонированием.

Нельзя забыть, что Иисус сказал: «Истинно говорю вам: так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф 25, 40). Маленький, только что зачатый ребенок, и есть наш меньший брат или сестра. Его нельзя убивать ни при каких обстоятельствах!

Говорили что любили друг друга, а любви не было. Не уважали свою душу и свое тело, не уважали ни друг друга, ни ребенка, который был зачат.

В Хорватии есть пословица: «Кто лжет, тот крадет. А кто крадет, быть может, и убивает. А кто убивает, этот и лжет и крадет». Таким образом, деструкция человека и общества становится всё более и более глубокой, а симптомы становятся заметными

не только в плане души, здоровья тела, низкой рождаемости, но и в плохом отношении к работе, в качестве продуктов, даже в экономике и отсутствии нормального искусства.

Адвокаты аморальных программ в школах, вузах и в средствах массовой информации говорят, что они занимаются «репродуктивным здоровьем». Между тем, их деятельность направлена и против репродукции, и против здоровья.

Родители посылают детей в школу с доверием, рассчитывая на то, что она даст детям хорошее обучение и воспитание, а школа часто осуществляет миссионерство язычества, рекламируя и поддерживая именно то, что Господь Бог запрещает. Никто не имеет права выступать против Божьих заповедей!

Задача школы — призывать к чистой, целомудренной жизни, развивать положительное отношение к браку, который Господь Бог благословит, который заключается на всю жизнь, а также развивать положительное отношение к детям.

Любой народ будет сильным только тогда, когда у него будут сильные семьи, в которых супруги любят друг друга и детей, готовы жертвовать собой ради блага детей, даже в самых трудных ситуациях, какими бы они ни были. Мы сейчас существуем благодаря Господу Богу, а также благодаря наличию того биологического факта, что, действительно, все наши кровные предки от первых людей, Адама и Евы, рожали последующие поколения предков. Если бы один среди наших кровных предков в этой цепи не родился, нас бы не было.

Серьезность упомянутой проблемы и ее распространение в различных странах мира побудило Католическую Церковь указать на остающуюся неизменной христианскую и человеческую позицию.

В документе Папского совета по семье «Истина и значение сексуальности человека» [1], говорится следующее:

«135. Сегодня родители должны быть внимательными к тем путям, через которые безнравственное образование может воздействовать на их детей через различные методы, внедряемые группами, имеющими позиции и интересы, направленные против христианской морали...126. 3. Никакой материал эротической природы не должен быть представляем... 127.4. Этот принцип уважения к ребенку исключает все непри-



стойные формы вовлечения детей и подростков. Что, в числе прочих вещей, может включать следующие методы злоупотреблений полового образования: (а) любые «драматические» представления, пантомимы или «ролевые игры», имеющие генитальное или эротическое содержание; (б) изготовление рисунков, схем, моделей и т. п. на эту тематику, (в) проведение опросов с целью получения личной информации по сексуальным вопросам или разглашения семейной информации, (г) устные или письменные экзамены по половым или эротическим вопросам.

136. Прежде всего родители должны отвергнуть секуляризованное и направленное против деторождения половое образование, которое отвергает Бога и рассматривает рождение ребенка как угрозу. Это половое образование распространяется большими организациями и международными ассоциациями, которые продвигают аборты, стерилизацию и контрацепцию. Эти организации хотят навязать ложный образ жизни вместо истинного понимания человеческой сексуальности. Работая на национальных или государственных уровнях, эти организации стараются вызвать у детей и молодых людей страх «угрозы перенаселения» для внедрения контрацептивного мышления, то есть мышления, направленного против жизни. Они распространяют ложные идеи о «репродуктивном здоровье» и «сексуальных и репродуктивных правах» молодых людей. Кроме того, некоторые такие организации содержат клиники, которые, в нарушение прав родителей, производят подросткам аборты и распространяют контрацептивы, таким образом, стимулируют сексуальную распушенность и, как следствие, увеличение числа подростковых беременностей. «Идя навстречу 2000 году, мы не можем не думать о молодежи. Что навязывается ей? Общество «вещей», а не «личностей». Право делать всё, что угодно с самых ранних лет, без каких-либо ограничений, лишь обеспечить «безопасность». Абсолютный дар личности, власть над своими инстинктами, чувство ответственности — эти понятия считаются как бы уже принадлежащими другой эпохе».

138. В некоторых обществах действуют профессиональные ассоциации сексологов — педагогов, консультантов и тера-

певтов. Поскольку их работа часто основана на сомнительных теориях, научно необоснованных и далеких от подлинной антропологии, на теориях, которые не признают истинного значения целомудрия, родители должны относиться к таким ассоциациям с большой осторожностью, независимо от того, какое официальное признание они могут иметь. То, что их точка зрения находится вне гармонии с учением Церкви, ясно не только по их деятельности, но также и по их публикациям, которые широко распространены в разных странах.

139. Другое насилие, ведущее к растлению, происходит всякий раз, когда половое образование учит детей всем интимным деталям сексуальных отношений, в том числе с помощью наглядных пособий. Сегодня это часто обосновывается желанием обеспечить образование по «безопасному сексу», прежде всего в связи с распространением СПИДа. В этой ситуации, родители тоже должны отказаться от пропаганды так называемого *safe sexa* (безопасного секса) или *safer sex* (более безопасного секса) — опасной и безнравственной политики, основанной на ложной теории, что презерватив может обеспечить надежную защиту против СПИДа.

Родители должны настаивать на том, что единственным истинным и безопасным образованием для предотвращения этой заразной болезни является преподавание воздержания от половой близости до брака и супружеской верности в браке».

Те, кто производит, распространяет и рекламирует презервативы, ответственны не только за соучастие в совершении грехов, среди которых самые частые — блуд, прелюбодеяние и контрацепция, но они также ответственны и за дачу ложных гарантий защиты от инфицирования различными заболеваниями.

Американский национальный институт здоровья еще в 1996 году в документе *Consensus Statement on Cervical Cancer* (Совместное заявление по раку шейки матки) опубликовал данные о том, что использование барьерных методов контрацепции, к которым относятся презервативы, не дает защиты от заражения вирусом папилломы человека (*Human Papiloma Virus*), который вызывает рак матки. 99% женщин, имеющих рак матки, заражены этим вирусом. От болезней, вызванных

этим вирусом, в США умирает больше людей, чем от СПИДа.

Документ **Workshop Summary**, принятый в 2000 г. тем же Американским национальным институтом здоровья совместно с Национальным институтом аллергических и инфекционных заболеваний и Департаментом здравоохранения США, показывает, что нет клинических подтверждений эффективности презерватива в качестве защиты от заражения сифилисом, герпесом и хламидиями.

Католическая Церковь является учителем веры и морали. Нельзя проводить сексуальную жизнь до или вне такого брака, который благословлен Богом и неразрывен до смерти одного из супругов. Значит, надо уважать связь сексуальной жизни и брака.

Конечно, надо сохранить связь и между супружеским актом и зачатием, во время которого Господь Бог сотворяет душу нового человека. Более подробные объяснения можно найти в Католических документах: **Casti Conubi, Humanae Vitae, Persona Humana** и **Donum Vitae**. Так, смертными грехами являются сексуальная жизнь вне супружеского акта, убийство нерожденного ребенка, контрацепция, стерилизация и искусственное оплодотворение как, например, оплодотворение в пробирке, инсеминация и клонирование [2, 3, 4, 5].

Необходимо выбросить из всех учебных программ и учебников всё то, что представляет собой грешную деятельность.

Без Иисуса Христа невозможно вылечить эти раны людей и общества. Медицина только тогда сможет вылечить болезнь тела. Даже, могу сказать, что медицина, которая не уважает Божий закон, не является медициной.

Всем народам нужно нравственное обновление, а это значит, что надо отказаться от любого греха. На каждую проблему существует христианский ответ.

### Литература:

1. The Truth and Meaning of Human Sexuality (1995), Pontifical Council for the Family, at: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/family/documents/rc\\_pc\\_family\\_doc\\_08121995\\_human-sexuality\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_08121995_human-sexuality_en.html).

2. Declaration on Procured Abortion (November 1974),

Congregation for the Doctrine of the Faith, at: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19741118\\_declaration-abortion\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_en.html).

3. *Casti connubii*, Encyclical of Pope Pius XI on Christian Marriage (December 31, 1930), at: <http://65.108.168.229/CASTI-CONUBII.htm>.

4. *Humanae vitae*, Encyclical of Pope Paul VI on the Regulation of Birth (July 25, 1968), at: [http://www.vatican.va/holy\\_father/paul\\_vi/encyclicals/documents/hf\\_p-vi\\_enc\\_25071968\\_humanae-vitae\\_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_en.html).

5. *Donum vitae* (February 1987), Instruction on respect for human life in its origin and on the dignity of procreation, Congregation for the Doctrine of the Faith, at: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19870222\\_respect-for-human-life\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html).

## СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

*Н. Т. Медвецкая*, канд. мед. наук, доцент; *Т. М. Базыленко*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Сохранение здоровья нации обеспечивается на всем жизненном пути: физическое воспитание, экологическое образование, духовное, нравственное и медико-гигиеническое образование и воспитание в дошкольных, школьных и вузовских учреждениях и в системе последипломного образования.

Начинать формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) необходимо в раннем детстве. С этой целью следует включать в повседневную жизнь ребенка различные новые для него формы поведения, вырабатывать стереотипы, полезные для здоровья. Одновременно надо упреждать появление у детей вредных привычек (гипокинезию, переизбыток, несоблюдение режима дня, эгоизм, агрессивность, курение, употребление алкоголя, наркотиков и др.) как собственным примером, так и на

основе знаний об их разрушающем воздействии на организм. Планомерное, доброжелательное, без насилия воспитание детей в соответствии с принципами здорового образа жизни сделает прививаемые им формы поведения привычками, неотъемлемыми качествами их стиля жизни.

В программе ЗОЖ должны быть учтены физические особенности и индивидуальные биоритмы, определена оптимальная для организма двигательная активность, соответствующая возрастным и функциональным возможностям, произведена коррекция питания, выбран метод закаливания, составлен режим дня и предусмотрены меры по избавлению от вредных привычек при их наличии. В период реализации оздоровительной программы требуется строгий контроль ее адекватности и эффективности посредством доступных методов оценки здоровья.

Совершенствование, гармонизация физического, психического и нравственного здоровья обеспечит человеку возможность самоактуализации, разностороннего развития, повышения социальной значимости, подарит ощущение счастья и осознания своей полноценности.

Необходимы совместные усилия врачей, учителей, родителей и государства не только по профилактике заболеваний, но и по воспитанию, обучению здоровому образу жизни с ранних лет. Необходимо всеми средствами агитации подчеркивать преимущества здорового стиля жизни и пропагандировать методы оздоровления. Следует заострять внимание на том, что здоровый стиль жизни — это не простое отсутствие вредных привычек, а активная жизненная позиция, особое мировоззрение, направленное на здравосозидание и самосовершенствование.

Практическое решение проблем по оздоровлению населения должно осуществляться совместно государственно-административными и научными учреждениями. Они должны разработать конкретную целевую комплексную программу по медико-санитарному обеспечению учебных и производственных заведений, в которой будут предусмотрены меры по охране и укреплению здоровья, скоординирована работа учреждений системы образования, здравоохранения и социальной защиты

с учетом региональной специфики.

Перед формированием региональной программы следует провести мониторинг состояния здоровья населения, изучить санитарно-гигиенические условия обучения, производственной деятельности, питания, выделить наиболее значимые для региона факторы риска, связанные с социально-экономическим и экологическим неблагополучием. С этой целью рекомендуется использовать стандартные тесты физического развития, двигательной подготовленности, психофизиологического состояния, анамнестические данные, социально-психологическое и социально-экономическое анкетирование, сведения об экологических условиях мест проживания и обучения (по предоставлению служб санитарно-экологического контроля). Решение основной задачи здоровьесберегающей педагогики — сохранение высокой работоспособности, отодвигание утомления и исключение переутомления школьников — возможно только при правильной организации их труда и отдыха. Для этого необходимо принимать во внимание восемь основных моментов школьной жизни: продолжительность урока, продолжительность учебного дня и учебной недели, организация самого урока, расписание уроков, перемены, экзамены, общественно полезный труд школьников и каникулы [1].

Физическое развитие детей и подростков является важнейшим критерием состояния их здоровья. Его оценку производят с помощью методов антропометрии, изучая соматометрические (длину, массу тела, окружность грудной клетки и т. д.), соматоскопические (форму позвоночника, грудной клетки, ног, осанку, развитие мускулатуры, половое созревание) и физиометрические признаки (по таким показателям как жизненная емкость легких, мышечная сила рук и т. д.).

Физическое развитие детей обычно оценивают путем сопоставления их индивидуальных показателей с возрастными стандартами. При этом определяют не только соответствие длины и массы тела возрасту, но и гармоничность развития с помощью метода индексов, метода сигмальных отклонений и др. [2].

У детей с отклонениями в физическом развитии (дисгармоничными и резко дисгармоничными), как правило, имеются нарушения деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной,

нервной и других систем, поэтому они подлежат особому углубленному обследованию; для них необходимы индивидуальные специальные планы оздоровления.

В психическом развитии ребенка, также как и в физическом, выделяют три критических периода: 3–4 года, 7–8 и 12–14 лет. Резкое напряжение деятельности всех физиологических систем организма в эти периоды повышает подверженность как соматическим, так и нервно-психическим заболеваниям. Особенно сложен в этом отношении так называемый пубертатный период, характеризующийся половым созреванием, гормональной перестройкой, резкими вегетативно-сосудистыми сдвигами в организме. Поведение подростков в этот период отличается чрезмерной эмоциональностью, завышенными требованиями к своей внешности и порождаемыми этим комплексами неполноценности, «некрасивости» [3].

Существенные поправки в закономерности психического развития вносит феномен акселерации. Так, в последнее время у многих детей раньше формируется речь, характер, развиваются способности к обобщению, абстрактному мышлению. Вместе с тем, нередко отмечается дисгармония психического и физического развития, в результате которой зрелые в физическом, половом отношении подростки обнаруживают черты психической инфантильности (повышенную внушаемость, подчиняемость постороннему влиянию, стремление к немедленному удовлетворению желаний и т. п.).

С явлением неравномерного роста и развития детей возникают проблемы, касающиеся, в частности, вопросов определения школьной зрелости. Под ней понимают степень морфофункционального развития детей, которая оказывается достаточной для осуществления сложного комплекса приспособительных реакций, необходимых для начала обучения в школе [4].

Каждый возрастной этап характеризуется комплексом морфофункциональных признаков: определенной массой, длиной тела, его формой, соотношением основных показателей, интенсивностью роста, оксификацией скелета, развитием зубов и своевременностью их смены. Наиболее объективно биологический возраст демонстрирует уровень окостенения скелета. Однако этот тест связан с рентгенологическими исследова-

дованиями и производится только по медицинским показаниям.

Для определения биологического возраста у детей широко используют морфологические показатели физического развития, прежде всего, длину тела. Размеры тела являются традиционными показателями развития организма, однако объективность этого метода снижается генетической обусловленностью ростовых показателей. Низкий рост может быть не результатом замедленного созревания организма, а наследственным признаком [5].

Довольно надежным показателем биологической зрелости является степень полового созревания, которая оценивается по выраженности вторичных половых признаков.

### **Литература:**

1. Белецкая В. И., Громова З. П., Егорова Т. И. Школьная гигиена. М.: Просвещение, 1983.

2. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология. Киев – Ростов-на-Дону: Здоровье, 2000.

3. Билич Г. Л., Назарова Л. В. Основы валеологии. СПб.: Водолей, 1998.

4. Вайнер Э. Н., Волынская Е. В. Валеология: Учеб. практикум. М.: Флинта; Наука, 2002.

5. Попов С. В. Валеология в школе и дома. СПб.: Союз, 1997.

## **СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ КАК ЦЕННОСТНЫЙ ОРИЕНТИР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

**А. М. Мясоедов**

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**г. Витебск, Беларусь**

**Актуальность.** Обилие литературы, посвященной вопросам морально-этического и правового регулирования деятельности медицинских работников, свидетельствует о том, что эти вопросы не утратили своей актуальности и в последние годы им уделяется всё больше внимания. В самых разных исследова-



ниях, монографиях и статьях проявляется постоянный интерес к личности врача, его внешнему виду, поведению, выполнению рутинных обязанностей, умению проводить психотерапию.

Цель. Раскрыть сущность термина врачебная деонтология; рассмотреть цель, задачи, сферу деятельности медицинской деонтологии. Показать важную роль медицинской деонтологии в профессиональной деятельности врача.

Материал исследования. Внедрение в медицинскую практику новых технологий, актуализация таких проблем как трансплантология, эвтаназия и т.п., необходимость морально-этического и правового регулирования возникающих коллизий стали основанием для становления во второй половине XX века биомедицинской этики. Одной из ее составных частей является врачебная деонтология.

Деонтология (от греческого *deon* — долг, должное, *logos* — наука, учение) — учение о должном, врачебная деонтология — учение о принципах должного во врачебной деятельности.

Врачебная деонтология в широком смысле — это учение о поведении, взаимоотношениях и действиях врача, которые необходимы для сажения психики больного, его близких и окружающих, правильной организации лечебного процесса, полного использования всех возможностей при оказании помощи больному [1].

Деонтология в более узком значении — учение о долге, ответственности, чести и достоинстве медперсонала; принципах, нормах и формах взаимоотношений в сфере здравоохранения, прямо или косвенно влияющих на эффективность процесса лечения, реабилитации или предупреждения заболевания конкретного пациента [2].

Методологической основой деонтологии выступают современная философия, впитавшая все достижения мировой культуры, и этика с ее общечеловеческими моральными ценностями.

Деонтология — не этика, но она и не отрасль медицины, а пограничная дисциплина между этикой и медициной, имеющая свою специфику. Деонтология содержательно значительно уже этики как таковой. Деонтология включает определенные нормы, предписания, запреты, которым должен следовать ме-

дицинский работник или врач. Она направлена на сохранение жизни и здоровья каждого конкретного больного. Именно это обуславливает предмет, нормы, принципы и задачи деонтологии [2].

Основной задачей медицинской деонтологии является оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медиками своего долга на основе высокого профессионализма.

У врачей всех специальностей прямое отношение к исполнению профессионального долга имеют их общемедицинская подготовка, владение современными методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, психотерапевтическое искусство, строгое соблюдение правил внутренней (отношение к труду, дисциплина, дружелюбие и чувство коллегиальности) и внешней (приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид, т. е. внешняя опрятность) культуры поведения, наличие высоких моральных качеств, таких, как гуманность и верность долгу. Долг же врача заключается в выполнении всех требований, связанных с его работой.

Однако проблема взаимоотношений врача с прямыми и косвенными участниками лечебного процесса трудно разрешима на основе одних лишь общих деонтологических принципов, без умения и желания врача проникнуть в психологию действующих в этом процессе лиц, понять больного и его родственников, создать нужный и полезный психологический климат для успешного протекания процесса лечения, реабилитации или профилактики заболевания. А это значит, что овладение общими знаниями норм и принципов деонтологии малоэффективно в работе врача без глубокого усвоения практической и социальной психологии.

Единство профессиональных качеств и высокого духовно-нравственного облика врача явилось началом врачебной деонтологии, созданной Гиппократом. Сегодня уже очевидно, что рождается новое направление этой науки — медико-психологическая деонтология, в значительной мере основанная на психологическом символизме отношений врача как профессионала к больному, который тоже выступает и как про-

фессионал, и как личность.

Определяющей задачей деонтологии является формирование у медицинских работников, прежде всего у врачей, прочных профессиональных нравственных стереотипов, связанных с выполнением ими своего профессионального долга, повышающих их чувство профессиональной ответственности и достоинства. Деонтология призвана не только обосновывать нравственные нормы и принципы, но и помочь врачу сделать их своей внутренней потребностью. Она как бы объединяет в себе профессиональную мораль и нравственную направленность личности.

Врачебная деонтология едина для всех медицинских работников. Вместе с тем врачебные специальности существенно различаются, поэтому деонтологические требования, регулирующие практическую деятельность врачей-специалистов, носят специфический характер.

В задачи деонтологии также входит правовое воспитание врача, поскольку свои действия в отношении больного и его родственников врач обязан координировать с правовыми нормами.

Деонтология распространяет свои требования практически на все стороны лечебного, реабилитационного и профилактического процессов. Основные сферы действия деонтологии: взаимоотношения между врачом и пациентом; взаимоотношения между врачом и пациентами-детьми; взаимоотношения между врачом и близкими пациента; взаимоотношения между врачом и его коллегами; взаимоотношения между врачами и средним (младшим) медперсоналом; отношение врача к врачебной тайне и его право на распространение информации; право приоритета в медицинской деятельности и право врача на эксперимент; врач и материальное и моральное вознаграждение; врач и юридическая ответственность; врач и политика.

По мнению Л. Н. Терновского, В. А. Терновской, А. В. Уралова [3], вся деонтологическая информация может быть разделена на несколько групп: ятрогенные заболевания; врачебная тайна; врачебные ошибки; внешний вид врача; поведение врача; «техницизм»; пренебрежение врача психотерапией; специальная деонтология.

Необходимо отметить, что в здравоохранении любой страны, с любым уровнем развития культуры, вне зависимости от социального строя и политической формы правления деонтология решает одни и те же задачи и, следовательно, принципы и нормы ее едины во всем мире. Как правило, они отражаются в деонтологических кодексах, принятых медицинским сообществом той или иной страны.

**Выводы.** В профессиональном мышлении медиков любых специальностей понятие долга или должного является исключительно важным, а основным принципом деонтологии выступает сознательное подчинение личных интересов интересам общества.

Сегодня деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу — заботе о здоровье человека, учение о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей.

### **Литература:**

1. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология: Учеб. пособие. Мн.: Выш. шк., 1998.

2. Биомедицинская этика: Учеб. пособие / Мишаткина Т. В., Фонотова Э. А., Денисов С. Д., Яскевич Я. С. и др.; Под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Мн., 2003.

3. Терновский Л. Н., Терновская В. А., Уралов А. В. Социальное и биологическое в деонтологии // Здравоохранение в Российской Федерации. 1998. № 6. С. 50–52.

## «НЕ НАВРЕДИ!» — ОСНОВНОЙ ЗАКОН ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

*Т. П. Карноушенко*, врач-педиатр;

*М. Н. Нурбаева, А. С. Соколова*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

*г. Витебск, Беларусь*

XX век — век мощного развития индустрии привел к загрязнению окружающей среды и истощению природных ресурсов [1]. Он дал человечеству блага цивилизации, которые обеспечили комфорт и уменьшили нашу физическую активность. Индустрия сельского хозяйства и индустрия питания наполнили продуктами магазины и наши холодильники.

Казалось бы, у нас есть все, но, тем не менее, количество больных людей увеличивается, мы видим всё меньше здоровых людей. Вся беда в том, что изменились причины и механизмы развития большинства заболеваний.

Здоровье и болезни предопределяются на уровне триллионов клеток человеческого тела. Наиболее частой причиной возникновения дисфункций этих клеток является недостаток компонентов пищи — белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов, воды и биоэнергии. Всё это мы должны получить в процессе питания и дыхания. Но воздух загрязнен, чистую воду можно только купить, и то в пластмассе, а продукты, приготовленные индустрией питания, не содержат биоэнергии, они содержат калории, от которых народ толстеет. Необходимые, незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, клетчатка, витамины, минералы в этих продуктах находятся в очень нарушенном виде и пропорциях, и клетки их усвоить не могут. Обмен веществ в клетках тормозится, и в организме постепенно формируются болезненные состояния, причем во всех органах и системах одновременно. Именно поэтому люди сейчас болеют всеми болезнями сразу.

Как вы думаете, можно ли вылечить такого больного каким-нибудь лекарством? И будет ли эта химия безвредна для организма больного?

Поэтому, исходя из принципа «Не навреди!», мы обратимся

к одной из лучших натуропатических медицинских — медицине Китая, которая тысячелетиями накапливает опыт сохранения и восстановления здоровья человека натуральными средствами — продуктами питания.

Эта медицина — наука о здоровье. И она утверждает, что здоров и долголетен будет тот человек, который организует свой образ жизни согласно с природой. А в природе мы видим, что растение не хочет жить и, тем более, плодоносить на тощих почвах, там живет только то, что эволюционно приспособилось к этим условиям. Точно также и человек: он должен или уйти оттуда, где изменились условия жизни, или каким-то образом приспособиться к ним, а на это нужны сроки, сопоставимые с эволюцией, дающие возможность адаптироваться к этим изменениям.

И что же мы видим сейчас: человек так жестко изменил окружающую среду, что ученые и врачи рассматривают это, как экологическую катастрофу, и мы видим вымирание многих биологических видов. Под угрозой и сам человек.

Вернемся к восточной медицине. В первую очередь она уделяет внимание питанию. Потому что все компоненты для жизнедеятельности и здоровья человек получает из пищи, они нужны в небольшом количестве, но каждый день. Ведь организм берет из пищи каждый раз ровно столько, сколько надо — это идеально, только молодой организм берет некоторые микроэлементы и витамины в запас, но ненадолго, т. к. все элементы питания включаются в обмен веществ, который не имеет права останавливаться.

Во-вторых, человек должен ежедневно иметь достаточную физическую активность — движение, тогда активнее движется кровь и оптимально протекают процессы обмена веществ.

В-третьих, нужно уметь правильно использовать свои эмоции, к примеру: сердцу противопоказана жизнь без радости; для легких губительна тоска; почкам вредны непрощенные обиды; селезенка не любит грусти, а печень рождает гнев и агрессию.

Имея все эти знания, мы можем осознанно относиться к своему здоровью и проявлять заботу о нем.

Подумайте, все, о чем мы с вами узнали, требует ли при-

менения лекарств (ядов)? Очевидно, что нет. Что же делать?

1. Понять, что здоровье, как любая другая данность, нуждается в уходе, в заботе, постоянной и осознанной.

2. Обеспечить себе оптимальную тренирующую двигательную активность любыми средствами, желательно на свежем воздухе.

3. Контролировать свои эмоции.

4. Улучшить качество своего питания, используя для питания свежие продукты, дополняя их качественными биологически активными добавками к пище — биокорректорами. Следует помнить, что минералы и искусственные витамины не могут являться добавками к пище, потому что они плохо усваиваются, имеют противопоказания и побочные действия.

Наилучшим образом всем необходимым требованиям соответствуют биологически активные добавки, сделанные по тибетским рецептам, проверенным тысячелетиями. Такими добавками не принесешь вреда своему организму, а предупредишь формирование многих болезней.

#### Выводы:

1. Основные причины формирования болезней — неправильное питание, недостаток движения и загрязнение воздуха и воды.

2. Дополнив питание качественными биологически активными добавками к пище, повысив двигательную активность, очищая воздух и воду, мы можем предупредить развитие у себя очень большого количества заболеваний, а если болезнь уже есть, восстанавливаться.

3. Нет необходимости использовать для лечения лекарства — яды, которые приносят организму много вреда.

#### **Литература:**

1. Башканова Н. В. Курс нутриентологии. Ростов-на-Дону, Феникс, 2005.

2. Карноушенко Т. П. Эндокринология. Региональные проблемы экологии: пути решения // Тезисы докладов II Международного экологического симпозиума. Полоцк, 2005. С. 109–111.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

***О. В. Огирко***

Львовский национальный университет ветеринарной медицины  
и биотехнологий им. С. З. Гжицкого

***г. Львов, Украина***

Сегодня постсоветские страны переживают глубокий моральный кризис, который стал следствием больших духовных потерь от времен тоталитаризма и массового атеизма. Приобрели распространение насилие, аборт, разводы, контрацептивные средства, гомосексуализм, эвтаназия, злодейство, пьянство, наркомания, самоубийство, обман, коррупция, пренебрежение к человеку. Абсолютизация экономики рынка доллара и евро как чего-то трансцендентного стала своеобразным продолжением марксистско-ленинской теории, которая выше духовности человека ставила материальные блага, добавляя к этому еще идеологическую канву. Всё это — выразительные признаки морального упадка, атрофии сути человеческого бытия, что является следствием бездуховного воспитания, причиной общего обнищания и кризисных явлений.

Человеческая личность может реализоваться как единственная целостность, природа которой есть одновременно и телесная, и духовная. Силой субстанционного единения с разумной душой, человеческое тело не может считаться лишь ансамблем тканей, органов и функций; не может быть оценено наравне с телом животных, так как является существенной частью лица, которое через это тело себя выражает.

Научно-технический прогресс, который должен был бы служить человеку, в наше время привел к тому, что большинство культурных, моральных, духовных ценностей начали нивелироваться и даже терять свое первобытное значение. Переоцениваются разные аспекты человеческой жизни, изменяется отношение как к материальным, так и к духовным ценностям. Общество переживает глубокий экзистенциальный кризис, поскольку то, что когда-то ценилось и свято сохранялось, пренебрегается в интересах технического прогресса и совершен-



ствования. Такие явления как войны, геноцид, эксперименты над людьми во имя научного прогресса, в конечном итоге и над целыми народами, свидетельствуют, что человечество ради удобств и совершенствования начало пренебрегать достоинством человеческой личности как таковой и ее жизнью. Даже сама медицина, которая, казалось, должна была бы служить человеку и оберегать его жизнь, всё чаще становится инструментом действий, направленных против человека.

Длится экспансия культуры антисолидарности, которая принимает во многих случаях вид так называемой «культуры смерти». Она ширится в результате сильных культурных, экономических и политических тенденций, которые находят отражение в концепциях общества, важнейшим критерием которых является успех. Такие общественные явления как глобализация, гиперконкуренция приводят к тому, что более «слабые» народы, нации, целые общества остаются за пределами всемирной экономики, развития науки и даже культурного достояния. Их используют лишь как дешевые орудия труда. Своеобразной войной сильных против бессильных можно назвать положение вещей, которое господствует в современном обществе. Собственно говоря, те, кто больше всего нуждается во внимании, опеке, досмотре — нерожденные дети, инвалиды, неполноценные личности и другие прослойки общества — препятствуют «сильным» мира сего, потому что тормозят, по их мнению, развитие научных исследований, не дают полностью раскрыть потенциал человеческого ума. Поэтому и будут оправдываться аборты, контрацептивы, искусственное оплодотворение, эвтаназия, смертное наказание и т. п. Один человек считает, что имеет право вмешиваться в жизнь другого. Собственно говоря, в основе такого отношения к другим лежит ошибочное представление о свободе каждой личности в частности. «Свобода является большим подарком Творца, поскольку должна служить человеку и его осуществлению, которое происходит через дарование себя и открытость другому человеку». В современном обществе дошло до того, что отрицается другое «Я». Творится общество, где собственная цель и выгода достигается независимо от других или даже через страдание других.

Папа Иоанн Павел II считал, что причина такого состояния общества заключается «в ослаблении чувствительности к Богу и человеку. Такой процесс влечет нивелировку человеческой личности и ее жизни. Церковь чувствует обязанность заботиться о жизни человека и лелеять ее, чтобы она не теряла ту ценность, которую получила от Бога. В конечном итоге, мы, всё человечество, призваны принимать участие в жизни Пресвятой Троицы. Земная жизнь не теряет своей ценности по сравнению с вечностью».

Утверждение принципов биоэтики даст возможность не только готовить хороших специалистов своего дела, но также быть небезразличными к судьбе людей, способными оздоровить состояние сегодняшнего общества, вывести его из кризиса, внести соответствующую частицу в развитие духовности, повышение морали и формирование здорового образа жизни граждан, что положительно отразится на качестве и эффективности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики болезней, сохранения и укрепления здоровья населения.

Невзирая на разные подходы к проблемам биоэтики, нужно всегда помнить: «Человеческая жизнь священна, потому что с самого начала она несет в себе творческое действие Бога и навсегда находится в особенном отношении с Творцом, своей единственной целью. Один Бог является Владыкой жизни, от начала ее и до конца: никто, ни при каких обстоятельствах, не может претендовать на право прямо уничтожить невинного человека».

Кризис современного общества вызван, в первую очередь, потерей нравственных ценностей, в результате чего кажется, что человеческая жизнь сегодня имеет условную ценность. Церковь уделяет этой проблеме большое внимание. Это удостоверяют папские энциклики: *Veritatis splendor* и *Evangelium vitae*, а также факт проведения IV Чрезвычайного заседания Консистории кардиналов, на котором кардинал Ратцингер (нынешний Папа Бенедикт XVI) выразительно указал на противоречия, в которых живет современный мир. С одной стороны, мир борется за всё новые права человека и пытается защищать их, а с другой — эти права на политическом уровне часто игнорируются.

Заметим, что человечество переживает болезненный процесс дехристианизации, когда многие не верят в существование Бога, вследствие чего не уважают жизнь и постепенно уверяют себя в том, что моральным является всё то, что разрешено законом. Потеряв основу, которой является Бог и вера, трудно определить, что является добром, а что — злом. Кто не позволяет просветить себя Божьим Словом, тот может потерять истинный смысл жизни и, таким образом, уничтожает себя своими собственными руками.

Негативно влияет на определение смысла жизни концепция абсолютной свободы индивида — свободы, которая базируется на удовлетворении лишь личных желаний, игнорируя определенные общечеловеческие ценности. Отсутствие объективной оценки ситуации приводит к тому, что человек, имея власть, ради собственной свободы игнорирует права людей, преимущественно тех, которые не пытаются (или не могут) реализовать собственные стремления.

Современная трактовка концепции «культуры смерти» близка к субъективному пониманию нравственности и понятию совести, оторванной от своего конститутивного отношения к моральной правде. Здесь игнорируется объективная правда, универсальная и единственная для всех. Сегодня мир демонстрирует откровенную агрессивность, направленную на человеческую жизнь. «Культура смерти» свойственна ментальности современных людей. Речь идет о приоритете в жизни человека индивидуальных, материальных, утилитарных ценностей, а также гедонизма. Другими словами, в формировании человека и образа его жизни центром и целью всегда является он сам. В этой концепции человеческое тело рассматривается не как конкретная форма существования, связанная с Богом, а как дар на пути достижения разнообразных стремлений и материального благосостояния. И сексуальность здесь рассматривается не как дар и проявление настоящей любви, а как средство для достижения наслаждения.

Только христианство дает правдивое понимание человека, как образа и подобия Божьего, а также осознание того, что человек — это воплощенный дух и одухотворенное тело. Поэтому христианство стоит на страже жизни от зачатия вплоть

до естественной смерти. К сожалению, современное общество проявляет драматичную агрессивность к человеческой жизни (массово осуществляя аборт, эвтаназию и т. п.), что Папа Иоанн Павел II назвал «цивилизацией смерти».

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**А. А. Метелица**, канд. пед. наук,  
доц. каф. управления и технологий образования  
УО «Витебский областной государственный институт  
повышения квалификации и переподготовки  
руководящих работников и специалистов образования»  
*г. Витебск, Беларусь*

При выборе мер профилактики среди подростков следует отличать алкоголизм как заболевание от пьянства как проявления моральной распушенности, а также учитывать, направлены ли эти меры на здоровых людей или на лиц, неустойчивых в нервно-психическом отношении.

Как известно, выделяют три этапа профилактики алкоголизма. В данном сообщении сделан акцент на первичную профилактику, так как вторичная и третичная являются, в основном, компетенцией медицинских работников. Необходимо целенаправленное воспитательное воздействие на основные факторы (биологические, психологические, социальные), способствующие формированию пьянства и алкоголизма.

В первичной профилактике алкоголизма существует три основных направления: проведение широкой воспитательной работы с учащимися и родителями, направленной на повышение их культурного уровня и формирование антиалкогольного общественного мнения; санитарно-гигиеническое противоалкогольное воспитание; формирование трезвенных установок.

Современные социологические исследования указывают на существование прямой связи пьянства и алкоголизма среди

детей и подростков с такими факторами, как низкий уровень образования, отсутствие организованного культурного досуга, рост числа подростковых групп с асоциальными тенденциями, терпимое отношение к употреблению подрастающим поколением спиртных напитков. Особенно пристального внимания требует организация свободного времени подростков, поскольку бессодержательно проводимый досуг — одна из главных причин развития пьянства.

Санитарно-гигиеническое направление антиалкогольного воспитания предусматривает повышение санитарной грамотности и культуры учащихся, пропаганду здорового образа жизни (ЗОЖ).

Психологические аспекты противоалкогольной пропаганды предполагают использование не только примеров пагубного влияния алкоголя на организм (одни лишь негативные стимулы не могут длительно определять жизненное поведение), но и широкое использование позитивных элементов — перспективы, цели, мотивы, ради которых необходимо устоять от соблазна выпить. Важно показать не только то, почему плохо пить, еще важнее — почему хорошо не пить, используя конкретные, доступные восприятию и пониманию подростков примеры.

Подросткам, оказавшимся в группе «риска» по проблеме алкоголизма, присущи следующие определенные личностные особенности: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социальбельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими социальными контактами; стремление говорить правду; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность.

Особенностями противоалкогольного воспитания и просвещения в школах являются: противоалкогольное просвещение как целостная система противоалкогольного воспитания, которое осуществляется как целостная система на протяжении всех лет обучения и направлено на формирование в сознании детей и подростков нетерпимого отношения к любым проявле-

ниям пьянства и алкоголизма; программа противоалкогольного воспитания должна предусматривать постепенное, с учетом возрастных и психологических особенностей учащихся, раскрытие сторон отрицательного влияния алкоголя на здоровье человека и жизнь общества в целом; противоалкогольная работа в школах, которая должна проводиться преимущественно силами учителей и социальных педагогов с приглашением для чтения лекции специалистов (медиков, юристов, социологов и др.); противоалкогольное просвещение должно распространяться также и на родителей учащихся.

Содержание работы по профилактике алкоголизма в школе должно сформировать позитивное мышление у учащихся и личностную позицию в отношении употребления алкоголя, повысить роль и ответственность семьи в профилактике алкоголизации.

Задачи проводимой работы: дать информацию учащимся и родителям о вредном влиянии алкоголя на организм; рассказать о социальных последствиях употребления алкоголя; оказать практическую помощь родителям в профилактике алкоголизации среди детей; содействовать приобретению учащимися навыка сказать «нет»; способствовать формированию потребности в здоровом образе жизни.

На первом, подготовительном этапе проводится анкетирование среди учащихся по данной проблеме, объявляются конкурсы: на лучшее сочинение о вреде алкоголя; доклад, творческую работу, сообщение; рисунок, плакат, эмблему здоровья. Оформляется выставка «Здоровье — наше богатство». На втором этапе организуется деловая ролевая игра «Скажем «нет» алкоголю!». На втором этапе — работа с родителями по профилактике алкоголизации среди детей.

Нельзя работать с подростками по профилактике алкоголизма, не работая одновременно с семьями, в которых растет этот ребенок. Чаще всего проблемы кроются именно в семье, особенно, если родители пьющие.

Для достижения поставленных целей и задач по профилактике алкоголизма необходимо предусматривать различные формы работы с родителями подростков. Это могут быть клубы, круглые столы, дискуссионные беседы, консультации,

тренинговые занятия, собрания, конференции, обсуждение литературы и др.

При работе с родителями могут рассматриваться различные вопросы и прорабатываться проблемы: межличностные отношения в семье; авторитарное подавление ребенка; равнодушие родителей к проблемам ребенка; гиперсоциализация в отношении к ребенку; вопросы подросткового алкоголизма и т. д.

На занятиях повышается чувствительность к ребенку и его проблемам, повышается психолого-педагогическая грамотность родителей, самооценочность, развивается компетентность, закрепляются новые способы общения в семье.

Для родителей можно предлагать беседы на различные темы: «Карта вашей семьи»; «Ваша семья глазами вашего ребенка» (с элементами комментирования); «Умеем ли мы любить своих детей?»; «Знаем ли мы своего ребенка?» (об особенностях психического развития младших школьников); «Типы семейного воспитания»; «Ребенок в алкогольной компании» и др.

Методом профилактики алкоголизма являются тренинговые занятия по личностному росту и развитию навыков межличностного общения, в различных программах учебных курсов по нравственному воспитанию и самовоспитанию.

Целесообразно также организовать такие формы работы с подростками, в рамках которых они могли бы не только делиться друг с другом собственными соображениями, но и получать дополнительную информацию о человеке и его жизни, приобретать новый, более эффективный опыт в общении между собой и с другими людьми. Важно, чтобы подростки приобрели опыт организации своего собственного досуга, развития своих интересов, способностей, личностных возможностей.

Особым образом организованное взаимодействие в группе при участии взрослого помогает подросткам осознать себя, свои ценности и сопоставить их с духовными и общественными ценностями, определить и сформировать свое отношение к полноценной творческой жизни человека как к цели, к которой надо стремиться.

Таким образом, профилактика пьянства и алкоголизма

должна носить систематический и наступательный характер и проводиться дифференцированно среди подростков и взрослых, родителей учащихся.

Специалисты социально-психологических служб совместно с педагогами должны проводить профилактическую работу по проблемам нарушения поведения, а также патологического развития личности у данного контингента детей и подростков. Все психолого-педагогические воздействия имеют не только профилактическую, но и лечебно-коррекционную направленность.

Необходимыми условиями успешной психолого-педагогической работы являются ее системность, регулярность, комплексность.

Целью работы социально-психологических служб системы образования и педагогов по этой проблеме является содействие развитию ЗОЖ, предупреждение алкоголизма среди подростков, обучение тех, кто подвергается риску.

## ОТНОШЕНИЕ К АЛКОГОЛИЗМУ В СРЕДЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

***М. Н. Нурбаева***

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
***г. Витебск, Беларусь***

Проблема пьянства и алкоголизма сложна, складывается из многих компонентов и наносит огромный материальный и социальный ущерб обществу, подрывает здоровье пьющего. Отрадно наблюдать складывающуюся в стране и в обществе тенденцию, направленную на уменьшение алкоголизации молодежи.

Огромная работа в этом направлении проводится в школах, вузах, других учреждениях образования. Важную роль в этой работе играет Церковь. Профилактика употребления алкоголя должна проводиться системно, т. к. молодежь — это наиболее уязвимая часть населения, потому что не имеет сложившихся жизненных принципов [1]. Ощущения личной



свободы, взрослости особенно проявляются тогда, когда молодые люди начинают жить вне семьи.

Целью нашего исследования было выяснить, существует ли зависимость употребления алкоголя молодежью от того, как часто употребляют алкоголь их родители; какие алкогольные напитки предпочитает молодежь; причины употребления алкоголя и что молодежь предпринимает, чтобы предупредить похмелье.

С использованием метода анонимного анкетирования опрошено 390 человек (135 юношей 255 девушек) — студентов одного из факультетов вуза [2].

Полученные данные показали, что 15,4% родителей алкоголя не употребляют вообще, а среди молодежи эта цифра ниже — 12,6%.

Чаше 1 раза в неделю алкоголь употребляют 5,9% родителей и 8,7% студентов (в 1,5 раза больше).

У юношей 5,9% родителей пьют чаще 1 раза в неделю, а у девушек — 5,5%, в то же время 10% юношей употребляют алкоголь 2–3 раза в неделю, а девушек — 3%.

Основная масса родителей (71%) употребляют спиртное 1 раз в месяц и реже, у студентов эта цифра равна 55,6%.

Если говорить о вкусовых пристрастиях молодежи, то 23% ответили, что не любят никаких спиртных напитков; 38% предпочитают пиво; примерно столько же (37%) — шампанское и ликеры; 20% — вино и 4% — водку.

О причинах, по которым они употребляют алкоголь, основная масса ответила: «с целью хорошего общения в компании» (31,3%) и «для улучшения настроения» (33,8%); «подражают взрослым» только 3,4%; однако 4,9% респондентов имеют проблемы с общением и вынуждены употреблять алкоголь, чтобы устранить нерешительность и стеснительность. Тревожным является и тот факт, что 23,6% молодежи употребляют алкоголь без особых на то причин.

Интересно, что все респонденты знают, что алкоголь — это яд, что после его употребления нарушается самочувствие, и тем не менее пьют. Однако, чтобы предупредить похмельный синдром, ограничивают употребление алкоголя («не пьют много») — 39,2%, «стараясь хорошо закусить» — 40,2%;

7,2% употребляют разбавленные напитки; а вот 7,9% студентов вынуждены принимать лекарства. Ничего не используют 11,5% опрошенных.

#### Выводы:

1. На употреблении молодежью алкоголя сказываются семейные традиции, уклад жизни и отношение к алкоголю в семье.

2. Количество студентов, которые употребляют алкоголь чаще 1 раза в неделю, в 1,5 раза больше, чем родителей, и юношей в 3 раза больше, чем девушек.

3. Алкоголь очень доступен для молодежи.

4. Очевидно влияние на предпочтение в выборе напитков открытой рекламы (пиво) и скрытой рекламы (шампанское как символ шикарной жизни).

5. Основная масса молодежи принимает меры, чтобы не было похмельного синдрома.

6. В среде студенческой молодежи нет стремления употреблять алкоголь в подражание взрослым.

7. В вузе следует продолжить воспитание и формирование трезвой личности с четкими жизненными позициями и разнообразными интересами.

8. Необходимо уделять внимание организации дополнительной работы в кружках по интересам, спортивных секциях, организации работы различных студий, и эта работа должна оцениваться руководством вуза не как второстепенная, а наравне с учебной. Серьезное отношение к таким методам воспитания приносит свои плоды в формировании личности с богатыми интересами, имеющей прочные жизненные установки.

#### **Литература:**

1. Маюров А. Н. Здоровье человека – 4 // Материалы IV Международного конгресса валеологов / Под ред. проф. В. В. Колбанова. СПб: СПбПОО, 2005.

2. Штеков А. И., Омелянчик М.С. Эпидемиологическое исследование отношения к алкоголю школьников и студентов. Здравоохранение. 2000. № 1. С. 22–24.

## ВЗГЛЯД НА ЭВТАНАЗИЮ СО СТОРОНЫ ХРИСТИАНСКОЙ РЕЛИГИИ

*И. Г. Подрез*, студ. 2-го курса лечебного факультета

Научн. рук. — *К. Б. Болабошко*

УО «Витебский медицинский институт»

*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. В наше время очень много внимания уделяется проблеме эвтаназии. Во многих странах ведутся споры о необходимости узаконивания этого процесса. Многие безнадежно больные хотят прибегнуть к процедуре эвтаназии, дабы облегчить свои страдания, не задумываясь о том, что совершают при этом смертный грех. Поэтому задача священников, врачей и близких больного — не допустить даже мысли об эвтаназии у этого человека.

Цель. Определить отношение христианской веры к процедуре эвтаназии.

Термин «эвтаназия» впервые употреблен Ф. Бэконом в XVII в. для определения «легкой смерти», и с XIX в. стал означать «умертвить кого-либо из жалости». Здесь идет речь о преднамеренном убийстве с целью облегчить ненужные страдания. В таком случае, не существует более двусмысленного слова, чем «эвтаназия».

Сама идея эвтаназии зародилась давно. Но со времен Гиппократ и до наших дней традиционная врачебная этика включает в себя запрет: «Я никому, даже просящему об этом, не дам вызывающее смерть лекарство, и также не посоветую это». С недавнего времени, однако, у врачей всё чаще и чаще появляется готовность прибегнуть к этой практике, по крайней мере, тогда, когда пациент сам просит о смерти. Как нам следует относиться к этой тенденции? Как к освобождению от устаревших запретов или как к некоей вседозволенности, которая одновременно неверна с моральной точки зрения и опасна на практике?

Существуют четыре места, в которых действует это разрешение, — Нидерланды, две части Америки и Северная Территория Австралии. Только в Северной Территории эвтаназия

официально разрешена законом. В Орегоне (законодательным актом) и в двух частях Соединенных Штатов (решениями Апелляционных Судов Второго Округа (Нью-Йорк и др.) и Девятого Округа (Калифорния, Орегон и др.), где лишены силы установленные законом запреты, врач может выписывать пациенту, но не давать сам, вызывающие смерть препараты. В Нидерландах самоубийство с помощью врача и активная (добровольная) эвтаназия запрещены законодательным актом, но разрешены на практике. По заявлению суда, врач, умертвивший (или содействовавший в самоубийстве) своего пациента при определенных обстоятельствах, не признается виновным. Этими законами и политикой установлены три условия:

- 1) эвтаназия должна быть добровольным,
- 2) только врач может оказывать помощь или осуществлять эвтаназию,
- 3) состояние пациента должно быть с медицинской точки зрения неудовлетворительно.

Что такое эвтаназия? Одно из наилучших определений, имеющиеся в нашем распоряжении — это определение, данное организацией «**HOPE**» (надежда) — **Healthcare Opposed to Euthanasia** (Борцы за здоровье против эвтаназии): «преднамеренное убийство или потеря человека, чью жизнь считают недостойной продолжения».

Медицинская практика сталкивается и со следующими вариантами:

1. Завершение или отказ от тщетного лечения. Некоторые способы лечения тщетны, так как страдания, которые они доставляют пациенту, превосходят их пользу. Но есть огромная разница между выражением «непригодное лечение» (поэтому не стоящее применения) и выражением «непригодный пациент» (и поэтому не стоящий излечения).
2. Соразмеримые боль и лечение симптомов с желанием не убить, а помочь (принцип двойного эффекта).
3. Отказ пациента от лечения.

Невозможно заставить пациентов пройти курс лечения против их воли. Если пациент, который в состоянии решать, отказывается от лечения, которое спасло бы ему жизнь, то это тогда не эвтаназия, так как врач не навязывает ее пациен-

там против их воли. С другой стороны, если пациент просит преждевременной смерти и доктор соглашается, то тогда это эвтаназия.

С древних времен доктора обрабатывали моральные директивы, чтобы направлять врачей и защищать пациентов. Самая ранняя попытка была предпринята Гиппократом, который написал свою Клятву еще в 600 году до н. э., что и стало основой всех последующих принципов медицинской этики.

Моральные требования этой клятвы во многом согласуются с иудейско-христианской этикой и все выпускающиеся доктора перед началом своей практики должны были подписать эту клятву. Среди требований в Клятве есть следующее: «Обязуюсь никому не давать смертельного лекарства, не смотря на просьбы и уговоры».

С ростом давления на докторов для применения эвтаназии Всемирная Медицинская Ассоциация приняла в 1992 году постановление Марбелла. В нем предусмотрено, что «самоубийство с помощью врача, т. е. эвтаназия, является неэтичным и должно быть осуждено профессиональными медиками». Британская Ассоциация медиков недавно подписалась под этим мнением.

Для врача-христианина основополагающими факторами отношения к эвтаназии являются нравственные корни Божественного откровения. Мы не найдем этого слова в указателе библейских изречений, но, тем не менее, о многом мы можем узнать именно из Писания.

Фактически, в Библии можно найти два примера добровольной эвтаназии. Фрагмент о сотворении мира повествует нам о том, что люди сами по себе уникальны, так как были сотворены по образу и подобию Божьему (Быт 1, 26), и именно на этом основании, после всемирного потопа Господь устанавливает смертельное наказание за убийство и завещает это всему человечеству (Быт 9, 6–7). Люди, сотворенные по образу и подобию Божьему, не должны становиться жертвами несправедливого человеческого суда.

Позже все это было оформлено в Божьем завете для избранный народа Израиля, в шестой заповеди: «Не убей!» (Исх 20, 13; Втор 5, 17). Эта заповедь запрещает убийство

невиновного человека. По ветхозаветному соглашению Бог разрешал убийства в трех случаях: в ситуации священной войны, за тяжкие преступления и в целях самозащиты (Исх 22, 2). Условия священной войны очень ясно и понятно истолкованы Моисеем (Втор 20, 10–18). В городах земли обетованной каждый должен был быть убитым, в отдаленных же городах только мужчины должны были быть убиты и только в том случае, если предварительное предложение мира было отвергнуто. Существовало свыше двадцати тяжких преступлений, караемых смертной казнью, начиная убийством и заканчивая попытками достичь своей цели нечестным путем. В таких ситуациях израильтяне как представители Бога обязаны были вынести смертный приговор. Ситуация самозащиты принималась во внимание только в том случае, если кто-то ворвался в дом после наступления темноты с намерением совершить преступление и был убит хозяином в целях защиты своей семьи и собственности. Господь оправдывал только убийство виновного. «Невинная кровь» не могла быть преднамеренно пролита ни при каких обстоятельствах, и Писание фактически осуждает всякое пролитие невинной крови (Исх 23, 7; 4 Цар 21, 16; Пс 105, 37–38).

Приведем примеры из Священного Писания, в которых повествуется о содействии чьей-то смерти. В первом (Суд 9, 53–56) Авимелех, полагая, что он смертельно ранен (с переломом черепа от удара жерновом по голове), просит своего оруженосца убить его. Его просьба выполнена и израильский лидер таким образом избежал унижения быть убитым женщиной. Здесь смерть рассматривается как кара, посланная на Авимелеха за убийство им своих семидесяти братьев, и нам не известно, что случилось с его оруженосцем.

Во втором примере некий Амалекитянин расправляется со смертельно раненым Саулом, оставшимся в живых после неудачной попытки самоубийства.

«Я случайно пришел на гору Гелвуйскую, — говорил молодой человек, — и вот, Саул пал на свое копьё, колесницы же и всадники настигали его. Тогда он оглянулся назад и, увидев меня, позвал меня. ... Он сказал мне: кто ты? И я сказал ему: я — Амалекитянин. Тогда он сказал мне: подойди ко мне и убей

меня, ибо тоска смертная объяла меня, душа моя все еще во мне. И я подошел к нему и убил его, ибо знал, что он не будет жив после своего падения» (2 Цар 1, 6–10).

Правдива ли история (она отличается от описания смерти Саула в 1 Цар 31) или это выдумка Амаликитянина, чтобы заставить воевать расположение в глазах Давида тем, что он прикончил Саула и доставил Давиду корону, но реакция нового короля интересна: «Как не побоялся ты поднять руку, чтобы убить помазанника Господня?» (2 Цар 1, 14) — спрашивает он и затем, видимо, перед тем как получить ответ, как будто признание само по себе является достаточным основанием для вынесения приговора, приказывает казнить Амеликитянина.

По крайней мере, для Давида это убийство Саула из сострадания явилось тяжким преступлением, караемым смертью, несмотря ни на ужасную боль того (возможно, от перитонита), ни на близкую неминуемую смерть, и, что самое важное, несмотря даже на личную просьбу Саула быть убитым.

Эвтаназия отчетливо подпадает под библейское определение. Нет никаких предпосылок для убийства на основании уменьшенной ответственности (основываясь на возрасте или болезни) и нет предпосылок для убийства из сострадания, даже по просьбе человека. Точно так же не признается право на смерть, так как человеческая жизнь принадлежит Богу (ср. Пс 24, 1), а не является собственностью человека. Самоубийство — это тоже самое нарушение шестой заповеди. Только Бог имеет власть забрать человеческую жизнь. (...)

Имея дело с пациентом, умирающим от боли, может показаться, что у нас на выбор есть только две равно нежелательные альтернативы: либо «адская жизнь» либо эвтаназия. В действительности, есть еще третья альтернатива — путь креста. Этот путь призывает нас потратить наше время, деньги и энергию на поиски благородных решений в плохих ситуациях и практически оформился в приютском движении, основанном главным образом врачами-христианами. Но, возможно, самый сильный аргумент христиан против эвтаназии это то, что смерть — это еще не конец. Бог сотворил совершенный мир, который пал вследствие человеческого бунта против Бога. Но Божье вмешательство через смерть и воскресение Христа

означает, что через веру мы можем после смерти ожидать жизни в новом мире с Богом, где « смерти не будет уже; ни плача, ни вопля, ни болезни» (Откр 21, 4). Для тех, однако, кто не знает Бога, эвтаназия вовсе не является милостивым освобождением. Это, наоборот, только подтолкнет их ближе к судному дню, к которому они не готовы, с последующим вечным отлучением от Бога в аду (ср. Евр 9, 27; Откр 20, 15). Таким образом, это, быть может, наихудшее, что мы можем для них сделать. Эвтаназия в корне неправильна, потому что Бог сказал, что это неправильно — и когда нас уговаривают поразмышлять над этим, то наш ответ должен быть предельно прост: «Написано: не убивай!». Будучи правильными, Божьи законы имеют также абсолютно положительное значение. Поэтому мы можем эффективно выступать против узаконивания эвтаназии в мирской беседе, даже тогда, когда наши оппоненты не признают существования Бога.

В медицинском плане утолить боль возможно всегда. Развитие анальгетической фармакологии, лучшее понимание эффектов анальгезии и оптимальных условий ее использования способствуют тому, что сегодняшний врач более оснащен в этом плане. Часто «стойкая к обезболиванию» боль возникает вследствие изначально неправильного болеутоления и недостаточной дозировки. Это может привести к возобновлению боли еще до ее утоления. Сегодня нам известно, что регулярное употребление препаратов опия оральным путем и приспособление их к интенсивности и характеру боли может избавить от появления болевой депрессии, которая увеличивает чувствительность и страдания больного. Часто является возможным получить болеутоляющий эффект с сохранением ясного сознания больного, не вызывая у него наркотической зависимости (чего так опасались врачи в прошлом).

Утолить боль фармакологическим методом возможно, но этого недостаточно. Драма раковых больных, как и большинства пациентов, находящихся в терминальном состоянии, носит, в основном, психологический характер: они чувствуют себя покинутыми не только врачом, но часто даже родственниками. И как раз в такой момент приходит мысль об эвтаназии, просьба о которой, по своей сути, есть крик о помощи. Значит,



очень важно по-человечески поддержать больного, создать вокруг него атмосферу доверия и внимания, в которой он сможет спокойно умереть.

Нельзя говорить об этой проблеме, не упомянув о «Движении приютов» врача Сесиль Сандерс из **St.-Christopher's Hospice**, организованного ею в Лондоне для того, чтобы ухаживать за умирающими от туберкулеза и рака (1967). Сегодня это движение имеет многих последователей в целом мире, среди которых, в первую очередь, нужно отметить **St.-Victoria Hospital** в Монреале и служение врача Шебаг-Лану из клиники **Paul-Brousse** в Вайледжиф, которые являются образцом ухода за пожилыми людьми вплоть до их смерти. В этих центрах врач, в основном, не борется за жизнь, но облегчает страдания. Результат тридцатилетней работы этих центров исключительно позитивен: если наша цивилизация окажется способной к достойному отношению к смерти, она будет способна к достойному отношению к жизни и любви.

Вывод. Церковь полностью осуждает эвтаназию. Никто и ничто не может разрешить убийство невинного человека, будь он эмбрионом или плодом, или ребенком, или взрослым, или пожилым, неизлечимо больным, или умирающим. Кроме того, никто не может требовать совершить такое убийство ни в отношении самого себя, ни в отношении кого-либо другого, находящегося под его ответственностью, не может также согласиться на это ни прямым, ни косвенным образом. Поэтому осуждению подлежит всякое посягательство на человеческую жизнь — как аборт, так и эвтаназия.

#### Литература:

1. Библия.
2. Иоанн Павел II. Энциклика *Evangelium Vitae*.
3. Шон Судо. Эвтаназия.

## ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ: ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ\*

*И. И. Ефременко, Д. Г. Пугач*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»,

УО «Витебский государственный медицинский колледж»

*г. Витебск, Беларусь*

Современные медицинские и социологические исследования свидетельствуют об ухудшении здоровья детей в период полового созревания [3, с. 21]. Особую опасность в последние годы приобретает прогрессирующий у подрастающего поколения рост венерических и гинекологических заболеваний, нарушений в сексуальном развитии, частоты случаев асоциального полового поведения (половой распущенности, проституции, сексуальной агрессивности, аборт) [1, с. 14].

Одной из причин сложившегося положения является то, что сами дети в этот период плохо заботятся о своем здоровье и приобретают немало вредных привычек. Способствует этому как неблагоприятная обстановка в семье, так и то, что учеба в школе, чаще всего не приносит подросткам удовлетворения [3, с. 22]. В то же время важно заметить, что именно в подростковом возрасте у человека не только формируется сексуальность, но и активно вырабатывается свой (индивидуальный) образ жизни [1, с. 16]. И от того, как это происходит, в значительной степени зависит качество его последующей жизни (собственное здоровье, здоровье будущих детей, благополучие семьи и многое другое). Вот почему именно в период полового созревания важно побудить и научить человека укреплять собственный организм, заняться саморегуляцией и, конечно, правильно управлять своей сексуальностью.

Одним из самых тяжелых последствий сексуального бескультурья является крайне низкая контрацептивная культура, в результате чего ведущим методом планирования и регулирования рождаемости в постсоветских странах был и до сих пор

---

\* Взгляды авторов статьи не соответствуют позиции Католической Церкви по этому вопросу. — *Прим. изд-ва.*

остается искусственный аборт [2, с. 26]. Почти во всех странах бывшего СССР, после его распада, произошла сексуальная революция. Молодые люди стали более сексуально активными, однако их знания в вопросах контрацепции остаются на низком уровне.

К сожалению, анализ педагогической практики показывает, что половым воспитанием подрастающего поколения сегодня ни родители, ни учителя в школе должным образом не занимаются. Половое воспитание осуществляется в лучшем случае эпизодически в форме «сексуального информирования» (этим чаще всего занимаются медицинские работники в центрах репродуктивного здоровья, гинекологических отделениях детских больниц, иногда в школах). Однако «информационный» подход недостаточен, так как он не способствует формированию у молодых людей ценностного отношения к своему здоровью. Об этом, в частности, свидетельствуют наши предварительные исследования. Было проведено анонимное анкетирование 97 студентов 1–4 курсов факультета физического воспитания и спорта и факультета социальной педагогики и психологии Учреждения образования «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова».

Анонимный опрос молодежи по вопросам, регулирования рождаемости проводился по следующей анкете (варианты ответов в анкете приводятся в сокращенном виде):

№	Вопросы анкеты	Девушки n=81	Юноши n=16
1.	Ваш возраст	17–24	18–21
2.	Какой способ контроля рождаемости более приемлем для вас? - контрацепция	87,7	93,8
3.	Из каких источников вы узнали о контрацепции? - от родителей - от друзей - из средств массовой информации (специальная литература, газеты, интернет и т. д.)	12,3 32,1 88,9	6,2 25,0 81,3

4.	Контрацепция является обязанностью: - обоим партнерам	91,4	93,8
5.	Какие виды контрацепции вы знаете? - КОК - презервативы - ВМС	82,7 79,0 46,2	81,3 93,8 75,0
6.	Какой вид контрацепции является на ваш взгляд более удобным? Почему? - КОК - презервативы - нет ответа - супружеская верность	27,2 45,7 18,5 —	25,0 68,8 — 6,2
7.	Какой вид контрацепции является на ваш взгляд более надежным? - презерватив - КОК - не знаю - нет ответа	27,2 14,8 4,9 23,5	31,3 — — 6,2
8.	Есть ли какой-нибудь вид контрацепции, дающий 100% гарантию? Если да, то какой? - презерватив - не знаю	8,6 3,7	6,2 —
9.	Стоит ли вводить в программу обучения вопросы, касающиеся полового воспитания (в частности контрацепции)? - да - нет	95,1 4,9	100,0 —
10.	Если да, то, в каком возрасте стоит рассматривать эти вопросы? 13–15 лет	71,6	56,3
11.	Как вы оцениваете свои знания в этой области по 10-бальной шкале? 6 баллов 7 баллов 8 баллов 9 баллов 10 баллов	19,8 24,7 23,5 8,6 7,4	6,2 25,0 — 43,8 12,5

Таким образом, из результатов анкетирования видно, что студенты практически ничего не знают о новых методах контрацепции (имплантаты, вагинальное кольцо и т. д.). 95,1% девушек и 100% юношей считают, что необходимо просвещать подростков в вопросах контрацепции. На вопрос «Ваши предложения» наиболее частым ответом было то, что такие занятия необходимо проводить в устной форме (в форме беседы) с использованием слайдов, презентаций и т. д.

Большинство из опрошенных студентов впервые узнали о контрацепции из СМИ (девушки — 88,9%, юноши — 81,3%). Это свидетельствует о том, что контрацептивная культура их родителей, друзей находится на низком уровне, а разговаривать с врачами они стесняются.

По данным анонимного опроса, девушки-подростки считают, что идеальный контрацептив должен быть надежным (83,1%), безопасным для здоровья (63,2%), экономически доступным (36,2%) и удобным в применении (29,3%). Медицинская точка зрения предусматривает для контрацепции у подростков максимальную надежность, защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и обратимость — возможность быстрой отмены метода в случае желания забеременеть [3, с. 26].

### **Литература:**

1. Кузнецов М. Т. Любовь и нравственность в воспитании юношества. Минск, 2000.
2. Радецкая Л. Е. Путеводитель по контрацепции. Москва: Медицинская литература, 2005.
3. Здоровье и успех. 2006. № 3.

## ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ — ОДНА ИЗ СФЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛУБА «ЮНЕСКО» (из опыта работы)

**Н. А. Шкут**, студ. 4-го курса педагогического факультета  
Научн. рук. — куратор клуба ЮНЕСКО **Н. Г. Ковпак**

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
**г. Витебск, Беларусь**

В последнее время в практике образования широко используются интерактивные методы обучения — альтернативные традиционным методам. Название этих методов идет от психологического термина «интеракция», что означает «взаимодействие».

Взаимодействие понимается как непосредственная межличностная коммуникация, важнейшей особенностью которой признается способность «принимать роль другого», представлять, как тебя воспринимают партнер или группа и соответственно интерпретировать ситуацию и конструировать собственные действия.

Республиканское общественное объединение «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО» в течение десяти лет активно участвует в реализации программ по здоровому образу жизни (ЗОЖ). Витебский клуб ЮНЕСКО «Прадслава» (студентов, педагогов и школьников):

1) ведет работу по пропаганде здорового образа жизни, осуществляемую студентами для школьников и школьниками для школьников, проводит подготовку тренеров по программе «Равный обучает равного»;

2) участвует в реализации проектов «Профилактика табакокурения среди подростков», участвует в акциях «Стоп — СПИД», «Нет — наркотикам» и т. д.;

3) создает и распространяет информационные листовки, бюллетени буклеты, комиксы по пропаганде ЗОЖ; проводит минутки здоровья, информационные классные часы; разрабатывает мероприятия, направленные на пропаганду ЗОЖ;

4) является инициатором встреч с представителями здравоохранения, госучреждений, неправительственных обще-

ственных организаций, с работниками центров «Здоровье», журналистами, литераторами;

5) участвует в конференциях и дебатах по данной проблеме, проводит обучающие семинары и тренинги как для молодежи вообще, так и для будущих тренеров-экспертов.

Здоровый образ жизни, по определению В. В. Маркова, это «поведение человека, которое определяет жизненную позицию, направленную на сохранение и укрепление здоровья и основанную на выполнении норм, правил и требований личной и общественной гигиены» [1].

В последние годы в республике значительно активизировалась работа по формированию среди населения потребности в здоровом образе жизни, хочется надеяться, что в Год здоровья, провозглашенный на государственном уровне, она станет приоритетной в массовом общественном сознании. «Чаще всего в качестве побуждающих факторов, которые вдохновляют человека на здоровый образ жизни, — замечает В. П. Шербинина, — являются болезнь, жизненный кризис, другие экстремальные ситуации» [2].

Подключение системы образования к решению проблем сохранения и укрепления здоровья является особенно актуальным. В педагогической практике ведется разработка на всех уровнях целостной системы сохранения и укрепления здоровья педагогов и учащихся, создаются основы учебно-воспитательного процесса, обеспечивающие молодому человеку возможность выбора здорового образа жизни и формирования отношения к собственному здоровью как к высшей духовной ценности, отказа от вредных привычек.

Ответственность человека за себя и других является важным фактором развития у него общественного сознания. Пропаганда здорового образа жизни ставит целью помочь молодым людям осознать, что они представляют собой важную часть общества и что их ответственность за свое поведение включает в себя как отказ от употребления наркотиков, табака, алкоголя, так и стремление улучшить свое самочувствие, заботится о репродуктивном здоровье, а следовательно, — и о самочувствии всего общества.

Заслуживает внимания опыт пятидесяти минских школ,

вовлеченных в проект по профилактике табакокурения и СПИДа, проводимый инфоцентром «Шанс», который затем стал распространяться и в других регионах Беларуси. Поскольку ВИЧ-инфекция уже всю набрала обороты в нашей республике, то знания о СПИДе должны не просто усвоиться, а закрепиться на подсознательном уровне. Так, чрезвычайно полезной и своевременной представляется нам презентация «Информационного справочника организаций, оказывающих услуги в области ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь» [3] (составитель Д. Ю. Субцельный), прошедшая в День всех влюбленных 14 февраля в нашем областном центре профилактики СПИД в Никрополе.

Во введении к справочнику отмечено, что СПИД — это эпидемия информационного века. В то же время именно инструменты информационного века являются нашим сильным оружием в борьбе с эпидемией СПИД: борьба против отрицания, бездействия, невежества, стигмы и дискриминации — ключевых сил, которые позволяют расширяться границам этой эпидемии.

БелАЮ, представленная 65 клубами по всей Беларуси, много и плодотворно работающая и по программе № 7 «Информация и коммуникация» (см. «Программы Ассоциации») [4], выражает уверенность, что «коммуникация с использованием всех средств информации может играть центральную роль в ответе на СПИД. Благодаря широкому охвату, глобальной инфраструктуре и опыту в сфере коммуникации, средства информации имеют фактически уникальную возможность изменить ход этой эпидемии». Остается добавить, что у данного справочного издания серьезная миссия и он, несомненно, принесет пользу белорусскому обществу в деле борьбы с ВИЧ/СПИД.

Обсуждая на заседаниях, семинарах, тренингах клуба тревожные цифры и факты по серьезным проблемам здравоохранения, молодые приходят к выводу, что действия, направленные на борьбу с серьезнейшими угрозами здоровью и благополучию населения, должны предприниматься (и принимаются) как на политическом уровне, так и в повышении осведомленности, влияющей на поведение, и в пропаганде



более безопасного сексуального поведения.

К Специальным Сессиям Генеральной Ассамблеи ООН членами клуба производятся сборы подписей под текстом Международной Декларации и проводится разъяснительная работа среди старшеклассников, в средней школе № 45 г. Витебска, с численностью почти 2 тысячи учащихся, при которой работает клуб ЮНЕСКО, проводятся акции, обучающие семинары (в декабре 2007 г. — в библиотеке им. Евфросиньи Полоцкой), развивающие игры для детей и подростков силами педагогов, студентов и старшеклассников по программе «Равный обучает равного», по проекту «Бумеранг». Изучаем и применяем материалы журналов «Здаровы лад жыцця» (АiВ), «Экологія» (АiВ), «Мир животных», «Лесавік», газет «Юный спасатель», «Раніца», «Переходный возраст», республиканской, областной и городской печати.

Участники и друзья клуба награждены грамотами управления образования Витебского облисполкома и УО «Государственное областное объединение по организации внешкольной работы с детьми и подростками» за участие в областном конкурсе на лучшую публикацию на экологическую тематику «Наш общий дом» (2007 г.), ряд лет они принимали участие в конкурсах «День Земли» Министерства образования и ОО «Зеленый крест», в прошлом году приняли участие в интерактивной интернет-игре «Наша Беларусь: стратегии развития», проводимой 16 ноября, в Международный день, посвященный терпимости (ЮНЕСКО), по инициативе ОО «Обновление гуманитарного образования», молодежным образовательным клубом «NEWLINE» ГУО «Академия последипломного образования». Проводится обсуждение модели подготовки будущего учителя и преподавателя вуза к формированию здорового образа жизни школьников на материале базовых дисциплин. Мероприятия по пропаганде ЗОЖ включены в план деятельности клуба «Прадслава», их ход регулярно освещается в школьном бюллетене «Прадслава».

Осенью прошлого года ребята приняли участие в Республиканском осеннем фестивале клубов ЮНЕСКО в Гродно на тему «Научись говорить НЕТ!», Зимнем университете клубов ЮНЕСКО (январь 2008 г.). В этих современных формах про-

свещения и образования с привлечением тренеров-экспертов и по методике «Сверстник обучает сверстника» были проведены ролевые игры, тренинги по профилактике наркомании, СПИДа, сохранению репродуктивного здоровья, а также мастер-классы с привлечением специалистов по конфликтологии, искусству дебатов, работе форум-театров и др.

Большое место в клубе отводится и психическому здоровью человека, социально-правовой адаптации детей-инвалидов и воспитанников социальных учреждений в среду сверстников и взрослых. Так, в городской газете «Витьбичи» в Международный день родного языка (ЮНЕСКО) был описан опыт участия клуба в создании квилта из детских рисунков на ткани, который с удовольствием готовили воспитанники Центра дневного пребывания инвалидов вместе с родителями и педагогами. Подобные акции в социальных и образовательных, внешкольных учреждениях были проведены в Международный день инвалидов 3 декабря, Международный день профилактики СПИДа (в библиотеке им. Евфросиньи Полоцкой) и др.

В организации работы клуба ЮНЕСКО хочется отметить значение использования для современных школьников и студентов интерактивных методов обучения и воспитания, т. к. они отличаются:

- высокой интенсивностью коммуникативного общения;
- сменой и разнообразием видов деятельности;
- процессуальностью (изменением состояний участников);
- целенаправленной рефлексией участников над своими действиями;
- эффективным взаимодействием.

Работу ведем с использованием ИКТ (разработка презентаций, анимационные конкурсы), видеотехники, фотографии. Готовим методические материалы и участвуем в мероприятиях по экологии и ЗОЖ районных и городских центров творчества, областного объединения по внешкольной работе, клуба «Родник» по месту жительства (микрорайон «Юг-7, 7а») и др.

В этом году по рекомендации РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО» председатель клуба приняла участие в семинаре-тренинге по подготовке новых тренеров, проводимом «Белорусской Ассоциацией молодых христианских

женщин» по актуальной для Белоруссии и всей Европы теме «Противодействие распространению торговли людьми». Данное обучающее мероприятие проходило в Минском международном образовательном центре им. Иоганесса Рау. После напряженного и интересного обучения, которое длилось 3 дня, участники получили сертификаты, а по возвращении в город им было предложено заполнить анкеты, на основе которых через 2 недели был произведен отбор новых тренеров. Работа, которую они проводили, была крайне интересной для участников Витебского клуба ЮНЕСКО «Прадслава». Обучающие мероприятия были проведены на достаточно серьезном уровне, благодаря методической поддержке ОО «БАМХЖ», среди учащихся среднеобразовательных школ, школ-интернатов, Витебского городского социально-педагогического центра, Школы социального работника при Витебском городском территориальном центре социального обслуживания Первомайского района, для представителей общественных организаций города. Необходимо отметить, что каждый из проведенных тренингов не был похож на предыдущий. С 2007 года началась работа по социально-правовой адаптации детей и молодежи из различных социальных учреждений города. Данное новое направление работы станет одним из приоритетных в организации и, думается, по праву, т. к. последствия ужасного явления (торговля людьми) влекут за собой не только изменения в сознании человека, побывавшего в рабстве, но и целый ряд проблем социально-экономического характера, в том числе и распространение сиротства.

#### **Литература:**

1. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М., 2001.
2. Шербинина В. П. Формирование здорового образа жизни школьников. Здравый лад жыцця. 2003. № 6.
3. Информационный справочник организаций, оказывающих услуги в области ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь. Мн., Лазурек, 2007.
4. Клубы ЮНЕСКО в Беларуси. Что важно знать? РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО».

5. Здоровье человека: экологические, медицинские и педагогические аспекты. Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2003.

6. Никифоров Г. С. и др. Психология здоровья. СПб: Изд-во СПб университета, 2000.

7. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. СПб, 2000.

8. Психологические основы формирования культуры ЗОЖ у детей младшего школьного возраста. // Здоровы лад жышя. 2007, № 11.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МОРАЛЬ И НАУКА ВЫЖИВАТЬ

**Л. В. Лукина**, канд. ист. наук, доцент

УО «Витебская ордена «Знак Почета»  
государственная академия ветеринарной медицины»  
**г. Витебск, Беларусь**

Профессиональная деятельность породила потребность в определении границ профессиональных обязанностей и выработке соответствующего отношения к ним как со стороны представителей той или иной профессии, так и со стороны членов общества, не входящих в данную профессиональную группу. Одним из существенных компонентов профессиональной морали традиционно являются некоторые профессиональные кодексы. Так, на протяжении столетий клятва Гиппократова является фундаментом профессиональной этики врачей.

Возросшие требования к личности как носителю определенной профессии поставили вопрос об объединении усилий, прежде всего биологов и врачей, по обеспечению достойных условий жизни людей. В 1970 году американский онколог Ван Ренсселер Поттер предложил термин «биоэтика», который соединил в себе трансформационные процессы общей этики и медицинской этики. Наука выживать, предложенная Поттером, — это мудрость, которая объединяет биологическое знание и общечеловеческие ценности. Это своего рода «печать»,

накладываемая на профессиональные качества, функционирование и социальную роль личности в конкретных сферах ее жизнедеятельности.

Статьи Конвенции Совета Европы «О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» нацелены на выявление социально-экономических, этических и юридических позиций в аспектах уникальной и неповторимой морали индивида. Биоэтические проблемы — это и клонирование человека, и допустимость абортов, и правда для пациента о неизлечимом заболевании, и вопрос о необходимости разрешения родственникам умершего взять его органы для пересадки другим людям.

Наука выживать вновь возрождает интерес к созданию генетическими методами новой «породы» людей, которые будут обладать высокими физическими и интеллектуальными качествами. Наука, которая занимается улучшением потомства людей, называется евгеникой. Для создания одаренного поколения евгениками в начале XX века предлагалось «соединять» только родителей с хорошей наследственностью. В 1934 году в Германии был принят закон о принудительной стерилизации душевнобольных, пьяниц, проституток и прочих представителей «низших слоев». Перед второй мировой войной в тридцати штатах США действовали законы, позволявшие стерилизовать умственно отсталых и преступников. В 1981 году американский криминолог Джин Стефанс разработал план, согласно которому только прошедшие тестирование супружеские пары могут иметь детей. Это должно было улучшить «породу» американцев и привести к появлению суперинтеллектуалов. Велись работы по созданию «идеального человека» и в бывшем СССР. Техническое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни дает, с одной стороны, многообещающие возможности, но, с другой стороны, это вполне реальная угроза для физического здоровья и осознания духовной ценности человека. Проблемы защиты жизни и продолжения жизни, возникающие в связи с прогрессом в биологии и медицине, предполагают совместные, опирающиеся на культуру несогласия усилия, врачей и биологов, философов и богословов, психологов и социологов, юристов и политиков. Подготовка к реализации этики жизни

предполагает наличие специальных знаний, благородных и гуманных душевных качеств, обладание искусством влиять, воздействовать на людей, оптимально использовать неисчерпаемый арсенал методов и средств в желаемом направлении.

Важным представляется формирование умений и навыков анализа и оценки деятельности этически значимых ситуаций в профессиональной деятельности, выведение норм и конструирование ступенек профессиональной морали. Профессиональная мораль в известном смысле «компетентна» в определении ценности тех или иных поступков личности при выполнении ею профессиональных ролей. И она в немалой степени создает нюансы определенного отношения к людям в зависимости от выполнения ими профессиональных обязанностей. Через иерархизацию по-разному оцениваются и конкретные поступки людей разных профессий с учетом критериев профессиональной морали, профессионального долга.

Профессиональная мораль — это общие установки, переведенные в нормы, правила и принципы, пригодные для морального выбора и нравственной оценки характера выполнения человеком профессиональных обязанностей, его поведения как специалиста в конкретных жизненных ситуациях. Профессиональные нормы — совокупность управляющих воздействий, благодаря которым обеспечивается нравственно ценное значение действий членов определенной профессиональной общности. Таким образом, разрешение вопросов о человеке, являющемся сложным психобиологическим комплексом одnorазового жизненного использования, о человеческом самоопределении и ответственности, вопросов нерегламентированных, заранее не расписанных, требует действия профессиональной морали, поступков в духе добра, достойного поведения.

### **Литература:**

1. Конвенция «О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины». М., 1999.
2. Научное управление нравственными процессами и этико-прикладные исследования. СПб., 2001.

# БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХРИСТИАНСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВАЛЕОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ НОВЕЙШИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Е. А. Смоленко**, канд. мед. наук, доцент

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Процесс университетской подготовки специалистов в области биологии и валеологии в настоящее время чрезвычайно сложен и интересен. Помимо основополагающих фундаментальных учебных дисциплин биологического профиля в учебную программу включен ряд медицинских циклов. Особое внимание уделяется проблеме сохранения репродуктивного здоровья человека.

Широкая реклама в средствах массовой информации и внедрение в практику здравоохранения новейших репродуктивных технологий (искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, «суррогатное» материнство, донорство и криоконсервация гамет и эмбрионов) будоражат ум и воображение подрастающего поколения. В поисках ответов на возникающие в связи с этим многочисленные вопросы подросток обращается к преподавателю биологии, валеологу, медицинскому работнику. В такой ситуации перед педагогами, специалистами-медиками и обществом в целом возникает ряд биомедицинских и этико-правовых вопросов-проблем.

Биомедицинские исследования представляют собой область современной науки, в которой этические проблемы являются объектом не только дискуссий и обсуждений, но и конкретных крупномасштабных действий. Развитие институтов, структур и механизмов этического регулирования требует новой и адекватной оценки взаимоотношений между наукой и этикой.

В системе биомедицинских и этических знаний сегодня сформировались три основных направления, имеющие отношение к здоровью и жизни человека: экологическая этика, биоэтика и биомедицинская этика.

Экологическая этика рассматривает фундаментальные

принципы и проблемы нравственных взаимоотношений в триаде «Человек — Общество — Природа». При этом все участники взаимодействия рассматриваются как автономные моральные субъекты.

Биоэтика вырабатывает нравственные принципы отношения к Жизни и иному Живому, направленные на заботу о правах биоса и основанные на формуле А. Швейцера: «Я есть жизнь, которая хочет жить среди жизни, которая хочет жить».

Биомедицинская этика исследует нравственное отношение общества и профессионалов-медиков к жизни, здоровью и смерти человека, включая и традиционные установки медицинской деонтологии. Биомедицинская этика основывается на общечеловеческих ценностях, которые выработаны социумом, составляют основу всей его жизнедеятельности и обретают особый смысл и специфику в профессиональной деятельности врача.

Главными принципами биомедицинской этики признаны следующие:

- принцип уважения автономии пациента (признание права человека самому решать вопросы о своей жизни, здоровье, целостности);

- равная доступность медицинской помощи;

- соблюдение принципа «не вреди»;

- соблюдение принципа «не только не вреди, но сотвори благо».

К основным принципам относятся:

- обязательность соблюдения медицинских показаний для проведения любой медицинской процедуры;

- соблюдение конфиденциальности;

- правдивость собеседников (врача и пациента);

- получение от пациента информированного добровольного осознанного согласия на проведение медицинской процедуры;

- право пациента на любом этапе выполнения медицинской процедуры отозвать свое согласие на нее.

Для формирования духовности нового поколения валеологов и медицинских работников чрезвычайную актуальность сегодня приобретает христианская биоэтика. Это — наука об уважении к физической и духовной жизни, основанном на



абсолютных ценностях христианской культуры. Христианская биоэтика базируется на десяти Заповедях Божьих и главных заповедях Любви, евангельских советах и блаженствах. Будучи биологией духовности, она предостерегает молодежь от того, что несет угрозу для жизни и часто проявляется как эгоистичные удовольствия.

Целью христианской биоэтики является защита здоровья и жизни человека от момента оплодотворения до природной смерти, осуществляемая через различные формы его духовного и физического лечения.

С позиций христианской биоэтики:

- следует уважать жизнь как дар Божий;
- человек имеет обязанности не только перед людьми, но и перед животными;
- человек имеет ценность сам в себе и не может быть средством;
- человек является воплощенным духом и одухотворенным телом, а его человеческий дух выражается телесно;
- тело и душа человека — это не две действительности, отделенные одна от одной;
- тело — живая материя, соединенная с душой. Имея способность к питанию, движению, отдыху, размножению, оно подпадает под законы материи (закон смерти);
- человеческая душа оживляет тело, проявляет духовную возможность абстрактно мыслить, создавать идеи, оценки, делать умозаключения, свободно принимать решения. Она не испытывает телесной смерти и не может подвергаться разложению;
- душа человека бессмертна, она начинает существовать с момента зачатия и отвечает за поступки человека;
- согласно христианскому учению, человек получает тело через своих родителей, а душу непосредственно от Бога.

В соответствии с постулатами христианской религии, человек является естеством материально-мировым, в котором совпадают все миры (природы, других людей, собственного сознания и личности, где он может найти Бога). Поэтому следует уважать окружающий мир и землю. Будучи естеством общественным, человек должен отдавать себя другим. Как естество самосознания, необходимо найти себя и утвердить.

Поскольку человек является открытым естеством, он способен выйти из своего центра и соединиться с «другим».

В христианском биоэтическом воспитании молодежи очерчен круг важнейших задач:

а) формирование собственных идеалов и добродетелей на фундаменте разума и веры;

б) достижение состояния, при котором в уме будет властвовать вера, управляемая добродетелью мудрости;

в) в воле должна властвовать любовь, руководствующая добродетелью справедливости;

г) в чувствах преобладает надежда, ведомая добродетелями мужества и осторожности, сдерживающими порывы злых чувств;

д) утверждение состояния, при котором разум, вера и совесть управляют всеми движениями воли.

Биоэтика ограждает молодежь от всего, содержащего в себе угрозу для жизни. К таковым категориям относятся войны, убийства, аборты, самоубийства, эвтаназия. В биоэтике содержатся предостережения от нанесения вреда здоровью человека: членовредительства, зависимости от наркотиков, манипуляций над человеческой жизнью, генетических манипуляций, стерилизации, употребления контрацептивов, искусственного оплодотворения, внетелесного оплодотворения (ВРТ), клонирования. Человек призван уважать жизнь и ее достоинство, а также должен сохранять природу, растительную жизнь и животных.

Обсуждая в студенческой аудитории вопросы сохранения здоровья человека и перспективы дальнейшего усовершенствования новейших репродуктивных технологий, следует акцентировать внимание на таких этических моментах, как:

- Главенствующая роль принципа, согласно которому искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение должны проводиться по медицинским показаниям.

- Судьба полученных при экстракорпоральном оплодотворении, но неиспользованных в репродуктивных технологиях эмбрионов человека.

- Допустимость предлагаемых вариантов решения этого вопроса: передача эмбриона другой женщине, согласие на

его разрушение или проведение исследований с эмбрионом.

- Время сохранения половых клеток и эмбрионов в крио-консервации.

- Кто решает судьбу «неиспользованных» для лечения бесплодия эмбрионов человека?

- Недопустимость либо допустимость репродуктивного и терапевтического клонирования человека, получения эмбриональных стволовых клеток из «незатребованных» для лечения бесплодия эмбрионов.

- Статус эмбриона человека: с какого момента его следует рассматривать как личность, имеющую право на жизнь и ее защиту, на защиту его человеческого достоинства в законодательном порядке.

- Вопрос о количестве эмбрионов, перенесенных женщине за один цикл лечения для исключения развития многоплодной беременности.

- Правомерность манипуляций с половыми клетками и эмбрионами с терапевтическими и исследовательскими целями.

- Соблюдение анонимности доноров гамет и эмбрионов, их прав и обязанностей.

- Возможность раскрытия рожденному с помощью репродуктивных технологий ребенку (в том числе, при донорстве половых клеток или эмбриона) тайны его зачатия и сведений о биологических родителях.

- Возможности использования «суррогатного» материнства, формулировка прав и обязанностей суррогатных матерей.

- Вопрос об определении и выборе пола плода строго по медицинским показаниям (при наличии в семье риска носительства связанных с полом генетических заболеваний).

Должны анализироваться результаты социологических исследований, посвященных этическим и правовым проблемам биомедицинских технологий, позиции религиозных конфессий относительно репродуктивных технологий.

Подводя итог сказанному, необходимо подчеркнуть, что Человек призван уважать жизнь и ее достоинство, сохранять природу, жизнь растений и животных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
И ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК  
СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ  
В ШКОЛАХ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА  
(на примере г. Витебска)

**В. А. Соловьева**, студ. 5-го курса биологического факультета;

**М. А. Шербакова**, преп. каф. анатомии,  
физиологии и валеологии человека

Научн. рук. — **М. А. Шербакова; И. М. Пришепа**, д-р биол. наук

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

**г. Витебск, Беларусь**

**Актуальность.** В настоящее время существует большое разнообразие форм токсикомании, но самыми распространенными являются алкоголизм и никотиномания. Никотиномания — это социально допустимая токсикомания, вызванная стимулирующим веществом (никотином) малой эффективности, содержащимися в табаке [1]. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь от болезней, связанных с курением, ежегодно умирает около 15,5 тысяч человек. На протяжении последних лет наблюдается стойкая тенденция к увеличению распространения алкоголизма. Алкоголизм является хроническим заболеванием, обусловленным систематическим употреблением спиртных напитков. С точки зрения социального аспекта современной жизни под алкоголизмом понимается неумеренное потребление спиртных напитков. По данным Всемирной организации здравоохранения смертность от алкоголизма и непосредственно связанных с ним заболеваний стоит на третьем месте, уступая только смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. С каждым годом количество людей пристрастившихся к алкоголю и табакокурению неизменно возрастает, и особенно быстрыми темпами среди подростков. В настоящем исследовании мы рассмотрим один из главных факторов снижающих уровень здоровья, которым является табакокурение (влияет на социальное и физиологическое здоровье).

Цель. Выявление мотивации и степени никотиновой зависимости среди учеников старших классов, обучающихся в школах крупного промышленного центра (на примере г. Витебска).

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели, нами были использованы адаптированные методики «Анкета Хорна», «Тест Фагестрома» и авторский опросник. Исследование проводилось на базе трех общеобразовательных школ (№ 6, № 31, № 39) г. Витебска, среди учащихся 9–11 классов в возрасте 14–17 лет. Всего нами было обследовано 98 человек, из них 52 девушки и 46 юношей.

Результаты исследования. По литературным данным, основными мотивами курения являются: социальное окружение, психологические, физиологические и познавательные факторы, которые преобладают в различные возрастные периоды жизни и являются предпосылкой к курению [2]. В ходе анкетирования, нами были констатированы основные мотивы к употреблению табака среди подростков в возрасте 14–17 лет. Их ранжирование привело к получению следующей картины: поддержка — 40% (снятие утомления, стресса, напряжения); расслабление — 27% (закуривание только при принятии удобной позы); «игра» с сигаретой — 23% (получение удовольствия от самого процесса курения, т. е. разминание сигареты, пускание дыма); «жажда» в отношении курения — 6% (вся деятельность направлена на курение, и промежуток времени без табака кажется невыносимым); стимуляция — 2% (поднятие тонуса, концентрация внимания); привычка — 2% (автоматическое, бесконтрольное закуривание).

Эти результаты свидетельствуют о физиологическом факторе никотинomanии, обусловленной действием никотина и оксида углерода. Никотин способствует быстрому выделению адреналина, который усиливает гликогенолиз, выброс из печени и мышц гликогена, ведущего к повышению уровня сахара в крови, что приводит к кратковременному приливу сил, обезболивающему эффекту и создает иллюзию сконцентрированности, снятия напряжения.

По результатам наших исследований, подростки, начавшие курить, находятся в среде, где курят родители (82%), из которых мать — 19%, отец — 63% и близкие родственники: брат —

54%, сестра — 17%, дедушка — 75%, бабушка — 10%. Свой первый опыт табакокурения 53% из анкетированных старшеклассников осуществляют в компании сверстников. Всё это демонстрирует наличие психологического фактора курения, которым является социальное окружение (пример отношения родителей, старших братьев и сестер, давление друзей, желание казаться сильным).

Достаточно высокий процент испытуемых, более 44%, из которых 27% юношей и 17% девушек, отмечают ухудшение состояния здоровья за последний год: наличие одышки, кашля, боли в горле, частые инфекционные заболевания, обострение гастрита, трудности при выполнении умственной работы.

При анализе результатов тестирования была выявлена закономерность между стажем курения и степенью никотиновой зависимости. Так у 23% подростков, отмечается слабая никотиновая зависимость при среднем стаже до 1 года; у 77% старшеклассников — умеренная степень зависимости со стажем более 1 года.

В результате исследования нами была выявлена тенденция: чем выше образовательный уровень подростков (профильные классы и классы с углубленным изучением), тем ниже показатели курения. Так, в общеобразовательных классах курят более 49% респондентов (среди которых 63% парней и 22% девушек), а в специализированных классах 13–18% (12% девушек, 23% юношей).

У большинства респондентов (47%) отсутствует социальная установка на образ жизни будущего супруга, и лишь 30% подростков считают, что их супруг(а) не будут курить.

Таким образом, табакокурение является одной из социально важных привычек, формирующихся в подростковом возрасте, и негативно влияющих на уровень здоровья. Этим объясняется актуальность проведения медицинских, педагогических, социальных, правовых мероприятий, позволяющих снизить эту тенденцию.

**Выводы.** По результатам анализа данных исследования нами были сформулированы следующие выводы:

1. Наиболее высокие показатели курения отмечаются среди учеников общеобразовательных классов, более 49%.

2. Преобладающим мотивом курения является поддержка (40%).

3. Среди подростков в возрасте 14–17 лет выявлена умеренная никотиновая зависимость у 77%.

4. Средний стаж курения в среднем составляет от года до трех лет.

5. У 82% подростков в семье курят родители и (или) близкие родственники.

6. Основными причинами, способствующими курению являются психологические и физиологические факторы.

### **Литература:**

1. Николаев Л. А. Профилактика наркоманий и сопутствующих заболеваний. Мн., 2002. С. 7–8.

2. Горящая сигарета — миниатюрный костер, медленно сжигающий курильщика и окружающих // Здоровый Образ Жизни. 2007. № 4. С. 6–8.

## **ФОРМИРОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОДИТЕЛЕЙ**

**И. О. Бирюков**, студ. 4-го курса факультета  
социальной педагогики и психологии

Научн. рук. — канд. биол. наук **Г. Г. Сушко**

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
г. Витебск, Беларусь

Актуальность. Стресс — обычное и часто встречающееся явление. Незначительные стрессы неизбежны и безвредны. Стресс является неотъемлемой частью человеческого существования, надо только научиться различать допустимую степень стресса и слишком большой стресс. Нулевой стресс невозможен. Стресс определяется как чрезмерное психологическое или физиологическое напряжение.

Существует гипотеза, что стресс является основной причиной снижения концентрации внимания и аварийности [1].

Проблематика влияния стресса требует дальнейшего исследования и, в частности, исследование влияния его на водителей.

Стрессовое состояние водителя и автомобильные аварии находятся в прямой зависимости друг от друга. Стресс является причиной большинства аварий. Напряжение у водителя вызывают, как правило, отрицательные и негативные мысли, которые также не способствуют безопасности вождения. В этом случае человек, сидящий за рулем, воспринимает как «врага» не только тот объект или ситуацию, которые привели к стрессу или вызвали агрессию, но и всех окружающих. В целом риск попасть в аварию во время сильного стресса в пять раз выше, чем когда человек находится в спокойном состоянии [2].

Целью нашего исследования было определение влияния стресса на работу водителей и аварийность.

Материал и методы исследований. Для достижения поставленной цели мы провели анкетирование 150 водителей г. Витебска.

Результаты исследования. Оказалось, что водители по-разному реагируют на стресс. По опросам, больше всего мешают водителям и вызывают у них раздражение гололед и плохая видимость (72% и 52% соответственно), почти так же действуют на них замечания и подсказки пассажиров (41%) и спешка (40%). Каждый третий не переносит, когда в машине плачут дети. Каждый второй испытывает дискомфорт, когда его поторапливают водители едущих сзади машин. Большинство людей умеют успокаиваться. 67% ответили, что они включают радио, чтобы отвлечься. 23% выкуривают сигарету или съедают шоколадку. 19% признались, что они обгоняют, прижимают и подсекают — чтобы отвести душу. 7%, кроме этого, превышают скорость, а 6% кричат, ругаются и жестикулируют — срывают злость.

Выводы. На основании наших данных, всем водителям рекомендуется постараться воздержаться от управления автомобилем в стрессовом состоянии или попробовать успокоиться прежде, чем отправляться в путь. Использование специальных методик для снятия стресса позволит водителям не только снизить аварийность, но и поможет им в повседневной жизни в борьбе с бытовыми стрессами.



## Литература:

1. Маклаков А. Г. Общая психология. СПб, 2003.
2. Столяренко. Основы психологии. М., 1998.

## ТРАДИЦИОННАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА: НЕ НАСТАЛО ЛИ ВРЕМЯ СОТРУДНИЧЕСТВА?

**М. Ю. Шеенок**, студ. 4-го курса факультета  
белорусской филологии и культуры

Научн. рук. — канд. мед. наук, доцент **Е. Д. Смоленко**

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. Человек во все времена стремился к здоровью и долголетию. Однако неблагоприятные экологические условия, химизация сельского хозяйства и медицины, а также социально-экономические проблемы общества ухудшают медико-демографическую ситуацию и увеличивают количество так называемых «болезней цивилизации». Особое значение для будущего человеческого общества сегодня приобретает проблема развития теоретической и практической медицины, от которой во многом зависит биологический потенциал каждого человека и социума в целом.

Современная медицина — наука многоплановая и весьма противоречивая. Среди методов, к которым она прибегает, наряду с традиционными, присутствуют так называемые альтернативные. В здравоохранении некоторых развивающихся странах именно альтернативная медицина составляет основную долю (до 90%), т. к. является более доступной, а в ряде случаев рассматривается как неотъемлемая часть системы религиозных верований. В развитых странах альтернативная медицина существует параллельно с традиционной. Хотя она не приобретает решающего значения, среди населения большинства стран сохраняется высокий процент ее использования. Так, хотя бы раз в жизни к методам, классифицируемым как альтернативная медицина, в Бельгии обращались 31% насе-

ния, в США — 42%, в Австралии — 48%, во Франции — 49%, в Канаде — 70%.

Анализируя эти цифры, нельзя не признать тот факт, что альтернативные методы лечения всё настойчивее стучат в двери официальной медицины, а усиление в последние годы интереса к ним — не дань модному увлечению.

Многочисленные экспериментальные исследования, проведенные в СНГ, Японии и других экономически развитых странах, свидетельствуют о том, что действие изготовленных из нативных растений лекарственных средств нередко оказывается более эффективным, чем их синтетических аналогов. Профилактика осложнений медикаментозной терапии считается одной из актуальнейших проблем медицины. Перспективы создания новых эффективных лекарственных препаратов не менее сложны, чем задачи снижения их побочных негативных явлений. Растительные же средства способны влиять на истинную сущность болезни, воздействуя на организм. Важно построить «мост сотрудничества» между альтернативной и традиционной медициной, которые имеют одну общую цель — сохранение здоровья человечества. А тут могут пригодиться разнообразные факторы, созданные самой природой, наибольшее значение среди которых имеет целительная флора Земли.

Однако на сегодняшний день правовое и финансовое регулирование, профессиональные, квалификационные, социально-трудовые и образовательные критерии в сфере альтернативной медицины остаются неудовлетворительными, что порождает в целительской практике ряд проблем, приводящих к значительным финансовым потерям государства и недостаточно высокому качеству оказываемых населению услуг.

Для выбора правильных направлений в будущем необходимо осмыслить основную суть медицины сегодня.

В январе 2008 года нами проведено исследование, целью которого являлось изучение уровня и характера востребованности населением города Витебска услуг традиционной и альтернативной медицины.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем анонимного анкетирования населения областного центра методом случайной выборки. Анкета состояла из двух блоков:

- блока «для всех», включающего вопросы об использовании медицинской помощи в целом, отношении к традиционной и нетрадиционной медицине и социодемографических характеристиках;

- блока вопросов для тех, кто отметил, что хотя бы раз в жизни использовал альтернативные методы лечения.

Всего в анкетирование приняло участие 308 человек в возрасте от 15-ти до 60-ти лет.

Результаты исследования. В целом респонденты проявили озабоченность состоянием медицинской помощи в городе. Положительно о качестве медицинских услуг высказались 28% принимавших участие в анкетировании жителей, отрицательно — 67%. В случае возникновения недомоганий или подозрений на заболевание респонденты в первую очередь обращаются в учреждения государственного здравоохранения (24%) или лечатся самостоятельно (24%), значительно реже используют услуги частных медицинских учреждений (18%). К специалистам альтернативной медицины в первую очередь обращается 3% опрошенных. Сравнение степени доверия к услугам официальной медицинской помощи и услуг нетрадиционной медицины не показало значимого различия между ними. Оценить степень своего доверия в отношении государственной системы здравоохранения затруднились 15 человек, тогда как в отношении нетрадиционной медицины — 29. Весомым показателем популярности альтернативной медицины у населения в целом является доля респондентов, отметивших факт хотя бы единичного обращения к указанным видам лечения. Она оказалась довольно высокой — 63%.

Наиболее широко используемым является лечение травами. По сравнению с другими методами нетрадиционной медицины (воздействием на биологические точки, биоэнергетикой, духовным целительством) к этому методу обращаются в 7–10 раз чаще.

Анкетирование показало, что в группе обратившихся к альтернативной медицине преобладают женщины (62%) и лица в возрасте от 45-ти до 60-ти лет (53%).

Выбор того или иного вида терапии связан в первую очередь с рекомендациями знакомых или родственников (63%) и

предшествующим опытом лечения (29%).

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. В настоящее время прослеживается тенденция роста популярности альтернативной медицины в обществе.

2. Возникает острая необходимость выработки надежных научно-методологических обоснований ее функционирования, что невозможно без поддержки государства и официальной медицины.

### **Литература:**

1. Нетрадиционная медицина — растущие потребности и потенциал // Перспективы политики ВОЗ в области лекарственных препаратов. Женева, 2002. № 2.

2. Использование услуг традиционной медицины населением // Журнал социологии и социальной антропологии. М., 2005. № 1.

## **ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ г. ВИТЕБСКА**

***М. В. Шилина***, доцент

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
***г. Витебск, Беларусь***

Во всех цивилизованных странах главным богатством человека считается его здоровье. Здоровый человек является творцом любого общества, обладает энергопреобразующим потенциалом, представляет собой источник радости, интеллектуальной и физической работоспособности.

Ухудшение здоровья в настоящее время связывают с ухудшением экологической обстановки, некачественным питанием и наличием вредных привычек. С целью выявления таких вредных привычек, как курение и употребление слабоалкогольных напитков (пиво и тоники), нами было проведено анонимное анкетирование учащихся 9–11 классов (возраст 15–17 лет) средних школ, гимназий и лицеев г. Витебска (10 учебных заведений, 975 учащихся).

Анализ результатов исследования показал, что практически все учащиеся пробовали данные напитки, причем большинство это делали дома в возрасте 10–13 лет. Более 70% употребляют пиво достаточно регулярно (каждый день или несколько раз в неделю). Есть классы, где пьют и курят практически все, гимназия или лицей еще не показатель отсутствия этих пагубных привычек. Многие учащиеся считают, что «просто пьют пиво или тоник, но не зависят от него», однако распитие пива в компаниях — это уже ритуал и «без него чего-то не хватает». Более 30% учащихся предпочитают снимать стресс или «неурядицы в семье» с помощью пива. Покупают обычно большие упаковки (так дешевле) и сорта с высоким содержанием алкоголя. Этому всячески способствует безудержная реклама на телевидении алкогольной продукции, при постоянном внушении идеи безопасности и полезности употребления алкоголя в «умеренных дозах». Необходимо разработать систему критериев оценки теле- и кинопродукции, т. к. главные причины моральной деградации кроются в информационном пространстве. Свобода информации переходит в беспредел. Отмечен высокий процент курящих девушек (более 30%), иногда в классах курит больше девушек, чем юношей. Отсутствие элементарного знания о вреде курения и алкоголя для развития младенцев — это реальная угроза для человечества. Настораживает участвовавшая социальная реклама в средствах массовой информации «повальной женской демонстративности», которая приводит к распушенности, нетерпимости и вседозволенности. Девушке и женщине «позволено» иметь «нервные проблемы, ПМС, ранимую психику» и т. д., чтобы оправдать свое поведение. В последнее время стало модным курение кальяна. Считается, что это невинное компанейское времяпрепровождение менее опасно, чем курение. Кальян со своим приятным ароматом и мягким вкусом является приманкой для подростков, которые никогда раньше не пробовали курить и не курили. Именно это настоящая ловушка — образование никотиновой зависимости без того, чтобы человек сам это сознавал. Исламские страны вводят запрет на курение кальяна во внутренних помещениях в местах досуга.

Одновременно с анкетированием проводились беседы о

негативном впливанні нікотина і алкоголю на функціонування всього організму. Школяники погано інформовані, багато вважають, що «пиво навіть корисно», «це щось-то трохи кваса або «лімонад» для дорослих», «в ньому є вітаміни і мікроелементи», «його тонунами п'ють по всьому світу» і т. д. У підлітків склалося враження, що слабоалкогольні напої не шкідливі, а навіть корисні, тому в компаніях часто разом з пивом використовується водка. Багато дівчат вважають, що елегантна жіноча сигарета в руці робить їх привабливими і неотрапляними. Куріння кальяну сприймається школярами як екзотичне і безбідне заняття.

В ході бесід ребятам розповідали, що таке здоровий образ життя, як можна знімати стрес, що таке дорослість, як відноситися до реклами. «Дорослість — це відповідальність за свої думки, своє поведіння, своє здоров'я і свій вибір. Дорослість не є вседозволеність і розпущеність». По відгукам багатьох учасників, вони вперше чули про шкоду куріння кальяну, про токсичний вплив пива і тоніків на організм, про тератогенний вплив нікотина і алкоголю на розвиток дитини.

## ЕЎТАНАЗІЯ, КАСЦЁЛ І ГРАМАДСТВА

Кс. **Віктар Місевіч**, магістр тэалогіі  
Навук. кіраўнік — д-р тэалогіі Яго Эксцэленцыя  
біскуп Віцебскі **Уладзіслаў Блін**  
**г. Віцебск, Беларусь**

У сённяшнім свеце разам з развіццём новых тэхналогій, прагрэсам медыцынскіх і іншых навук перад грамадствам ставяцца новыя выклікі. Усё часцей гучаць бурныя дыскусіі над тэмай зачашчання *in vitro*, кланавання і г. д. Спецыялісты розных галін імкнуцца даць сваю ацэнку гэтым з'явам, у тым ліку і філосафы, тэалагі, спецыялісты па этыцы і грамадазнаўству, а таксама сацыёлагі. Не застаецца ў баку і праблема эўтаназіі. Гэтая з'ява мае як вялікую колькасць прыхільнікаў, так і не меншую колькасць праціўнікаў. Дзеся абароны ці абваржэння

эўтаназіі прыводзяцца розныя доказы і погляды. Як жа Каталіцкі Касцёл глядзіць на пытанне цярпення, невылечнай хваробы і эўтаназіі, якая мае з гэтымі фактарамі непасрэдную сувязь?

### **Што такое эўтаназія?**

Напачатку варта зрабіць азначэнне, што ж такое эўтаназія з пункту гледжання Касцёла? Святы Айцец Ян Павел II ў энцыкліцы ***Evangelium vitae*** сцвярджае, што пад эўтаназіяй неабходна разумець «чын ці занябанне, якія па сваёй прыродзе ці ў інтэнцыі таго, хто дзейнічае, выклікаюць смерць з мэтай ліквідацыі ўсялякага цярпення». Эўтаназія можа быць актыўнай ці пасіўнай, дабравольнай і недабравольнай, можа быць актам свядомым і несвядомым, як напрыклад, у выпадку людзей з псіхічнай абмежаванасцю. Гаворачы пра так званую «добраую смерць», варта заўважыць, што спосабы, якімі яна дасягаецца таксама могуць быць розныя. Напрыклад, недаванне ежы хвораму, які не ў стане сам есці, альбо ўвядзенне ў кроў субстанцыі-атруты ці проста абмежаванне лячэння альбо рэанімацыі. Тут дарэчы было б згадаць пра «настойлівую тэрапію», ад якой Касцёл аўтарытэтна дазваляе адмаўляцца, калі медыцынскае ўмяшальніцтва перастае быць адэкватным рэальнай сітуацыі хворага, бо ўжо несуразмернае вынікам, якія можна было б чакаць і вельмі цяжкае для самога хворага і яго сям'і. Такую сітуацыю нельга раўняць з эўтаназіяй, бо мэтай і інтэнцыяй такіх захадаў не з'яўляецца сама смерць, а аблягчэнне памірання, якое няўхільнае.

### **Міласэрная смерць**

Вельмі часта прыхільнікі эўтаназіі, як доказ яе рацыянальнасці, прыводзяць свае разважанні наконт міласэрнай смерці. Маўляў, гэта святая справа аблегчыць чалавеку цярпенне. Усё слушна. Але ці такім метадам? Навуцы невядомы апарат, якім можна было б змераць стан цярпення, болю фізічнага ці душэўнага. Такім чынам, у нас няма аніякай упэўненасці, што цярпенне канкрэтнага чалавека дастатковае, каб яго забіць. Кожны з нас ведае, што, перажываючы боль, чалавек знаходзіцца ў большым ці меншым шоку. Таму ягоныя рашэнні ў такім

стане ні ў якім выпадку нельга назваць дабравольнымі. Калі такому чалавеку суцішыць боль (нават моцнымі наркатычнымі сродкамі, што дазваляецца Касцёлам), то ён напэўна інакш гляне на пытанне эўтаназіі. А калі прымусова забіваць дзеля міласэрнасці, то ці не нагадвае гэта нечым прымусовую смерць у канцэнтрацыйных лагерах?

Хворы чалавек патрабуе належнай апекі і дагляду, тым больш чалавек, прыкаваны да ложка. Добрай практыкай у гэтым пытанні з'яўляюцца хоспісы — установы, дзе чалавек у цяжкім стане атулены медыцынскай і духоўнай апекай. На вялікі жаль, сённяшнія беларускія дамы-інтэрнаты для састарэлых і інвалідаў не ў стане збяспечыць цяжка хворым і паміраючым людзям міласэрную смерць у яе хрысціянскім сэнсе. Канешне, у іх вядзецца належная праца, каб збяспечыць годнае жыццё састарэлым людзям, але там няма інфраструктуры і прафесійных кадраў для паліятываўнай апекі.

### Эканамічная выгада

Прыхільнікі эўтаназіі часта ўжываюць эканамічны аргумент на карысць эўтаназіі. Сапраўды, медыцынская апека патрабуе фінансаў з бюджэта краіны. І дагляд за невылечна хворым чалавекам ускосна кладзецца на плечы ўсіх падаткаплацельшчыкаў. А цяпер пытанне: ці гэтыя хворы, скручаны цяжкім хворым чалавек не працаваў у свайгу чаргу, будучы маладым і здаровым, на карысць усяго грамадства? Ці не дзякуючы яго працы маглі раней праводзіцца складаныя аперацыі, весціся доследы для вытворчасці новых і лепшых лекаў? То чаму ён не мае права сёння карыстацца паліятываўнай апекай і адчуваць пільны нагляд за сваім цялесным і духоўным здароўем з боку медперсанала і духавенства? Таму кожная дзяржава павінна браць на сябе абавязак клопату аб сваіх нямоглых грамадзянах і свята яго выконваць.

Кажучы пра эканоміку ў кантэксце жыцця і смерці, варта заўважыць, што ніякі эканамічны поспех не можа быць дасягнуты і ўтрыманы коштам зніжэння колькасці насельніцтва. На першым этапе гэта, можа, і дае нейкія пазітыўныя вынікі. Але ў рэшце рэшт такая эканамічная палітыка вядзе да крызісу. Сёння можна назіраць заклапочанасць Кітая па прычыне колькаснага



дысбалансу паміж маладым і старэйшым пакаленнем. Значная частка Еўропы даўно ўжо падтрымлівае свой малады патэнцыял іміграцыяй. Любая эканоміка патрабуе інвестыцый. Ці замежных, ці ўнутраных. Таму чалавечтву сёння патрэбна інвестыцыя ў жыццё. Беларусь тут не выключэнне. Нашмат больш эканамічна выгадна павялічваць насельніцтва коштам забароны абортаў і матэрыяльнай падтрымкай маладых сем'яў, чым забойствам яшчэ ненароджаных ці састарэлых грамадзянаў.

### Свабоднае рабства

У дыскусіях прыхільнікі эўтаназіі падкрэсліваюць права чалавека на свабодны выбар. Што ж, любое выданне Катэхізісу Каталіцкага Касцёла пацвердзіць, што свабода — каштоўны дар Бога чалавеку. Але вось разуменне гэтай свабоды адрозніваецца ад таго, што прапануюць прыхільнікі эўтаназіі. У свеце даволі пашыраная думка (і ўвесь час яна прапагандуецца ў СМІ), што свабода — гэта рэалізацыя любога жадання чалавека, калі дзейнічае прынцып «усё дазволена». Касцёл жа навучае, што сапраўдная свабода — гэта свабода ад зла. Бо зло — гэта недахоп добра, гэта свайго роду прафанацыя і дэфармацыя добра. Чалавек свабодны толькі тады, калі ён не звязаны злом, калі выбірае дабро. Ці можна назваць свабодным выбар алкаголіка, які прадае апошняе, каб купіць бутэльку гарэлкі? З пункту гледжання свецкага ліберальнага светапогляду — так. Бо Ён гэтага хоча. Ягоная воля так падказвае. Але Касцёл тут скажа з упэўненасцю, што такі чалавек несвабодны. Ён — раб сваёй дрэннай звычкі, сваёй хваробы. А ягоная воля — хворая. Тут мы бачым, што нельга па наяўнасці адной свабоднай волі меркаваць аб свабодзе чалавека. У свеце, у космасе павінны быць рэчы, якія пераўзыходзяць нашу волю сваёй адвечнасцю, сваім даўно закладзеным мудрым парадкам. Менавіта дзякуючы гэтаму трансцэндэнтнаму маральнаму парадку мы ведаем з дзяцінства, што забойства — гэта зло, што кожны мае права на жыццё. І гэта не мы самі ўстанавілі такі парадак. Ён быў нашмат раней за нас. Таму, гаворачы пра пытанні жыцця і смерці, нельга грунтаваць свае ідэі толькі на існаванні нашай волі. Ёсць вышэйшы парадак, які ад нас не залежыць, бо не мы ягоныя аўтары. Хтосьці можа называць гэта парадак Божым,

хтосьці касмічным, прыродным ці яшчэ як. Але праўда тут адна — жыццё і смерць — не чалавечае вынаходніцтва. У іх іншы Аўтар.

### **Ці эўтаназія спрадвечная?**

Прыходзіцца таксама сустракацца з меркаваннем, што эўтаназія — не новая, але проста забытая і цяпер адраджаемая з’ява. Быццам бы гэта XIX-вечны гуманізм са сваімі дэкларацыямі пра ахову жыцця ўсё сапсаваў. А раней нашыя продкі сотні, тысячы год назад са старымі і нямоглымі людзьмі не цырымоніліся. Проста вывозілі іх далёка ў лес і пакідалі. Але тут не дазваляе пагадзіцца з такім выказваннем простая логіка і элементарнае веданне гісторыі. Дзеля выжывання дагістарычнага роду патрэбна была не смерць старых людзей, а іхняе жыццё. Хоць бы для таго, каб сцерагчы агонь ці наглядаць за парадкам, пакуль маладыя і дарослыя дзесьці на паляванні. Зрэшты, колькі было гэтых састарэлых у племені, калі, на думку многіх археолагаў, жыццё чалавека ў дагістарычныя часы абрываўся пасля 30 год? Ды і хто меў бы гадаваць малых, так патрэбных для будучыні рода, калі ўсе старэйшыя мелі свае абавязкі: хто палявання, хто збіральніцтва?

### **Годнасць асобы і цяргненне**

Прыхільнікі эўтаназіі часта кажуць пра годную смерць, намякаючы, што нашмат больш годнай рэччу ёсць забіць самога сябе ці пагадзіцца на смерць, чым зацята трымацца жыцця нават у цяргненні. Спрабуюць пры гэтым узалежніць годнасць чалавека ад навакольных умоваў і асяроддзя. Насоўваецца лагічнае меркаванне, што цяргненне, хвароба прыніжае чалавека, нішчыць ягоную каштоўнасць як чалавека. Адсюль і вынік — смерць у постаці эўтаназіі робіць чалавека шляхетным, узвышаным. Але такое мысленне ніяк не ставіцца ўпоравень з фактамі геройскага і ахвярнага жыцця многіх людзей у перыяд Другой сусветнай вайны і пасля яе. Мільёны людзей цяргпелі невымоўныя мукі на фронце і па абодвух баках яго. Яны галадалі, мучыліся ад холаду і хвароб, іх палілі і прымушалі цяжка працаваць у канцлагерах, пазней многія з іх страшна пакутавалі пасля вайны ад ранаў. Ці гэтае цяргпенне ставіць пад пытанне іхнюю годнасць? Не. Бо

чалавечая годнасць не залежыць ад знешніх абставінаў. Чалавек можа паступаць шляхетна нават тады, калі ўмовы навокал — жывёльныя. Каб перамагчы цярпенне, якое, канешне ж аб'ектыўна ёсць нейкім злом, трэба не забіваць чалавека, які церпіць, а змяніць умовы, з-за якіх ён церпіць. Калі гэта хвароба — трэба стварыць умовы апекі і лячэння, калі гэта — вынік трагічнага выпадку — трэба паклапаціцца аб належным доглядзе накштат хоспісу і г. д.

### **Дабро і зло**

Адметнасцю нашага часу з'яўляецца своеасаблівая мяшанка добра і зла. А больш дакладна — іхняя сузаменнасць. У многіх пытаннях, што тычацца маральнага жыцця, распаўсюджваецца думка, што дабро можа аднойчы стаць злом і наадварот. Калі жанчына зацяжарыла і гэты стан пагражае яе кар'еры, то многія скажуць, што цяжарнасць для яе — зло. А вось, калі яна заробіць сабе нарэшце на ўтульны дом, атрымае ступень доктара ў навуцы і ўсеагульнае прызнанне — то самы раз нараджаць дзіця. Тады ўжо гэта — дабро. Каталіцкі Касцёл нязменна наву́чае, што паняцці добра і зла абсалютна адрозныя і нязменныя. Сапраўды, свежы хлеб нам больш да густу, чым счарсцвелы, бо ён — добры, і ніхто не збіраецца піць ваду проста з мора, бо яна пашкодзіць здароўю. Што тут казаць ужо пра пытанне жыцця і смерці! Нельга назваць дабром наўмыснае забойства другога чалавека. Неважна ці ідзе тут размова пра аборт, ці пра эўтаназію.

### **Маральная абыякавасць**

Паўсюдная прапаганда ліберальнага светапогляду, называньне зла дабром прыводзяць да маральнай абыякавасці людзей. Гэтая абыякавасць асабліва бачная ў тых, каго не кранае сёння стан вялікага цярпення. Можа, таму больш прыхільнікаў эўтаназіі сярод людзей малодшага і сярэдняга ўзросту. Сапраўды, лёгка вырашаць лёс іншага чалавека, які далека ад цябе і прыкаваны да ложка. Але ж, калі цярпенне кранае асабіста мяне ці кагосьці з блізкіх — тут меркаванні напэўна мяняюцца. Усеагульнай абыякавасці да цярпення і смерці спрыяе паўсюдная рэклама гэтых з'яваў. Кожны дзень з тэлевізараў ліюцца

патокі навінаў пра выбухі, гвалт, забойствы. І нават у дзіцячым узросце гэта нападуняе значную частку жыцця чалавека. Гэта і мультфільмы, дзе больш дыму ад бомбаў, чым кветак ці звяроў у лесе, гэта і кампутарныя гульні, дзе, каб перамагчы, трэба расстраляць усё жывое, бо кожны рух — падазроны, кожны герой гульні — твой вораг, якога трэба забіць. Наш свет тоне ў агрэсіі. Выратаванне ад усяго гэтага — толькі ў сціслай акцэптацыі Божых заповедзяў.

### Права на жыццё

Каталіцкае сацыяльнае вучэнне першым і асноўным правам чалавека называе права на жыццё. Гэтае права мае кожны чалавек незалежна ад стану свайго здароўя, узросту, адукацыі і сацыяльнага становішча. Права на жыццё прадывктаванае таксама Натуральным Законам, які прамаўляў да чалавека ў дахрысціянскія часы. Таму гэтае права азначае для кожнага з нас — вернікаў ці атэістаў — святы абавязак сцерагчы і абараняць жыццё іншага. Толькі тады нашаму ўласнаму жыццю будзе гарантавана бяспека. Асаблівую адказнасць у гэтым пытанні нясуць медыкі, якія даюць клятву Гіпакрата не нашкодзіць здароўю і жыццю чалавека, і прадстаўнікі заканадаўчай улады. Гэта ад іх залежыць прыняцце справядлівых чалавечных законаў. Адказнасць перад Богам і перад нашчадкамі нясе таксама кожны грамадзянін краіны. Бо толькі ад нас залежыць і канкрэтнае рашэнне адносна жыцця асобнага чалавека, і адносна многіх, у выпадку рэферэндумаў па пытаннях абортаў і эўтаназіі.

### Вечнае жыццё

Жыццё чалавека мерышча некалькімі дзесяцігоддзямі. Гэта вельмі мала ў параўнанні з вечнасцю. Навошта набліжаць смерць, калі яна — вораг чалавека? Трэба сваім жыццём паказаць сэнс вечнасці. Хрыстус, Божы Сын, страшна цярэў на крыжы, дабравольна нас адкупляючы. Тым самым Ён паказаў схаваны Боскі сэнс у цярапенні. Яго можна адшукаць толькі тады, калі маеш веру і гарачае жаданне жыць паводле яе. Хрыстовае смерць не была паражэннем, бо не была самазабойствам. Была ахвярай любові. Больш таго, Езус уваскрос, каб нас увесці ў Боскае, вечнае жыццё. Кожнаму з нас пад сілу ў гэтым

прыпадобніцца да Хрыста. Канешне, з Яго дапамогай, але мы таксама можам і павінны цярпець дзеля кагосьці, ахвяраваць сябе дзеля кагосьці, памёрці дзеля кагосьці, каб жыць вечна дзеля Бога і ўсіх людзей.

## ПАГУБНОСТЬ СЕМЕЙНОГО АЛКОГОЛИЗМА

*Н. М. Яцковская*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Изучение детей, родители которых злоупотребляют алкоголем или уже страдают алкоголизмом, показало, что пьянство родителей, даже в самой безобидной форме, оказывает отрицательное влияние на физическое и психическое развитие ребенка. Для детей алкоголиков характерны невротические и неврозоподобные расстройства, психопатическое развитие личности, трудности социальной адаптации.

Будущим родителям надо знать, что эпизод употребления алкоголя может сыграть роковую роль в развитии ребенка. Этот случай может оказаться той единственной каплей, которая переполнит сосуд и даст излиться неблагоприятному грузу наследственности или проявиться другим неблагоприятным предпосылкам развития.

Несмотря на большое разнообразие направлений и характера психического и физического развития детей в условиях семейного алкоголизма, выявляются общие закономерности.

Для детей, родители которых страдают алкоголизмом, в большинстве случаев характерна системность нарушений их психофизического развития.

Они отличаются соматической ослабленностью, отставанием в росте и весе по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Этим детям свойственны нарушения функции сна: они с трудом засыпают, перед сном долго раскачиваются, часто просыпаются, вскрикивают во сне; иногда извращается формула сна, проявляются беспокойство в ночное время и сонливость днем.

Дети, родившиеся в условиях семейного алкоголизма,

отличаются повышенной подверженностью инфекционным и простудным заболеваниям, а также аллергическим реакциям.

Неблагоприятные условия воспитания в семье пьющих родителей обуславливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте. Как правило, родители, страдающие алкоголизмом, не могут создать в семье благоприятную атмосферу, и ребенок испытывает дефицит общения.

Характерным признаком детей при семейном алкоголизме является слабое развитие у них произвольной регуляции поведения: они не могут самостоятельно организовать свою деятельность в соответствии с поставленной задачей, испытывают трудности при планировании деятельности, им недоступна адекватная оценка результатов начатой работы, игры, развлечения.

Таким образом, при семейном алкоголизме у детей имеются выраженные трудности в обучении, которые связаны, с одной стороны, патологическим состоянием их нервной системы, с другой стороны — педагогической запущенностью.

Нарушения поведения детей при семейном алкоголизме наблюдаются чрезвычайно часто и отличаются стойкостью и большим разнообразием.

Большую роль в появлении отклонений в развитии личности у таких детей играют конфликтные переживания, возникающие под влиянием неблагоприятной обстановки дома.

Внутренний конфликт является результатом столкновения в сознании ребенка противоположных, аффективно окрашенных отношений к близким людям. При семейном алкоголизме подобные переживания возникают часто: это может быть двойственное отношение к пьющему отцу или матери либо сочетание обиды и любви к родителям у детей, воспитывающихся в детских домах и интернатах.

Конфликтные переживания приводят к различным формам неправильного поведения у детей, прежде всего к реакциям протеста. Такие реакции возникают при наличии алкоголизма у одного из родителей. Ребенок стремится всё делать назло, не выполняет требований взрослых, становится агрессивным, хмурым, недоброжелательным.

Наряду с активными реакциями протеста могут отмечаться

и пассивные реакции, когда ребенок уходит из дома или школы. Он старается избегать встреч с пьющим отцом, прячется, боится идти домой. На фоне этого у ребенка легко возникают невротические расстройства: нарушение сна, плаксивость, обидчивость, иногда наблюдаются тики, заикание, недержание мочи. Более резким проявлением протеста являются суицидные попытки, в основе которых — чрезмерно выраженное чувство обиды, желание отомстить обидчикам, напугать их.

Одной из форм нарушения поведения у детей при семейном алкоголизме является имитационное поведение. Известно, что дети подражают воспитателям, родителям, отсюда и следует, что они легко подражают таким формам асоциального поведения, как сквернословие, хулиганство, курение, употребление алкоголя и наркотиков.

Во всех случаях выражены нарушения концентрации активного внимания. Эти отклонения поведения обычно сочетаются с раздражительностью, склонностью к колебаниям настроения, иногда с агрессивностью и негативизмом. Обращает на себя внимание однообразие их поведения, неумение довести до конца любое начатое дело.

Все эти психические состояния могут стать благоприятной основой для приобщения подростков к алкоголизму и наркомании.

При отсутствии медико-психологической коррекции нарастает педагогическая запущенность, усиливаются нарушения поведения, и дети всё больше и больше теряют интерес не только к обучению, но и, что самое опасное, к жизни.

Данные обстоятельства требуют особого внимания к проблеме алкоголизма и алкоголизации. «Национальное бедствие», «коллективное самоубийство нации», «путь к катастрофе человечества» — так оценивают ученые и общественность многих стран растущее злоупотребление спиртными напитками [1].

С целью изучения осведомленности о влиянии алкоголя на различные аспекты жизнедеятельности человека и оценки отношения к указанной проблеме было проведено анкетирование учащихся старших классов СШ № 29 города Витебска. В анкетировании приняло участие 85 респондентов.

Полученные данные показывают, что среди учащихся ни когда не употребляли алкоголь только 12%. Основные причины употребления алкоголя по данным опроса следующие:

- 1) обычаи, окружение, самовыражение своего «Я» — 57%;
- 2) неблагоприятные отношения между сверстниками, конфликты с родителями, отсутствие одного из родителей, алкогольные традиции в семье — 33%;
- 3) бесконтрольность со стороны родителей, высокий экономический достаток в семье, нецеленаправленность в использовании свободного времени — 10%.

Настораживает, что, по мнению большинства, учащихся умеренное употребление алкоголя (не чаще 1 раза в неделю) абсолютно безвредно.

В древней Спарте Ликург издал закон, запрещающий молодоженам в день свадьбы пить вино. А римляне говорили: «Эбрии эброис гигнут», т. е. «Пьяницы рожают пьяниц». Экспериментальные исследования показали, что алкоголь в первую очередь влияет на половые клетки, которые впоследствии несут патологическую информацию будущему плоду. Половые клетки, деформируясь, развиваются неправильно, и впоследствии их уже «не выправить» никакими фармакологическими средствами [2].

Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем нашего времени. Таким образом, необходима целая система комплексных государственных, общественных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, обеспечивающих решение этой проблемы.

#### Литература:

1. Лисицин Ю. П. Слово о здоровье. М., 1993.
2. Ключев Б. Болезнь века. СПб.: Питер, 1997.





## СОДЕРЖАНИЕ

<b>П. В. Подрез, А. В. Мороз</b> ФОРМИРОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	12
<b>Dr med. Andrzej Pazera</b> ЭТИКА А CODZIENNOŚĆ LEKARZA W SZPITALU W SPOŁECZEŃSTWIE TZW. DOBROBYTU .....	16
<b>Я. Ю. Абрамович, Е. В. Гришина</b> МОЛОДЕЖНЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЕКТ «СКАЖИ НАРКОТИКАМ — НЕТ!» .....	19
<b>Г. А. Лапицкий</b> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ВЕТЕРИНАРНОЙ БИОЭТИКЕ .....	23
<b>Р. И. Фидельская</b> АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	24
<b>Т. А. Ампилогова, М. Н. Нурбаева</b> БИОМЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ .....	27
<b>Е. П. Боброва</b> УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ УРОВНЯ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ .....	30
<b>К. Б. Болобошко, В. П. Дейкало, Э. А. Аскерко</b> О КОДЕКСЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ ОРТОПЕДА-ТРАВМАТОЛОГА.....	34
<b>К. Б. Болобошко</b> ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО .....	38
<b>Н. Г. Харкевич, О. М. Васильев, А. И. Шаркова</b> ВРАЧ, МЕДСЕСТРА И САНИТАРКА — УЧАСТНИКИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА .....	41
<b>Кс. Сяргей Сурыновіч</b> ПЕРШАРОДНЫ ГРЭХ І ХВАРОБА .....	45
<b>Л. Я. Ермолова, Я. С. Сипайло</b> ДУХОВНОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ .....	50
<b>Ю. Ю. Земко</b> К ВОПРОСУ О ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ .....	53

<b>О. В. Драгун, А. В. Соболева, Е. К. Боллобошко</b> БЫТЬ ЛИ СИНДРОМУ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ? .....	55
<b>А. Н. Дударев, С. Ф. Сурганова</b> РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ УЧАЩИХСЯ .....	56
<b>Н. Г. Харкевич</b> ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА, ТЕХНИЗАЦИЯ И КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ.....	61
<b>О. П. Земец, М. А. Шербакова</b> ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССОВ СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ .....	65
<b>В. А. Ключев</b> СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АЛКОГОЛЯ.....	69
<b>Л. С. Соколова</b> «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» НА ТЕРРИТОРИЯХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАДИОНУКЛИДАМИ. ....	73
<b>Антун Лисец</b> КАК ВОСПИТЫВАЮТ... ..	75
<b>Н. Т. Медвешкая, Т. М. Базыленко</b> СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ .....	82
<b>А. М. Мясоедов</b> СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ КАК ЦЕННОСТНЫЙ ОРИЕНТИР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА .....	86
<b>Т. П. Карноушенко, М. Н. Нурбаева, А. С. Соколова</b> «НЕ НАВРЕДИ!» — ОСНОВНОЙ ЗАКОН ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ.....	91
<b>О. В. Огирко</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ .....	94
<b>А. А. Метелица</b> ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....	98

<b>М. Н. Нурбаева</b> ОТНОШЕНИЕ К АЛКОГОЛИЗМУ В СРЕДЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	102
<b>И. Г. Подрез</b> ВЗГЛЯД НА ЭВТАНАЗИЮ СО СТОРОНЫ ХРИСТИАНСКОЙ РЕЛИГИИ.....	105
<b>И. И. Ефременко, Д. Г. Пугач</b> ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ: ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ.....	112
<b>Н. А. Шкут</b> ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ — ОДНА ИЗ СФЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛУБА «ЮНЕСКО» (из опыта работы).....	116
<b>Л. В. Лукина</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МОРАЛЬ И НАУКА ВЫЖИВАТЬ.....	122
<b>Е. Д. Смоленко</b> БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХРИСТИАНСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВАЛЕОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ НОВЕЙШИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	125
<b>В. А. Соловьева, М. А. Шербакова</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛАХ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА (на примере г. Витебска).....	130
<b>И. О. Бирюков</b> ФОРМИРОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОДИТЕЛЕЙ .....	133
<b>М. Ю. Шеенок</b> ТРАДИЦИОННАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА: НЕ НАСТАЛО ЛИ ВРЕМЯ СОТРУДНИЧЕСТВА? .....	135
<b>М. В. Шилина</b> ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ г. ВИТЕБСКА .....	138
<b>Кс. Віктар Місевіч</b> ЭЎТАНАЗІЯ, КАСЦЁЛ І ГРАМАДСТВА.....	140
<b>Н. М. Яцковская</b> ПАГУБНОСТЬ СЕМЕЙНОГО АЛКОГОЛИЗМА .....	147



Научное издание

IV Международная  
медицинская конференция  
ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ  
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ  
Тезисы

Для внутреннего пользования

Ответственная за выпуск И. Бурак  
Технический редактор О. Глеков  
Компьютерная верстка Г. Венславович

Подписано к печати 02.05.2008.  
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Гарнитура Орус.  
Усл. печ. л. 8,19. Уч.-изд. л. 8,1.  
Тираж 125 экз. Зак. № 580.

УП «Издательство „Про Христо“».  
220030 г. Минск, пл. Свободы, 9, к. 2.  
ЛИ № 02330/0150210 от 13.02.2008 г.  
**http://pro-christo.catholic.by; e-mail: pro-christo@catholic.by**

Напечатано в типографии УП «ХОДР» ОО «БелТИЗ»  
220141 г. Минск, ул. Освобождения, 9.  
ЛП № 02330/0056661 ад. 29.03.2004 г



В IV МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»  
ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ УЧЕНЫЕ,  
МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ  
И СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛИ ИЗ

БЕЛАРУСИ



УКРАИНЫ



ШВЕЙЦАРИИ



РОССИИ



ХОРВАТИИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
- «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» – ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ
- СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

 **BERLIN-CHEMIE**  
MENARINI

 **NYCOMED**

 **Abbott**

 **UNIPHARM, INC.**  
A PHARMACEUTICAL COMPANY