

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА
ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ОТДЕЛ ПО ДЕЛАМ РЕЛИГИЙ И НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ
ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



**V Международная
Медицинская конференция**

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ

**30 мая
2009 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
Отдел по делам религий и национальностей
Витебского облисполкома

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Тезисы докладов
V Международной
медицинской конференции

(Витебск, 30 мая 2009 г.)



Минск
Издательство «ПРО ХРИСТО»
2009

УДК 614.253(082)

ББК 51.1я43

П78

ISBN 978-985-6825-25-8

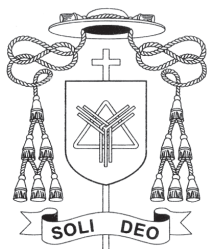
© Витебский государственный
медицинский университет, 2009

© Витебская епархия Римско-
католической Церкви в РБ, 2009

© Оформление. УП «Издательство
«ПРО ХРИСТО», 2009

Дорогие братья и сёстры во Христе!

30 мая 2009 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь проводит V 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, территориально совпадающую с границей Витебской области. Первым епископом

Витебской епархии назначен Владислав Блин, настоятель кафедрального храма Пресвятой Девы Марии в Могилёве.

Священнослужители Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь уделяют большое внимание пастырскому служению среди пациентов и медработников больниц области. Регулярно совершается Таинство Покаяния (исповеди) для пациентов больниц, уделяются Таинства Евхаристии, Крещения, Елеопомазания. Еженедельно посещая больных, священники несут им духовную поддержку.

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

По инициативе и с благословения епископа Витебского Владислава Блина в 2005 г. впервые в Беларуси проведена Международная конференция «Проблемы врачебной этики в современном мире». С тех пор международные конференции стали доброй традицией. В работе конференций принимали участие врачи и представители духовенства из Беларуси, Ватикана, России, Польши, Литвы, Украины, Хорватии, Швейцарии, Австрии и др.

Студенты-католики теологического отделения исторического факультета Витебского государственного университета им. П. М. Машерова также принимают участие в международных конференциях на тему «Студенческая медицинская наука XXI века».

В этом году тематика конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире» дополнена ещё одним актуальным разделом: «Наука и духовность против ВИЧ (СПИД)».



Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет (ВГМУ) — одно из крупнейших высших учебных заведений в Республике Беларусь. В настоящее время в его стенах проходит обучение более 6 тысяч студентов и слушателей. Более 500 студентов из 30-ти 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, а также спортивные залы и стадион. Университет издаёт 5 научно-практических журналов, а также многотиражную газету «Медвузовец».

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

В университете используется метод проблемного обучения, а также интеграция в преподавании общенаучных, профессиональных и специальных дисциплин. На всех кафедрах предусмотрена трёхэтапная система оценки знаний студентов (компьютерное тестирование, проверка практических навыков, устное собеседование). Кафедры оснащены современными автоматизированными средствами обучения, наборами муляжей и фантомов, необходимым лечебно-диагностическим оборудованием. По всем дисциплинам изданы учебники, учебные пособия или печатные курсы лекций. В университете функционируют молодёжные организации, многочисленные спортивные клубы и коллективы художественной самодеятельности.

V Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие медики, священнослужители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Индии, Польши, России, Франции, Шри-Ланки.

Спонсоры:

«Caritas» Франция;
фирмы Abbott; Boehringer Ingelheim; BERLIN-CHEMIE.

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
 - Наука и духовность против ВИЧ/СПИД

Регистрация участников конференции состоится 30 мая 2009 г. в административном корпусе Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета с 9.30 до 10.00 (г. Витебск, пр. Фрунзе 27).

Конференция будет проходить 30 мая 2009 г.
с 10.00 до 13.15.

Регламент устного доклада — до 10 минут.
Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

10.00

Открытие конференции и приветствие участников

Его Преосвященство епископ Витебский *Владислав Блин*;
ректор Витебского государственного ордена Дружбы наро-
дов медицинского университета профессор *В. П. Дейкало*

10.10

AIDS Pastoral Attention

His Eminence *Javier Cardinal Lozano Barragan* (Vatican)

10.50

Биомедицинские и биофармацевтические аспекты образовательного процесса современного медицинского университета

*В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрише, В. А. Кире-
енко*, УО «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

11.00

Современные проблемы медицинской этики в хирургии

П. В. Гарелик, Г. Г. Мармыш, УО «Гродненский государ-
ственный медицинский университет» (г. Гродно, Беларусь)

11.10

Боль в суставах и позвоночнике у пожилых.

Как улучшить качество жизни?

Н. Ф. Сороко, УО «Минский государственный медицин-
ский университет» (г. Минск, Беларусь)

11.20

Отношение к СПИДу в среде студенческой молодёжи

Свяш. А. Сапель SDS, свяш. Т. Коханович SDS, М. Н. Нурбаева, Л. Я Ермолова, Я. С. Сипайло, Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», УЗ «Витебская областная клиническая больница» (г. Витебск, Беларусь)

11.35

Problem of AIDS

Dr. Srinirasulu Reddy (India)

11.45

Выступление *А. Н. Лызикова*, УО «Гомельский государственный медицинский университет» (г. Гомель, Беларусь)

11.55

Морально-этические проблемы при уходе за ВИЧ-инфицированным ребёнком

Т. И. Дмитраченко, В. М. Семёнов, И. В. Жильцов, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

12.00

Нравственный выбор психолога:

«культура жизни» и «культура смерти»

Е. Н. Ермакова, УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка» (г. Минск, Беларусь)

12.10

Взаимодействие врача и болеющего подростка как проблема биоэтики

Е. Н. Люшко, УО «Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка» (г. Минск, Беларусь)

12.20

**Rozważania nad perykopą ewangeliczną
o uzdrowieniu chorego na trąd**

Ks. Adam Dynak (Polska)

12.30

**Христианское волонтерство как один из методов
решения медико-социальных проблем**

Свящ. А. Г. Шибeko, греко-католическая Церковь в РБ

12.40

Prophylaxis of Alchogolism and Drag Addiction

Dr. Pradeepan Vinayagamoorthy (Sri-Lanca)

12.50

Меридия как препарат для улучшения качества жизни

С. А. Сундеев, представитель фирмы Abbott в РБ

13.00

Зависимость от компьютерных игр:

духовно-этический аспект

А. А. Федосова, УО «Гомельский государственный медицинский университет» (г. Гомель, Беларусь)

13.10

Заключительное слово

Его Преосвященство епископ Витебский Владислав Блин

13.15

Обед

14.00

Экскурсия по ВГМУ

Тезисы докладов
V Международной
медицинской конференции

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ИСТОРИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

И. Г. Жук, Е. М. Тишенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно (Беларусь)

Исторически в европейской культуре сформировалась тесная и прочная связь этики и медицины. Заданная христианством смыслообразующая цель человеческого существования в мире наполнялась конкретными ориентациями, ценностями, нормами морали и реализовывалась в конкретной практической деятельности милосердия и врачевания.

Современная медицина — это уникальная форма синтеза достижений естествознания и нравственных основ. Исследования свидетельствуют, что индивиды и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что они считают конечными этическими ценностями. К непреходящим этическим ценностям относятся милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются центральными и определяющими для профессиональной медицинской морали. Ценности жизни и милосердия принимаются всем человечеством, а профессиональная медицинская мораль имеет универсальный всеобщий характер.

Биомедицинская этика содержит четыре исторических основополагающих принципа: принцип Гиппократа («не навреди»), Парацельса («делай добро»), деонтологический («соблюдение долга») и коллегиальный («уважение прав пациента»).

Моральные рекомендации врачевания Гиппократов включают в себя обязательства перед учителями, коллегами и учениками, гарантии непричинения вреда, оказания помощи, а также проявление уважения, справедливости, отрицательное отношение к эвтаназии, абортам, отказ от интимных связей с пациентами, забота о пользе больного, врачебной тайне. Основопологающим для модели Гиппократов является принцип «не навреди», фокусирующий гражданское кредо врачебного сословия, исходную профессиональную гарантию пациенту, который доверяет врачу свою жизнь.

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношений врача и пациента, сложившееся в средние века. Выразить её особенно чётко удалось Парацельсу. «Модель Парацельса» — это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии поведения врача с учётом эмоционально-психических особенностей личности. Основным моральным принципом модели является принцип «дейлай добро», «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра.

Нравственная безупречность соответствия поведения врача определённым этическим нормативам составляет существенную часть медицинской этики, её деонтологический уровень или «деонтологическую модель». Термин «деонтология» (от греч. *deontos* — должное) был введён в медицинскую науку и практику в XIX в. философом И. Бентамом. Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил, соответствующих конкретной области медицинской практики. Основным является принцип «соблюдения долга».

В 60–70-х гг. XX в. формируется (В. Поттер) биоэтика, которая начинает рассматривать медицину в контексте прав человека. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства человека, участие пациента в принятии врачебного решения.

Конкретной формой разрешения возможных разногласий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты). В Республике Бела-

реть их деятельность базируется на Кодексе врачебной этики (1999) и Кодексе профессиональной этики медицинских сестёр (2001).

Таким образом, логический анализ показывает, что медицинская этика, основывается на четырёх исторических принципах (Гиппократ, Парацельс, Бентам и Поттер). Биомедицинские знания неразрывно связаны с христианскими традициями, а связь научности и нравственности является главным условием прогресса медицины.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ БИОЭТИКИ В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

П. В. Гарелик, Г. Г. Мармыш, Э. В. Могилевец

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно (Беларусь)

Актуальность. Термин «биоэтика», который ввёл в употребление Ван Ренселлер Поттер в своей книге «Биоэтика: мост в будущее» (1974), состоит из двух частей: *bios* (греч.) — жизнь и *ethica* (греч.) — этика, т.е. дословно «этика жизни». Биоэтика — междисциплинарная область знания, охватывающая широкий круг философских и этических проблем, возникающих в связи с бурным развитием медицины, биологических наук и использованием в здравоохранении высоких технологий. К проблемам биоэтики относят проблемы абортов, контрацепции, новых репродуктивных технологий, проведения экспериментов на человеке и животных, получения информированного согласия и обеспечения прав пациентов, эвтаназии, трансплантации и др. [1]. Сюда же можно отнести возможности и проблемы использования новых малоинвазивных методик оперативного лечения и диагностики.

Одним из важнейших положений Нюрнбергского кодекса стал запрет на производство опытов на человеке без его добровольного согласия: «Проводить на человеке какие-либо эксперименты можно лишь при условии полной осведомлён-

ности человека об эксперименте и при наличии его (или её) согласия на эксперимент, полученного в условиях свободно-го волеизъявления» (Нюрнбергская Декларация, 1947 г.).

В медицине, в том числе и в хирургии, проведение научных исследований и применение их результатов на практике зачастую немислимо без выполнения клинических исследований на человеке. Однако их проведение не всегда безопасно для обследуемых пациентов. Необходимость проведения опытов на людях является очевидной и приемлемой при соблюдении условия «информированного согласия» участников эксперимента. Это означает, что пациент ознакомлен с условиями и методами проведения исследования, с его возможными осложнениями и последствиями и осознанно соглашается принимать в нём участие.

Характерной чертой современной медицинской науки является её быстрое, часто агрессивное внедрение в клинику. Цель биоэтики как раз и состоит в том, чтобы решать возникающие разногласия между интересами пациента и потребностями науки. Интересы человека в любом случае должны быть выше интересов науки и общества.

Нам представляется важным не просто наличие добровольного согласия пациента на участие в медицинском исследовании, но также непосредственная оценка им состояния своего здоровья, в том числе и после применения новых малоинвазивных методик лечения в хирургии.

Цель. Оценить качество жизни через год после операции при помощи опросника «SF-36 Health Status Survey» у 104 пациентов, перенёсших ЛХЭ по стандартной методике.

Материалы и методы исследования. SF-36 относится к неспецифическим опросникам и широко распространён при проведении исследований качества жизни в США и странах Европы.

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формиру-

ют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8-ми шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни [2]. Результаты сравнивались с показателями у практически здоровых людей (с помощью критерия Манна-Уитни).

Результаты исследования. Все показатели, за исключением ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) и суммарного физического компонента (PHsum) у пациентов, перенёсших стандартную ЛХЭ, были статистически значимо ниже, чем у практически здоровых людей: причём, физическое функционирование (PF) — в 1,2 раза, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) — в 1,5 раза, общее состояние здоровья (GH) — в 1,6 раза, жизненная активность (VT) в 1,2 раза, социальное функционирование (SF) — в 1,2 раза.

Ряд показателей SF-36 у пациентов, перенёсших ЛХЭ по стандартной методике, при проведении рангового корреляционного анализа Спирмена зависели от травматичности операции (наличия перфорации ЖП, интенсивного кровотечения из ложа ЖП, потребовавшего дополнительного гемостаза электрокоагуляцией): PF — физическое функционирование ($R = -0,34$; $p < 0,001$), RP — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($R = -0,42$; $p < 0,001$), VP — интенсивность боли ($R = -0,6$; $p < 0,001$), GH — общее состояние здоровья ($R = -0,53$; $p < 0,001$), VT — жизненная активность ($R = -0,51$; $p < 0,001$), SF — социальное функционирование ($R = -0,48$; $p < 0,001$), MH — психическое здоровье ($R = -0,53$; $p < 0,001$), PHsum ($R = -0,33$; $p < 0,001$), MHsum — психологический компонент здоровья ($R = -0,53$; $p < 0,001$). Из этого следует, что особенности техники оперативного вмешательства оказывают влияние на отдалённые результаты.

Выводы. Таким образом, несмотря на малоинвазивность ЛХЭ, у ряда пациентов в отдалённом послеоперационном периоде отмечается ухудшение качества жизни, особенно после операций с такими особенностями, как перфорация желчного пузыря, интенсивное кровотечение из его ложа с интенсивным дополнительным гемостазом с помощью электрокоагуляции [3].

Литература

1. Энциклопедический словарь «Этика» / Под ред. Р. Г. Апреяна и А. А. Гусейнова. М.: «Гардарики», 2001. С. 39.
2. Gandek B. Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach / B. Gandek, J. E. Ware // Journal of Clinical Epidemiology. 1998. Vol. 51, №11. P. 953–959.
3. Гарелик П. В. Сравнительный анализ результатов стандартной и модифицированной лапароскопической холецистэктомии / П. В. Гарелик, Э. В. Могилевец // Новости хирургии. 2008. №1. С. 17–24.

ХРИСТИАНСКОЕ ВОЛОНТЁРСТВО КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РЕШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Свящ. Александр Шибeko, магистр теологии

Научный руководитель архимандрит Сергей Гаек, д-р теологии

г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Люди с ограниченными возможностями (инвалиды). Одним из наследий недавнего прошлого в Восточной Европе остался шаблон «здоровой нации» или «общества без инвалидов». К сожалению, на улицах городов практически невозможно увидеть инвалидных колясок, вследствие неготовности и нежелания общества видеть столь неординарное и непривычное явление. С другой стороны, сами люди с ограниченными возможностями, и прежде всего их семьи, имеют выработанный барьер стыдливости и неполноценности по отношению к обществу. Кроме того, после окончания специальных школ большинство из них не имеют возможности дальнейшего обучения или работы и оказываются буквально запертыми в своих домах и квартирах. Вследствие этого, люди с особенностями развития часто являются одиночками и имеют ограниченные возможности самореализации, общения и общего развития. Одной только родительской любви часто

бывает недостаточно, она не даёт возможности для полноценного развития. Молодые люди с ограниченными возможностями, как и все люди, нуждаются в общении со сверстниками, друзьями, в участии в общественной жизни.

Дети из патологических семей и сироты. Согласно статистике, значительная часть людей находящихся в местах лишения свободы — это выходцы из домов-интернатов и социально-патологических семей. Главная причина криминальных склонностей этих людей — отсутствие родительского попечения в детстве, дефицит внимания, любви, заботы, нежности в их жизни, что приводит к появлению чувства ненужности и изоляции от общества. Впоследствии это приводит к криминальным симпатиям. Каждый понимает, что для полноценного развития ребёнка в доме для детей-сирот или в центре временного пребывания явно недостаточно одного воспитателя на целую группу детей, тем более, если принять во внимание, что эти дети пришли из патологических семей и уже с самого детства ощущают недостаток заботы и родительской любви.

Пожилые люди. В Республике Беларусь наблюдается значительное увеличение среди всего пожилого населения численности лиц старческого возраста; сегодня каждый четвёртый пожилой человек уже перешагнул 75-летний рубеж. Увеличивается число одиноких, а также больных, страдающих хроническими заболеваниями, снижающими двигательную активность и способность к самообслуживанию. Многие из подопечных Домов престарелых являются людьми, не имеющими опекунов среди родственников, либо родственники которых не способны или не желают оказывать какую-либо моральную или материальную помощь. Понятно также, что для людей пожилого возраста, находящихся в Домах престарелых, совершенно недостаточно внимания и общения, которые они могут получить от медицинских работников. Поэтому многим из проживающих там присуще состояние депрессии и пессимизма.

Цели:

1. Создать предпосылки для активного сотрудничества Каатолической Церкви (римско-католической и греко-католической) с руководителями медицинских и социальных учреждений,

2. Создать предпосылки для развития социального христианского волонтерства.

Материал и методы исследования. В работе использованы: опросы, наблюдения, практический опыт.

Результаты исследования. Одним из действенных способов помощи лицам указанных выше групп является организация волонтерской деятельности. Возможность общения и дружбы со сверстниками, выхода из дома и участия в различных мероприятиях, позволяет людям с ограниченными возможностями избавиться от комплекса неполноценности и чувства изоляции, даёт возможность самореализации и развития. Игры и забавы, дружба и общение помогают детям из трудных семей опять поверить в людей, поверить в доброту и любовь, помогают избавиться от ожесточённости и многих психологических комплексов. Внимание и любовь, моральная поддержка и забота помогают престарелым людям не чувствовать себя забытыми и ненужными, мобилизуют их силы в борьбе с болезнями.

Практика показывает, что эффективным способом оказания такой помощи является христианская волонтерская деятельность. Именно христианское волонтерство даёт возможность оказать не только моральную и психологическую помощь, но и передать духовные христианские ценности, особенно необходимые больным и нуждающимся в опеке людям. Принятие духовных ценностей несёт солидный реабилитационный эффект, т.к. позволяет создать внутренний душевный мир и комфорт через христианское осмысление страдания и несправедливости, а также создаёт дополнительные мотивации для внутренней активизации человека к более глубокому и серьёзному пониманию своего места в жизни и обществе. Также и волонтеры-христиане имеют реальный внутренний стимул для реализации данного служения, т.к. сущностью христианского учения является любовь, милосердие и помощь ближнему (т.е. каждому человеку). Это даёт повод считать христианское волонтерство эффективным и стабильным методом социального служения. Согласно данным опросов, представители каждой исследуемой группы высказались о практической важности христианского волонтерства.

Вывод. Существует реальная необходимость налаживания сотрудничества между представителями Католической Церкви обеих традиций (римско-католической и греко-католической) и представителями медицинских и социальных учреждений в вопросах помощи и социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями, детей-сирот и людей престарелого возраста.

Литература

1. Апостальскае пасланне Яна Паўла II (аб хрысціянскім сэнсе людскога цярапення) *Salvifici doloris*.
2. Энцыкліка Бэнэдыкта XVI, *Deus caritas est*.
3. Пасланне Яго Святасці Бэнэдыкта XVI на XIV Сусветны дзень хворага.
4. Апостальскае пасланне Яна Паўла II, «Святло Усходу» (аб духоўных каштоўнасцях).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

М. Ю. Сурмач, канд. мед. наук; Е. М. Тищенко, д-р мед. наук
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно (Беларусь)

Актуальность. Одной из важнейших современных государственных проблем Беларуси является обеспечение демографической безопасности страны. В период с 1993 по 1997 г. рождаемость, по сравнению с 1986 г., снизилась более чем в два раза, смертность возросла на 40%. С 2003 г. наметилась положительная тенденция. Данный сдвиг обусловлен, прежде всего, особенностями повозрастной структуры населения, а именно вступлением в детородный возраст поколения, рождённого в период подъёма рождаемости в середине 1980-х гг. Роста рождаемости, позволяющего обеспечить благоприятный демографический прогноз, по данным целого ряда исследователей (Т. В. Калинина, 2006; К. К. Красовский, 2003;

В. Б. Смычѣк, 2003; Л. П. Шахотько, 2003 и др.), не наблюдается. Прогнозная численность женщин детородного возраста снизится к 2015 г. на 12,3%, к 2025 г. — на 20,5% (В. А. Журавлёв, 2003; Л. Н. Ломать, 2003). Демографическая ситуация обостряет актуальность проблемы репродуктивного здоровья молодѣжи — наиболее значимой в демографическом отношении части населения.

Цель работы. Определить направления решения основных медико-этических проблем репродуктивного здоровья.

Материалы. Данные социологического опроса женщин 15–29 лет (1 368 человек), сведения, взятые из официальной статистики и опубликованных источников.

Результаты и их обсуждение. В состоянии репродуктивного здоровья молодѣжи Беларуси сохраняются негативные тенденции (Н. И. Гулицкая, 2006; В. В. Колбанов, 2006; З. А. Севковская, 2002; В. Н. Сидоренко, 2006).

Одной из важных проблем являются *инфекции, передаваемые половым путѣм* (ИППП), более половины случаев которых приходится на возраст 15–24 года. С начала 1990-х гг. наблюдается рост заболеваемости ИППП. По данным статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь», в 1991–96 гг. число первичных случаев сифилиса в Беларуси возросло в 40 раз (с 5,2 до 210,9 на 100 тысяч населения). Такой высокий рост даже в сравнении с Россией (где с 1990 по 2001 г. первичная заболеваемость сифилисом выросла в 27,1 раза) связан не только с увеличением числа заболевших, но и с высоким качеством диагностики. С 1997 г. первичная заболеваемость сифилисом снизилась и составила в 2005 г. 32,7, а в 2006 г. — 27,1 на 100 тысяч населения. До 1995 г. Беларусь относилась к странам с низким уровнем выявления ВИЧ-инфекции. Однако рост заболеваемости ИППП сопутствует росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Несмотря на положительные тенденции, ситуация в целом остаѣтся пока неблагоприятной. Особенностью современного периода является «омоложение» ИППП: возрастание заболеваемости среди молодѣжи, подростков и даже детей до 14 лет.

В Беларуси действует целостная, эффективно функционирующая система мероприятий по профилактике сифилиса

и гонореи. Негативные тенденции связаны с комплексом факторов: снижением возраста начала половой жизни, недостаточной медико-гигиенической грамотностью, широким распространением в молодёжной среде «либеральных» форм поведения, толерантностью к сохранению собственного репродуктивного здоровья, снижением значения в молодёжной среде социальной роли института семьи. Способствует росту болезненности и широкая доступность препаратов для лечения, отсутствие обращения заболевших за медицинской помощью, высокая частота самолечения и бездеятельного выжидания, особенно распространённых среди молодёжи.

Рискованное сексуальное поведение, неумение строить доверительные отношения в паре, низкая медико-гигиеническая неграмотность приводят к наступлению беременностей, оканчивающихся *абортами*. Статистика свидетельствует, что число абортоснизилось. Однако на 100 родившихся живыми детей приходится более 60 абортос, каждый шестой аборт производится у впервые беременной женщины. Особенно опасны подростковые беременности: в структуре беременных девочек-подростков г. Минска прерывают беременность 55–60% (О. Л. Кудина, 2006).

Проведённый нами опрос 1 368 женщин, имевших беременность, наступившую до достижения женщиной возраста 25 лет, показал, что наличие у женщины *добрачных интимных отношений* оценивают положительно более 52%, допускают возможность добрачных интимных отношений у своего партнёра 58,6% женщин. Отношение к «гражданскому» (незарегистрированному) браку у двух третей респонденток положительное. Около 44,1% женщин впервые вступили в интимные отношения в 17–18 лет. До достижения 15-летия начали половую жизнь около 5,5% опрошенных, в 15–16 лет — 27,6%. Только четверть первых половых контактов у женщин до 25 лет можно отнести к безопасным с медицинской точки зрения. Около трети первых беременностей у молодых женщин окончились искусственным прерыванием по желанию женщины. Почти 22% первенцев, родившихся от первой беременности, вынашивались в условиях, когда беременность оценивалась женщиной как «несвоевременная» и даже как «не-

желательная». Около 13,4% будущих матерей моложе 25 лет вступили в брак во время беременности. Каждая шестая ожидающая рождения первенца женщина отмечала, что курит во время беременности. Каждая пятая являлась пассивным курильщиком. Каждая четвёртая один раз в месяц и более употребляла алкогольные напитки.

В целом проблема *алкоголизации молодёжи*, актуальность которой особенно возросла в последние десятилетия, близка проблеме репродуктивного здоровья. Алкоголизация негативно отражается на репродуктивном потенциале молодёжи, ухудшает качество жизни и снижает реализацию социальных возможностей, приводит к высокому уровню асоциального поведения и затруднению социальной адаптации, косвенно препятствует общественной стабилизации и экономическому развитию государства.

В структуре первичной заболеваемости населения психические расстройства и расстройства поведения занимают всего лишь восьмое, однако у подростков — уже 4–5-е место. Несмотря на государственные усилия по предупреждению алкоголизма и наркомании, контингент лиц в возрасте 15–19 лет, употребляющих наркотики, к началу 2002 г., по сравнению с 1994 г., увеличился в 2,8 раза, количество состоящих на наркологическом учёте детей в возрасте до 15 лет возросло в 5,8 раза (А. В. Козловский, Ю. Е. Разводовский, 2004). Отмечается рост распространённости злоупотребления алкоголем (с 1995 по 2006 г. контингент зарегистрированных больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом увеличился на 56,5%), увеличение доли «женского» алкоголизма, увеличение доли детей, страдающих хроническим алкоголизмом; рост «пивного» алкоголизма; отсутствие снижения частоты употребления суррогатов алкоголя и самогона; низкая обращаемость за медицинской помощью и, вследствие этого, наличие скрытой (незарегистрированной) патологии. Употребление алкоголя среди населения в целом и, в особенности, среди молодёжи, особенно распространено в сельской местности.

Выводы. Большинство из современных медико-этических проблем репродуктивного здоровья молодёжи имеют пове-

денческую обусловленность. поэтому в их решении важна комплексность и общегосударственный характер, направленность на институт семьи, поскольку профилактическая работа с молодёжью должна начинаться не позднее наступления подросткового возраста. Состояние репродуктивного здоровья регулируется не только посредством лечебно-диагностических мероприятий (возможности которых увеличиваются с внедрением вспомогательных репродуктивных технологий, в свою очередь, неоднозначно оцениваемых с этической точки зрения), но прежде всего — посредством влияния на управляемые социальные сферы: поддержка менталитета здоровья, здорового образа жизни, ответственность граждан, общества, государственных органов и юридических лиц за формирование здорового социума. Необходимы совместные усилия всего общества, всех его институтов и соответствующая государственная политика по формированию общественного здравоохранения, направленного на воссоздание духовных корней и славянских традиций. Огромный вклад в его развитие вносит обозначенная Президентом Беларуси стратегическая цель: «Здоровье государства — это благополучие человека, согласие в обществе, целеустремленность нации».

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР: ДУХОВНО-ЭТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

А. А. Федосова

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель (Беларусь)

Введение. Игровая зависимость (игромания) — это неконтролируемая тяга к игре; нехимическая информационная зависимость от игровых автоматов, казино, компьютерных игр, Интернета.

Проблема компьютерной зависимости, особенно среди детей и подростков, актуальна также для Беларуси. Белорус-

ские медики констатируют увеличение числа страдающих компьютерной зависимостью. Данный вид зависимости может развиваться как у ребёнка, так и у взрослого человека. Причём чаще всего она бывает у непрофессионалов, т.е. у тех, кто использует компьютер исключительно для развлечения.

Обсуждение проблемы. Компьютерные игры могут вызывать такую же зависимость, как азартные игры и наркотики, и лечение настолько же сложно. Медики ряда стран намерены внести компьютерную зависимость в «Диагностическое и статистическое руководство по умственным расстройствам».

Психологи различают три стадии зависимости от компьютерных игр.

Первая стадия — увлечённость. Как правило, человек увлечён двумя-тремя любимыми компьютерными играми и регулярно (минимум раз в два дня) проводит время перед монитором. Если вдруг исчезает возможность поиграть в любимую игру, человек не испытывает особого дискомфорта.

Вторая стадия — привязанность. Геймеры следят за виртуальным миром, интересуются новыми играми, читают специализированные журналы, общаются с единомышленниками. Проводят время за играми по два-три часа в сутки.

Третья стадия — зависимость. Человек почти потерян для реальной жизни. Всё свободное время он проводит за играми, почти все деньги тратит на новые диски и журналы. Приходя с работы или учёбы, сначала включает компьютер, потом разувается. Когда он находится за компьютером — думает только об игре, когда «вне компьютера» — тоже... Это уже повод зайти к психиатру.

Психологи считают, что всему виной врождённая агрессивность. Однако пытаться заглушить в себе тягу к насилию, расстреливая или калеча противника на экране, — примерно то же, что тушить пожар бензином.

Один древний христианский автор, священномученик Киприан Карфагенский, так писал о распространённых в его времена кровопролитных зрелищах: «И зрители столь нечестивых, столь бесчеловечных и ужасных позорищ нисколько не помышляют о том, что их кровожадные взоры — главная причина кровопролития и убийства».

Игрок становится как бы полноправным участником разыгрываемых в «искусственной реальности» сцен насилия и разврата, а не пассивным сопереживателем, как слушатель или зритель.

Православная Церковь также обеспокоена существующей в обществе проблемой компьютерной зависимости и старается предостеречь людей от негативных последствий игромании. По мнению православного духовенства, компьютерные игры убивают в детях духовность и располагают к оккультным занятиям. Современные игры открывают новый мир — мир «виртуальной реальности». Постепенно вживаясь в этот выдуманный мир, люди перестают отделять реальность от выдумки, смешивают их и одновременно живут в том и в другом мире, превращаясь в психически больных людей. В мире виртуальной реальности нет места Богу. У человека сильно развивается чувственность. Он не борется со своими пороками, а целиком предаётся им, погружается в них.

Не следует также забывать о том, что из виртуальной реальности навыки убийства, жестокости и мести, ощущение своей власти над другими выносятся и за экран компьютера. Игромана отличают отсутствие терпения и раздражительность. В реальной жизни уже невозможно ответить ударом на удар, отомстить, и привычные ощущения и эмоции могут перерасти в жестокость, неудовлетворённость реальностью, приводя к различным неврозам и депрессии. «В большинстве случаев насилие в компьютерных играх остаётся безнаказанным. Это создаёт негативную поведенческую модель. Дети учатся решать конфликтные ситуации агрессивными методами», — утверждает психолог Элизабет Карл. Японские учёные пришли к выводу, что дети, чрезмерно увлекающиеся компьютерными играми, теряют способность контролировать своё поведение.

В ближайшее время будет открыта первая в Европе клиника для лечения зависимости от компьютерных игр.

Ценный опыт по профилактике и лечению компьютерной зависимости имеется в Китае. К примеру, компьютеры там оснащены программой, обеспечивающей автоматическое выключение после двух часов нахождения за компьютерными

играми, причём некоторое время включение невозможно. Уже в 2005 г. в Китае открыли клинику для лечения от компьютерной зависимости, а в 2007 г. было запрещено открытие новых интернет-кафе и компьютерных залов.

Выводы и рекомендации по предупреждению и преодолению компьютерной зависимости у детей и подростков:

1. Родители и учителя помогают ребёнку освоить реальный мир. Важно, чтобы они обучили также детей «правилам безопасности» в виртуальном мире.

2. Основным принципом ослабления и лечения зависимости — замещение: формирование у ребёнка полноценной духовной и интеллектуальной жизни, живое общение с родителями и сверстниками, проявление в отношении него внимания и заботы, занятия в кружках и спортивных секциях, помощь в работе по дому.

3. Необходимо выработать культуру общения с компьютером. Важно показать несовершеннолетнему, что с помощью компьютера можно интеллектуально развиваться, получать необходимую и полезную информацию, заниматься обучением и т.д.

4. Лицам, осуществляющим контроль за занятиями ребёнка, следует следить за его предпочтениями в компьютерных играх, рассказывать о последствиях длительного нахождения перед монитором.

5. Эффективным методом борьбы с зависимостью от компьютерных игр и Интернет-зависимостью является использование различных контролирующих программ. Программа «Контроль игр», например, умеет отличать учёбу за компьютером от игровой деятельности: если ребёнок использует компьютер для подготовки уроков, монитор не отключается, а если заигрался в компьютерные игры сверх установленного времени, то монитор погаснет точно по расписанию. Программа «Naomi 2.7» помогает ограничить несовершеннолетним доступ к неподходящим для них ресурсам путём контроля информации, загружаемой из Интернета, запрещая доступ к азартным компьютерным играм, порносайтам, а также к сайтам, содержащим сцены насилия.

Литература

1. Николаев С. В. За утешением к бабушке // С. В. Николаев. М., 2006, С. 129–131.
2. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков // В. Р. Кучма: Учебник. М.: Медицина, 2001, С. 142–157.
3. Ларионова Л. И. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. Том 25. №1. С. 15.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ДОВЕРИЕ: К ПРОБЛЕМЕ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

В. П. Дейкало, К. Б. Болобошко

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

В древних культурах способность человека врачевать свидетельствовала о его божественной избранности и определяла элитное, как правило, жрецкое положение в обществе. Знахари, колдуны и маги обладали священным статусом и часто были вождями. Подчинение им было нормативно закреплено, а оплата за услуги была обязательной и осуществлялась в форме дара. Практика древнего врачевания носила манипулятивный характер, и на этой основе начала формироваться базовая форма взаимоотношений врача и пациента — патернализм, основанный на «властно-мистической модели» социального взаимодействия. Для неё характерно доминирование прямого подчинения больного, а также вручение себя врачевателю. При этом объектом манипуляции выступает бессознательное. Такой тип патернализма может быть назван «патернализм власти» [1].

В ходе истории формы и модели взаимоотношений врача и пациента претерпевали естественные изменения, являясь отражением той или иной конкретной исторической эпохи.

Первыми нормами, регламентирующими моральные принципы врачебной практики, явились постулаты Гиппократы, известные нам по современным переводам текста клятвы, носящей его имя. До настоящего времени в массовом сознании населения живёт убеждённость в том, что все практикующие врачи давали именно эту, античного периода клятву и обязаны соблюдать её. Характерно, что подавляющее большинство пациентов могут воспроизвести из текста клятвы только одно слово: «должен».

Степень «власти» врача над пациентом менялась в рамках разных моделей взаимоотношений. В современной медицине вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения является аксиомой. Сама процедура получения «информированного согласия» на выполнение любого сложного медицинского вмешательства строго регламентирована существующим законодательством. На первое место в отношениях выходит не беспрекословное доверие пациента врачу, а своего рода договорные отношения. Более того, творческую, требующую огромной самоотдачи физических и душевных сил деятельность врача, которого учили «лечить больного, а не болезнь» всё чаще относят к сфере услуг, потребителем которых является пациент — человек страдающий, нуждающийся не только и не столько в выполнении над ним каких-то технических манипуляций, но и в душевной поддержке, совете, отеческой заботе. Думается, что данный аспект отношений врача и пациента сложно предусмотреть в рамках «типового» договора либо контракта. В складывающихся условиях для патернализма в отношениях «врач — пациент» остаётся все меньше и меньше места. Наоборот, врач всё чаще рассматривает пациента как потенциального строгого критика своего труда, вероятного «жалобшика» и стремится предупредить возможные неприятности, включая в информационные предоперационные листки всё большее количество рисков. Больной всё реже может услышать перед операцией одобряющее: «Не бойся, всё будет хорошо, я в этом уверен!»

Парадоксально, но немаловажный вклад в увеличение дистанции между пациентом и врачом внесло широкое внедрение в повседневную практику современных технических

средств лабораторной диагностики, медицинской визуализации, передачи данных. Случается, что врач начинает обследование пациента не с его осмотра и опроса, а со знакомства с результатами дополнительных методов диагностики, изучения заключений других специалистов. Такой подход, думается, не способствует росту доверия пациентов к представителям медицинской специальности.

Всемирно известный кардиолог Бернард Лоун в предисловии к своей книге «Утерянное искусство врачевания», пишет: «Связь «врач — пациент», основанная на взаимной привязанности и доверии, выпестованная в течение трёх тысячелетий, заменена совершенно иным типом отношений. Исцеление подменили лечением, уход — бесстрастным выполнением обязанностей, а умение слушать — технологическими процедурами. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь «ремонтирует» отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента чаще всего не учитывается» [2].

Для того чтобы окончательно не утратить искусство исцелять, врач должен признавать уникальность каждого пациента, используя по мере необходимости современные достижения науки и техники. Соответствующее отношение следует прививать студентам на протяжении всего периода обучения. Будущий врач должен видеть в пациенте личность, а не комплект потенциально больных органов.

Литература

1. Чеботарёва О. А. Современные проблемы в системе взаимоотношений врача и пациента // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 64-й научной практической конференции студентов и молодых учёных ВолГМУ. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006.

2. Лоун Бернард. Утерянное искусство врачевания. Крон-Пресс, 1998.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПРЕПОДАВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Ю. В. Алексеенко, кафедра неврологии и нейрохирургии

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Несмотря на существенные и достаточно известные успехи в развитии всего комплекса нейронаук в последние десятилетия, диагностика смерти мозга и тяжёлых нарушений функций нервной системы, которые приводят к развитию расстройств сознания и памяти при некоторых распространенных поражениях головного мозга, остаётся сложной междисциплинарной проблемой всей современной клинической медицины. В отечественной медицинской практике в сферу диагностики и ведения данной категории больных обычно вовлечены неврологи и нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, специалисты в области нейрореабилитации, в меньшей степени — психиатры, специалисты терапевтического звена, травматологии и хирургии. Наиболее часто причиной критических нарушений функций нервной системы являются черепно-мозговые повреждения, нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, ряд нейро-дегенеративных заболеваний, токсические и дисметаболические состояния. Наиболее полно обсуждаемый круг вопросов находит отражение в рамках специальной области знаний, которую называют *нейрореаниматологией*, однако дополнительная подготовка в таком узком направлении, как и сфера ответственности специалистов, всё ещё окончательно не уточнены.

Несмотря на активный интерес к вопросам в области нейрореаниматологии, остаётся множество нерешённых вопросов и противоречий в определении основных понятий смерти мозга и нарушений сознания, классификации качественных и количественных нарушений сознания, специальной клинической терминологии, что значительно затрудняет взаимопонимание

и взаимодействие специалистов в этой сложной междисциплинарной сфере клинической практики. Причиной такого положения является не только разнообразие традиций и подходов, сложившихся на протяжении многих десятилетий в рамках каждой клинической дисциплины, но также и объективные трудности, и противоречия в современном понимании тонких механизмов естественной организации и поражения функций нервной системы. Наблюдается также очевидное отставание в развитии всего комплекса нейронаук от темпов развития чисто технических разрешающих возможностей инструментальных методов нейровизуальной диагностики. Новые сведения, принесённые современными методами функциональной нейровизуализации, пока не позволяют говорить о достижении более высокого качественно нового уровня понимания проблем организации функций головного мозга у здорового человека, механизмов их нарушения и возможностей восстановления при тяжёлых структурных поражениях. Это имеет прямое отношение к наиболее сложным разделам клинической неврологии и нейропсихологии — нарушениям сознания, памяти, когнитивным и поведенческим нарушениям.

В определённой степени — это одно из проявлений недостаточной междисциплинарной интеграции нейронаук и клинических дисциплин и переоценки некоторыми клиницистами своего уровня понимания общих закономерностей и универсальных механизмов поражения ЦНС, а также реальных возможностей эффективного влияния на исходы тяжёлых поражений головного мозга, включая применение комплексной нейрореанимации, методов нейропротекции, регулирования нейропластичности, регенерации и реорганизации нейрофизиологических процессов. Во многих случаях при этом ощущается недостаточный уровень не столько медицинского, как скорее философского осмысления сложившейся ситуации, что порождает серьёзные проблемы этического характера при проведении научных исследований, принятии решений в отдельных клинических ситуациях, при взаимодействии специалистов и контактах с больными и их родственниками.

Одним из ключевых проблемных вопросов является определение и клиническая интерпретация самого тяжёлого ва-

рианта нарушений сознания — комы, которую определяют как нарушение функций нервной системы с полным исключением сознания. Как показывают результаты некоторых клинических наблюдений и специальных исследований, головной мозг человека даже в таких критических обстоятельствах остаётся способным воспринимать некоторые внешние стимулы и даже некоторую вербальную информацию. Тем не менее, следует признать, что, несмотря на определённые возможности мониторинга функций головного мозга в условиях интенсивной терапии и реанимации, адекватный контроль динамики патологических и восстановительных процессов при критических расстройствах ЦНС существенно ограничен. В то же время, на представителей некоторых клинических направлений ложится большая ответственность, связанная с участием в подготовке официальных рекомендаций, протоколов и стандартов ведения больных с наиболее распространёнными формами опасных для жизни поражений нервной системы, где констатация глубины и степени обратимости нарушений функций мозга имеет вероятностный характер и может быть выполнена в рамках той или иной степени надёжности.

Наряду с сугубо медицинской и научной дискуссией существует и активно развивается обсуждение и интерпретация некоторых проблем критических нарушений функций нервной системы в современной литературе, искусстве и средствах массовой информации. Большую известность в последние десятилетия получил ряд литературных и кинопроизведений, в которых тема развития глубоких нарушений сознания и памяти вследствие черепно-мозговых повреждений и других поражений мозга приобретает увлекательный, временами захватывающий характер. При этом довольно часто приуменьшается опасность некоторых серьёзных заболеваний и травм нервной системы, частота их осложнений и реальная структура ближайших и отдалённых исходов. Недостаточно адекватно подаётся информация о возможностях раннего распознавания и неотложной помощи пострадавшим, доступности и результативности некоторых современных методов консервативного и хирургического лечения. Как ни странно,

но содержание таких произведений, имеющих далеко не всегда достоверную основу, часто без необходимого критического осмысления переносится в повседневную жизнь. В плену заблуждений относительно реальности и возможности событий оказываются даже специалисты.

В этой связи нельзя упускать из вида вопросы подготовки в медицинских вузах. Противоречия и объективные ограничения диагностических, лечебных и прогностических возможностей необходимо открыто обсуждать не только в рамках научных дискуссий или среди представителей клинических дисциплин, но также среди студентов медицинских факультетов, которые готовятся к работе в условиях широкой медицинской практики и должны быть знакомы как с основами нейронаук, так и с актуальными вопросами клинической неврологии и нейрохирургии в общетерапевтической и общехирургической практике.

Процессы образовательной глобализации делают более доступной самую современную информацию в области нейронаук и клинической неврологии, существенно упрощается доступ к информации и публикациям различного качества и назначения. Поэтому навыки поиска, анализа и критического осмысления специальной научной и практической информации приобретают существенное значение при подготовке специалистов в области фундаментальных и клинических дисциплин. Чрезвычайно большое значение имеет при этом прямой обмен опытом и возможность достижения консенсуса среди экспертов по многим актуальным вопросам диагностики и ведения больных с критическими нарушениями функций нервной системы, что может осуществляться, в частности, в рамках деятельности международных профессиональных ассоциаций, таких как, например, Европейская федерация неврологических обществ (EFNS).

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

О. В. Драгун, М. С. Дроздова, Л. В. Соболева, Е. А. Мишкевич,
кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

«Анализируя историю возникновения человечества, можно отметить огромную животворную роль добрых качеств пещерного человека: выживали только те сообщества, которые жалели своих соплеменников, особенно женщин, детей и слабых — им первым давали пищу, освобождали место у огня», — отмечал литовский исследователь А. Залидж ещё во времена социалистического строя. Что же случилось сейчас, в т.ч. и в медицинском мире, с человеческой добротой и отзывчивостью?

Проблемы медицинской этики и деонтологии в последние годы в странах бывшего Советского Союза по различным экономическим и социальным причинам приобрели небывалую остроту. Идеологии меняются, а врач нужен всегда.

Что же делать, если еще в медицинском вузе часть студентов пренебрегает принципами врачебного долга в пользу личного спокойствия и благополучия, не желая вникать в проблемы больного, а другая часть придерживается мнения, что медицина в стране — это неблагодарный, низкооплачиваемый труд, а перспектива частной практики ещё далека. Хотя, следует отметить, что на младших курсах большинству из них ещё не чуждо такое забытое понятие, как милосердие. Среди студентов-медиков высок процент тех, кто продолжает семейные традиции, чьи родители воспитаны во времена, когда в основе врачевания лежала доброта, способность личности к самопожертвованию, самоотдаче, деянию во благо других людей.

Сейчас мы оказались в сложном водовороте жизни, где нет определённых правил, норм поведения, а психологию поведения диктуют не всегда этичные программы телевиде-

ния, «жёлтая пресса» и т.д. И поэтому, кому как не нам, преподавателям высших и средних учебных заведений, необходимо взять на себя ответственность за будущее своих студентов. Давая студентам профессиональные знания, мы не вправе забывать о том, что должны закладывать в них азы милосердия и добра. Но для этого должны разрабатываться новые подходы и концепции, новая методология, основанные на нынешней социальной ситуации.

Медицинская этика должна быть основана в т.ч. и на психологии. Эта достаточно сложная наука, корни которой как ни одной другой, уходят вглубь веков, воспринимается студентами, да и некоторыми преподавателями весьма скептически. «Зачем, — скажете вы, — будущей медсестре или врачу нужна психология? Есть специалисты — пусть и разбираются». Ещё как нужна! Ведь медицина как никакая другая специальность связана с человеком, с его переживаниями и проблемами.

Часто ли к больному человеку приглашают психолога или психотерапевта? Именно поэтому врачи должны иметь знания о типах личности, их отношении к болезни и т.п. К примеру, нельзя слепо «ублажать» больного, чтобы потом это не оказалось ему во вред; нужно уметь различать экстраверта и интроверта, быть подготовленным к любым ситуациям «врач — больной» и «больной — врач».

Как преподавать эту науку, решать психологам, но главной целью преподавания в медицинских вузах должно быть воспитание чуткого, грамотного, в том числе и психологически, специалиста, умеющего понять не только физическое, но и душевное состояние больного.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Г. И. Юпатов, М. С. Дроздова, О. В. Драгун, Л. В. Соболева,
Л. М. Немцов, И. В. Арбатская, Л. В. Бабенкова, В. Т. Валуи,
кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Важнейшим условием воспитания будущего врача как человека, подготовленного к плодотворному творческому участию в жизни общества и к деятельности в сфере здравоохранения, является формирование деонтологической культуры [1].

Совершенствование профессиональной подготовки будущих врачей неразрывно связано не только с приобретением новых знаний, но и с повышением уровня их деонтологической образованности [2]. Этот вопрос необходимо решать не только в рамках факультативного курса «Биомедицинской этики», осуществление морально-нравственного воспитания и образования является чрезвычайно актуальной и важной задачей в течение всего периода обучения.

Одна из первых кафедр медицинского вуза, обеспечивающих непосредственный контакт студентов с их будущей работой, — кафедра пропедевтики внутренних болезней. Здесь происходит знакомство с внутренним распорядком учреждений здравоохранения, обязанностями медицинского персонала, правилами поведения в клинике, основными проблемами и трудностями работы с больными людьми.

Уже в первом семестре кафедра проводит с первокурсниками занятия по «Введению в клинику по медицинской и биологической физике». Мы, преподаватели-клиницисты, понимаем свою ответственность за процесс знакомства студента со своей будущей профессией. Впервые посетив клинику, студент-медик должен утвердиться в правильности своего выбора, необходимости и почётности медицинской профессии, в своей «избранности» и великом предназначении

в жизни — облегчать страдания больного человека не только лекарствами, но и словом. Аккуратный и спокойный преподаватель, доброжелательный и открытый медперсонал, сверкающая чистотой больница — первые и основные правила клинического воспитания студентов-медиков на I курсе. Психологическая культура преподавателя и медицинского персонала клиники — наиважнейшие условия для формирования студента как личности с твёрдыми социальными и нравственными убеждениями — с одной стороны; и с развитым чувством сопереживания и эмпатии — с другой.

Второй курс — период активного «вживания» студента в клинику. Первая клиническая дисциплина — «Общий уход за больными» — также преподаётся на кафедре пропедевтики внутренних болезней. Здесь задача преподавателя — не только обучить студентов основным манипуляциям (санитарная обработка, транспортировка, инъекции и проч.), но и познакомить их с правилами общения с пациентами, особенностями работы с больными в разных отделениях клиники (приёмный покой, терапевтическое отделение, отделение реанимации). Очень важно отношение преподавателя и медперсонала к студентам: на занятиях и дежурствах студенты должны почувствовать значимость и необходимость своей работы, ведь транспортировка больного в рентген-кабинет или подготовка системы для внутривенной трансфузии — это нужная и почётная работа, требующая внимательного и бережного отношения к больному.

Хорошим подспорьем в клиническом воспитании студентов на II курсе служат занятия по «Введению в клинику по нормальной физиологии». На занятиях студенты знакомятся с работой клинической и биохимической лабораторий, кабинетов функциональной диагностики, исследования функции внешнего дыхания, дуоденального и желудочного зондирования. Преподаватели на занятиях демонстрируют значение физиологических процессов в жизнеобеспечении, подчёркивая необходимость глубоких знаний и естественнонаучного подхода в медицине.

Клиническое воспитание студентов — будущих врачей — продолжается на кафедре и на III курсе. Предмет «Пропедев-

тика внутренних болезней» является ведущим в подготовке будущих клиницистов. Он включает не только обучение основным (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и дополнительным (ЭКГ, анализ крови, мочи и т.д.) методам исследования, но также правилам общения с человеком с учётом его болезни и психологических особенностей. На первой же лекции, рассказывая о процессе сбора анамнеза, лектор кратко останавливается на проблемах врачебной этики и деонтологии. Во время клинических занятий, в процессе обходов преподаватели, беседуя с пациентами, демонстрируют правильное поведение врача, соблюдение основных деонтологических правил, сохранение врачебной тайны. Участие студентов в тематических обходах профессора и доцентов, клинических разборах, дискуссиях расценивается кафедрой как форма клинического воспитания будущих врачей.

Учитывая большой интерес многих студентов к вопросам этики и деонтологии в медицине, кафедра пропедевтики внутренних болезней с 2004 г. в рамках студенческого научного кружка проводит конференцию «Нравственные проблемы биомедицинских научных исследований на людях. Хельсинкская декларация прав больного». На конференции обсуждаются нравственные проблемы общения с неизлечимыми больными, вопрос эвтаназии, правила проведения научных исследований. Заседания кружка открыты для всех желающих.

Мы считаем, что клиническую идеологию должны пропагандировать все преподаватели, преодолевая пассивность студентов путём повышения требовательности (в том числе и к себе). Медицинская же деонтология является неотъемлемым элементом любой клинической дисциплины.

Любые средства и методы образования и воспитания студентов сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней «привязывают» к клинической дисциплине прямо или косвенно, вводят в предмет, превращая их, в итоге, в учебный элемент.

Литература

1. Михлюк В. И. О психологической культуре преподавателя медицинского вуза // Достижения фундаментальной, клинической

медицины и фармации: Тезисы докл. 59-й науч. сессии ВГМУ. Витебск, 2004. С. 251–252

2. Эльгаров А. А., Эльгарова Л. В. Деонтологическое образование студентов на кафедре пропедевтики внутренних болезней // Клиническая медицина, 2003. №11. С. 70–72

БИОМЕДИЦИНСКИЕ И БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрише, В. А. Киреенко

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Инновационный характер развития современных систем образования и здравоохранения актуализирует проблемы биоэтики [2, 3]. Медицина и фармация становятся более прагматичными и рациональными, базируясь на принципах доказательности и стандартизации медицинской и фармацевтической помощи. Но при этом важно помнить, что объектом медицинской и фармацевтической деятельности является живой человек. Тем более что на этом строились традиции отечественной медицины и фармации, заложенные в трудах С. П. Боткина, В. В. Вересаева, М. Я. Мудрова, А. П. Нелюбина, Н. И. Пирогова и др.

Цель. Анализ основных проблем биоэтики и их преломление в образовательном процессе современного медицинского университета.

Методы: социально-гигиенический, аналитический.

Результаты. Анализ названных проблем показал, что морально-нравственный облик представителей медицины и фармации во многом определяется личной позицией конкретного медицинского и фармацевтического работника, его отно-

шением к своей профессии, к общественным ценностям, религии, традициям и т.д. [2].

Здоровье и жизнь людей в современном обществе находится в зависимости от многих факторов и систем.



Этическим и правовым регулированием биомедицинских исследований занимаются многие международные организации (ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы, Европейский Союз, ВМА и др.) [3].

Важное значение имеет изучение документов, которые регламентируют этические нормы проведения биомедицинских исследований с участием человека. В ходе биомедицинских исследований и клинической практики необходимо учитывать религиозно-культурные и национальные особенности, сформировавшиеся в течение тысячелетий.

Развитие новых научных направлений и внедрение высоких технологий в медицинскую и фармацевтическую практику, особенно во второй половине XX в. привело к актуализации новых этических проблем:

– *дилемма начала человеческой жизни с медицинской, нравственной, юридической и религиозной точек зрения*: новые репродуктивные технологии, аборт и контрацепция взаимосвязаны между собой и затрагивают важные этические вопросы: статус эмбриона, проблема «лишних эмбрионов», использование абортивного материала в фетальной терапии и косметологии; искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство; этические аспекты пренатальной диагностики, отношение к новорожденным с дефектами развития; демографические проблемы,

контроль над воспроизводством населения, добровольная и принудительная стерилизация, допустимость абортa и др.;

– *смерть и умирание в эпоху новых научных направлений и инновационных медицинских технологий*: развитие реаниматологии; эвтаназия, в т.ч. эвтаназия новорожденных с тяжёлыми пороками развития, паллиативная медицина, проблема «качества жизни» и «умирания с достоинством», этические аспекты лечения хронической боли; психология терминальных больных и др.;

– *морально-этические проблемы медицинской генетики и биотехнологии*: создание генетической карты человека, генетическая информация как собственность; генетическая паспортизация; клонирование человека, в т.ч. репродуктивное и терапевтическое; этические аспекты создания и использования трансгенных растений и животных, генетически модифицированные продукты питания и др.;

– *развитие персонафицированной медицины*: генетическое тестирование, скрининг; добровольность получения и конфиденциальность медико-генетической информации, доступность медико-генетической помощи, запрет дискриминации по генетическим признакам и др.;

– *эпидемиологическая безопасность и соблюдение прав инфицированных людей*: ВИЧ/СПИД, туберкулёз, особо опасные инфекции и др.;

– *соблюдение этических норм в психиатрии*: гуманность и уважение человеческого достоинства, недопустимость дискриминации, защита прав и интересов душевнобольных, принудительная госпитализация и информированное согласие психически больных и др.;

– *моральные проблемы трансплантации органов и тканей*: пересадка органов от трупа, получение органов от живых доноров, проблема справедливости «распределения» человеческих тканей и органов; конфиденциальность дарителя (донора) и получателя (реципиента); дарение, пожертвование и приобретение органа и др.;

– *этические проблемы биомедицинских исследований на человеке и животных*, в т.ч. проведение клинических испытаний новых лекарственных средств: допустимость использо-

вания эффекта плацебо, безопасность экспериментальных ЛС и др.;

– *морально-психологический статус, нравственные и религиозные убеждения медицинских работников, вовлечённых в разрешение сложных биоэтических проблем: честь врача и достоинство пациента, соблюдение врачебной тайны и реализация принципа информированного согласия, моральная и юридическая свобода врача — право на риск и на ошибку, «синдром выгорания», профессиональная подготовка врачей паллиативной помощи и др.* [1, 3].

Таким образом, развитие современной медицины и фармации затрагивает большое количество биоэтических проблем, изучение которых должно обеспечиваться при реализации современных образовательных технологий. В настоящее время в соответствии с учебной программой преподаётся курс «Этика», в т.ч. медицинская. Но, фактически, в современном медицинском университете вопросы биомедицинской этики являются мультидисциплинарными. Соответственно, они должны более активно освещаться при преподавании практически всех дисциплин. Целесообразной представляется также организация специальных элективных курсов «Биомедицинская этика», «Биофармацевтическая этика» и «Паллиативная медицина».

Выводы:

1. Применение современных медицинских технологий должно сопровождаться проявлением уважения к человеческой жизни на всех этапах её развития при сохранении нравственной оценки болезни.

2. Формирование клинического мышления должно быть сопряжено с формированием духовного каркаса личности будущего врача.

3. Повышение эффективности деятельности современного врача и провизора требует учёта нравственной обоснованности его действий.

4. Современные образовательные стандарты должны обеспечивать максимально возможный уровень информированности будущих специалистов в области биомедицинской этики.

Литература

1. Биомедицинская этика: современные парадигмы / Республиканский институт высшей школы, кафедра философско-гуманитарных дисциплин // Биоэтический форум [Электронный ресурс]. <http://www.bioethics.ru>

2. Дейкало В. П. Актуальные проблемы врачебной этики на современном этапе / В. П. Дейкало, Н. Ю. Коневалова, В. С. Глушанко, А. В. Степанов // Проблемы врачебной этики в современном мире: III Международная медицинская конференция, Витебск, 2 июня 2007 г. Минск: Изд-во «Про Христо», 2007. С. 14–18.

3. The Official Web Site of the World Health Organization [Electronic resource]. <http://www.who.int/en>.

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрише, А. П. Грузневич

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Под эгидой Организации Объединённых Наций в мире реализуется концепция «Общество для людей всех возрастов», строящемся на уважении всех прав человека, соблюдении биоэтических принципов, учёте культурного и религиозного разнообразия, на социальной справедливости, демократическом участии и законности. Старение населения — глобальное явление. Пожилые люди и старики являются самой быстро растущей группой. К 2050 г. в развивающихся странах будет проживать около 80% пожилых людей планеты [5].

С одной стороны, старение населения — это существенное достижение современной цивилизации и, прежде всего, медицины и фармации. С другой стороны, эта тенденция ведёт к определённым сложностям и проблемам, в т.ч. связанным

с организацией медико-социальной помощи (МСП) пожилым людям и старикам. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2050 г. почти 80% всех случаев смерти будет среди людей старше 60 лет [5].

Цель. Анализ медико-социальных и биоэтических аспектов старения населения, разработка подходов к оптимизации МСП населению на основе соблюдения принципов биомедицинской этики.

Методы: социально-гигиенический, аналитический.

Результаты. Установлено, что в течение 20 лет (1987–2007 гг.) доля лиц пожилого и старческого возраста в Беларуси увеличилась более чем в 2 раза [1]. На учёте в организациях здравоохранения по состоянию на 01.07.2008 г. состояло 1 791 120 пожилых людей, в т.ч. 137 294 одиноких и 498 753 одиноко проживающих пожилых людей (более 35%); в Республике проживало более 20 тыс. долгожителей (старше 90 лет), в т.ч. 648 человек старше 100 лет. Большую часть составляют женщины [4].

Рост числа пожилых людей и стариков в структуре популяции ставит перед обществом и государством ряд проблем. В настоящее время число пенсионеров и инвалидов в Беларуси составляет около 1/4 населения — на одного пенсионера приходится 1,6 работающих. Демографическая нагрузка на общество будет возрастать. Происходит последовательное нарастание уровня и удельного веса ресурсоёмкой патологии, представленной дегенеративными заболеваниями. Это в свою очередь влечёт ежегодный рост расходов на здравоохранение на 0,1% ВВП [3, 4].

Отсрочивание смерти путём здорового старения пожилых и стариков в сочетании с надлежащими стратегиями подготовки к концу жизни может привести к значительной экономии расходов на МП. Этот результат может достигаться путём ослабления таких факторов, как воздействие природных катаклизмов, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения, респираторных заболеваний, злокачественных новообразований, остеопороза, падений и последствий травм. Здоровые пожилые люди приносят пользу своим семьям, общинам и экономике, являются резервом трудовых ресурсов. Инвестиции в здоровье на протяжении жизни при-

носят дивиденды сообществам во всем мире. Отказаться от рискованных форм поведения в целях укрепления здоровья почти никогда не бывает поздно. Так, например, для человека, бросающего курить в возрасте от 60 до 75 лет, риск преждевременной смерти снижается на 50% [5].

Для укрепления здоровья, профилактики заболеваний и обеспечения надлежащего качества жизни пожилых людей большое значение имеет эффективная первичная МП. Особое внимание необходимо уделять пациентам, нуждающимся в уходе [2, 5]. В организациях здравоохранения Республики (кроме г. Минска) для хронических больных выделено 715 медико-социальных коек, на которых получило МП 2 922 человека, и 370 коек сестринского ухода, на которых получили медицинскую помощь 903 человека. В стране функционирует 109 больниц сестринского ухода на 2 476 коек, пролечено 4 858 пациентов, действует 7 региональных гериатрических центров и Республиканский геронтологический центр (создан в декабре 2007 г.) [4]. Но система оказания МСП пожилым людям, особенно одиноко проживающим, требует дальнейшего совершенствования [1].

Старение населения, рост общей заболеваемости, накопление хронической патологии и другие негативные факторы актуализируют необходимость более активного развития системы паллиативной МП. Изучение исторического и современного позитивного опыта паллиативной помощи имеет для Республики Беларусь огромное значение. Формы оказания паллиативной помощи различны: на дому (преимущественно); в Доме для престарелых и инвалидов; в больнице; в хосписе [2]. В современных условиях одним из синонимов паллиативной помощи является понятие хосписная помощь. В ней, как правило, большую часть работы выполняют добровольцы (волонтеры). Применение обезболивающих препаратов, уход, религиозная поддержка, психологическая помощь больному и его родственникам позволяют пациентам сохранять чувство человеческого достоинства.

Значимой категорией в современном здравоохранении, как с позиции развития доказательной медицины, так и реализации основных принципов биоэтики, является *качество*

жизни. Нами разработаны и апробированы методики оценки медицинских технологий, учитывающие мнение пациента о качестве оказанной ему МП [3], которые могут быть использованы при формировании стандартов паллиативной помощи при различных нозологиях. Определены также основные медико-организационные пути сохранения человеческих жизней.

Всё пожилое население ежегодно осматривается врачами-терапевтами, а одинокие люди осматриваются ежеквартально. Только в первом полугодии 2008 г. такие осмотры были проведены для 1 320 222 пожилых пациентов (71%) [4].

В Республике для лечения больных пожилого возраста широко используются стационарозамещающие технологии: дневные стационары и стационары на дому [3, 4].

Обычно при подготовке медицинских работников вопросам оказания помощи пожилым людям уделяется недостаточно внимания. Согласно рекомендациям ВОЗ, медики должны проходить подготовку по вопросам старения независимо от их специализации.

Выводы:

1. Планомерное развитие медико-социальной помощи уязвимым категориям населения, в т.ч. пожилым людям и старикам, требует разработки эффективных ресурсосберегающих медицинских технологий.

2. Образовательные стандарты высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования должны определять введение новых учебных модулей.

3. Служба сестёр милосердия и волонтерское движение являются эффективной формой оказания медико-социальных услуг.

Литература

1. Глушанко В. С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / В. С. Глушанко [и др.]; под общ. ред. Ген. секретаря БОКК В. В. Колбанова. Витебск: ВГМУ, 2008.

2. Глушанко В. С. Медико-организационные и социальные аспекты современной паллиативной медицины / В. С. Глушанко,

Т. А. Петрише // Проблемы врачебной этики в современном мире: III Международная медицинская конференция, Витебск, 2 июня 2007 г. Минск: Изд-во «Про Христо», 2007. С. 95–100.

3. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: Монография / Под ред. А. Н. Косинца, В. С. Глушанко. Витебск, 2006.

4. Официальный Интернет-портал Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. www.minzdrav.by.

5. The Official Web Site of the World Health Organization [Electronic resource]. <http://www.who.int/en>.

ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЭТИКИ

*Д. В. Ампилогов, магистр философии
г. Орёл (Россия)*

М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук

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

Современная медицинская биоэтика представляет собой науку, которая включает много вопросов, требующих философской рефлексии, так как проблемы, которые она поднимает, являются общечеловеческими.

Есть одно общее для всех людей стремление — «быть здоровым и счастливым» — и именно на этом фундаменте и должна строиться этика единого человечества — этика жизни, или «биоэтика». Таков исходный, высокий смысл биоэтики. В действительности, поскольку основные жизненные коллизии, разрешить которые она взялась, происходили на ниве медицины, то она во многом стала наследницей медицинской деонтологии, со всеми вытекающими отсюда последствиями. Предметным полем биоэтики стали взаимоотношения врача и пациента, проблема допустимости эвтанази, проблема ценности жизни, репродуктивные технологии, транспланто-

логия и т.п., а также вопросы допустимости генетического контроля и вмешательства.

Таким образом, в ведении биоэтики оказываются следующие четыре области:

а) проблемы этики в медицинской практике;

б) этические проблемы в области исследований, включающие человека как объект исследования, даже в том случае, если они не имеют непосредственного отношения к терапии;

в) социальные проблемы, связанные с политикой в области здравоохранения (национальной и международной);

г) проблемы, вызванные вмешательством человека в биологические процессы, происходящие в окружающей среде (экологическая этика).

Этический анализ нормативно-правового регулирования применения новых репродуктивных технологий порождает ряд вопросов. Искажение общепринятых нравственных норм может иметь непредвиденные негативные последствия для жизни общества. С особой ответственностью следует учитывать этико-правовые последствия внедрения новых технологий для безопасности и блага общества.

Наиболее серьёзная угроза, создаваемая современной биотехнологией, — возможность изменения природы человека и, в силу этого, перехода к «постчеловеческой» фазе истории. Грань между очевидными преимуществами и вкрадчивым злом этих технологий провести невозможно.

Например, препараты прозак и риталин. Первый широко назначается депрессивным женщинам с дефицитом самооценки; он дает им самоощущение самцов альфа, вызванное повышением уровня серотонина. Риталин же, в основном, назначается мальчикам, которые не могут тихо сидеть в классе, поскольку природа их для этого не предназначила. Таким образом, два пола исподволь подталкиваются к средней андрогинной личности, довольной собой и социально приемлемой, что в современном обществе считается вполне корректным результатом.

На нас обрушилась вторая нейрофармакологическая волна биотехнологической революции. Созданы уже таблетки, похожие на сому, и таблетки для социального контроля над

детьми; эти таблетки куда эффективнее, чем ранняя социализация детства и фрейдовская психотерапия. Их стали употреблять миллионы людей во всём мире, при этом весьма ожесточённо споря насчёт долговременных последствий для телесного здоровья, но почти оставляя без внимания последствия этих препаратов для привычного понимания личности и морального поведения.

Нравственный выбор не осуществляется в отсутствие разума, тут и говорить не о чём, но он также основан на таких чувствах, как гордость, гнев, стыд и сочувствие. Человеческое сознание — не просто индивидуальные предпочтения и утилитарный рассудок, оно формируется интерсубъектно другими сознаниями и их нравственными оценками. Мы — «животные общественные и политические» не просто потому, что способны на теоретико-игровое мышление, но потому, что наделены определёнными общественными эмоциями. Мы хотим защитить от любого грядущего прогресса в биотехнологиях весь набор наших сложных натур, единство или преемственность природы человека и, соответственно, — прав человека, на ней основанных.

Существуют тенденции сводить цели биомедицины к чисто утилитарным, т.е. сужать сложное разнообразие целей и задач природы до нескольких простых категорий, таких, как боль и удовольствие. Особенно следует выделить предрасположенность к тому, чтобы автоматически ставить облегчение боли и страданий выше любых других задач и целей человека.

Утилитарная цель минимизации страданий сама по себе весьма проблематична. Никто не станет защищать боль и страдания, но дело в том, что все качества, которые мы считаем высшими и наиболее достойными восхищения в себе и в других, часто связаны с нашей реакцией на боль, страдания и смерть, с преодолением их, противостоянием, а зачастую — и покорностью им. Если не будет этого «зла», не будет и сочувствия, сострадания, храбрости, героизма, солидарности и силы характера. Наша способность испытывать эти эмоции — вот что даёт нам потенциальную связь со всеми другими людьми, живущими и умершими.

В заключение статьи сделаем некоторые выводы: развитие биомедицинских технологий, вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, вызывает серьёзную озабоченность общества, поскольку оно значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения.. Попытки людей по своему произволу изменять и «улучшать» природу могут принести человечеству новые тяготы и страдания.

Нравственное отношение к человеческой жизни необходимо, чтобы защитить человеческую жизнь от попыток произвольного манипулирования ею. Человеческая жизнь с самого момента зачатия зависит от помощи и поддержки окружающих. Жизнь зарождается, развивается и осуществляется именно в сообществе страдающих и соучаствующих в ней людей. Доверие, которое существует между людьми, обеспечивает благополучие в обществе.

Очень важным представляется дальнейшее исследование поставленной проблемы и создание соответствующей системы нормативного регулирования в государстве. При этом следует учитывать, что затронутая сфера — область не только морально-этического, правового, но и национально-государственного интереса.

Следует отметить также действенное влияние философского осмысления научных и медицинских достижений. Именно под углом философского, этического осмысления в современном социуме происходит построение законодательной базы медицинской деятельности в рамках биоэтики.

Литература

1. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. / Перевод с англ. М. Б. Левина. Изд-во АСТ, ЛЮКС М., 2004.
2. Кононова Е. С. Антропологические проблемы в истории философской мысли. Учебное пособие. Орёл, 2005.
3. Губин В., Некрасова Е. Философская антропология. М., СПб., 2000.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ

*Т. Ю. Крестьянинова, канд. биол. наук,
М. В. Шилина, канд. биол. наук*

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

Актуальность. Вакцинация является одной из форм медицинского вмешательства и совершается не для лечения больных или диагностики заболевания, а для профилактики возможных инфекций и проводится на здоровых людях, в том числе на детях. В связи с этим вопросы права и этики вакцинации, особенно массовой вакцинации, являются чрезвычайно важными этическими проблемами в медицине.

Цель. Изучить этические проблемы вакцинации.

Материал — литературные источники.

Методы исследования — аналитические.

Результаты исследования. Во многих странах накоплен богатый опыт по разработке и соблюдению этических норм в проведении биомедицинских исследований. Этот опыт нашёл отражение во многих национальных и международных рекомендациях, в т.ч. в специальных международных рекомендациях по вопросам этики в эпидемиологии. Главный тезис всех этих документов: человек является хозяином своего тела, здоровья и жизни. В связи с этим представление о том, что всегда превыше всего интересы общества, должно быть пересмотрено.

Строгое соблюдение этических норм в государстве возможно только при наличии хорошей правовой основы. В законах Республики Беларусь подчёркивается приоритет прав и свобод гражданина, ответственность органов государственной власти, организаций и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья и необходимость пресечения неправомерных действий, ведущих к нарушению прав и свободы человека. В критических ситуациях интересы общества ставятся выше интересов отдельных людей. Вакцинация в какой-то мере также является чрезвычайной мерой. При антропонозных инфекциях заражений человек является

источником распространения возбудителя заболевания и представляет угрозу для других членов общества. В связи с этим обязательная вакцинация людей против некоторых инфекций и проведение принудительных профилактических мер по изоляции больных от окружающих людей являются оправданными для сохранения здоровья других членов общества [1].

В системе вакцинопрофилактики можно выделить три группы вопросов, наиболее важных с точки зрения соблюдения прав человека и медицинской этики:

1. Качество вакцин, применяемых на практике: условия их производства, свойства вакцин, их состав, наличие примесей, государственный контроль за их качеством.

2. Испытание новых вакцин на животных и людях.

3. Массовое применение вакцин.

По показателям безопасности и эффективности вакцины календаря прививок соответствуют требованиям ВОЗ. Хотя, конечно, любая из них требует дальнейшего совершенствования. К сожалению, ни одна из вакцин не является абсолютно безопасной. Все они обладают определённой степенью реактогенности, которая лимитирована нормативной документацией на препараты. Вакцины содержат различного рода вещества, добавляемые в препарат с целью стабилизации, консервации или сорбции антигена: гетерологичные белки, мертиолят, формальдегид, антибиотики, гидроокись алюминия и пр. Конечно, включение некоторых веществ в вакцины массового применения является мерой вынужденной, и одной из задач совершенствования вакцин является замена этих добавок на более безопасные или, что более правильно, — полное исключение их из состава вакцин.

Любая новая вакцина проходит испытания на идентичность, токсичность, стерильность, пирогенность и ещё два десятка показателей, характеризующих прежде всего её безопасность. На стадии доклинических испытаний вакцин есть свои этические проблемы, связанные с необходимостью испытания препаратов на экспериментальных животных [2].

Существует несколько видов биомедицинских исследований на людях:

- 1) испытания на здоровых людях с целью разработки методов диагностики, лечения или профилактики заболеваний;
- 2) исследования на больных с целью их лечения;
- 3) экспериментирование на людях с целью получения новых научных данных.

Испытание новых вакцин относится к первой группе биомедицинских исследований. При испытании вакцин всегда есть риск возникновения осложнений. Вот почему крайне необходимо соблюдать этические и правовые принципы проведения таких испытаний. Все исследования на людях должны проводиться с учётом трёх основных принципов: уважение к личности испытуемого; польза для него, группы людей или человеческого общества в целом; справедливость, отсутствие дискриминации. С точки зрения этики недопустимо, когда одно государство испытывает свои вакцины в других странах без достаточной для этих стран пользы.

Испытания на людях являются обязательным условием внедрения новых вакцин. Эти испытания проводятся в 2–3 этапа, в результате которых определяется безвредность и эффективность препарата, устанавливаются оптимальные дозы и схемы его введения. Судьбу каждой новой вакцины, в конечном счёте, решает соотношение «пользы» и «вреда» от введения такой вакцины. Человек, дающий согласие на испытание, должен быть в достаточной мере информирован о свойствах, назначении и побочном действии препарата, чтобы правильно оценить риск, которому он будет подвергаться при испытаниях [3].

Выводы:

1. Одной из задач совершенствования вакцин является замена адьювантов на более безопасные или, что более правильно, полное исключение их из состава вакцин.
2. Необходима разработка альтернативных методов контроля качества вакцин *in vivo* с минимальным количеством лабораторных животных.
3. Все исследования на людях должны проводиться с учётом трёх основных принципов: уважение к личности испытуемого; польза для него, группы людей или человеческого общества в целом; справедливость, отсутствие дискриминации.

4. С точки зрения этики недопустимо, когда одно государство испытывает свои вакцины в других странах без достаточной для этих стран пользы.

Литература

1. Медуницын Н. В. Вакцинология. М.: «Триада-Х», 1999.
2. Безопасность инъекций в программах иммунизации. Рекомендации ВОЗ. Киев, 1996.
3. Порядок и методы контроля иммунологической безопасности вакцин. Методические принципы. М., 1989.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

П. В. Подрез, студ. 3-го курса лечебного факультета;
К. М. Кубраков, ассистент каф. неврологии и нейрохирургии
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) — это наиболее частые и наиболее тяжёлые повреждения, число которых из год в года неуклонно растёт. По данным ВОЗ, частота ЧМТ во многих странах мира имеет тенденцию к росту и, в среднем, ежегодно увеличивается на 2%. В настоящее время черепно-мозговая травма является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения в индустриально развитых странах. Также актуальна проблема ЧМТ у детей. Через год после закрытой ЧМТ у 81,43% детей обнаруживаются её последствия, при этом примерно 20% пострадавших в дальнейшем не могут приступить к нормальной трудовой деятельности.

При тяжёлых психических и неврологических нарушениях, коме, любых последствиях ЧМТ врачу приходится вести диалог с родственниками больного. В зависимости от того,

как будет проходить общение, можно говорить о конструктивно-коллегиальных отношениях, оптимальных для лечения и реабилитации больного.

Цель. Проанализировать взаимоотношения медицинского персонала с родственниками больных с черепно-мозговой травмой и выстроить тактику общения врача с близкими пациента.

Методы исследования: аналитический, наблюдения.

Результаты исследования. Тактика врача при общении с родственниками больных зависит от многих факторов, прежде всего, от состояния больного и его возраста.

Медработнику при общении с семьей необходимо всегда помнить, что в эмоциональной поддержке, психотерапии нуждается не только больной, но также его близкие и родные. Общение с семьей, где есть больной человек, необходимо начинать именно с установления доверительных отношений, с эмпатии, т.е. оказания эмоциональной поддержки. Врач должен помочь членам семьи не закрывать глаза на болезнь, объяснить роль каждого в сложившейся ситуации, ответить на все интересующие их вопросы. Необходимо убедить членов семьи быть более терпимыми к больному.

Эмоциональная поддержка для пациента — это принятие его родственниками, сослуживцами, медицинским персоналом, пациентами, признание его личностной, человеческой ценности и значимости, независимо от того, чем он страдает.

Также необходимо помочь пациенту и его близким поверить в положительный исход. Полезно заставить членов семьи задуматься над тем, как влияет болезнь на каждого из близких, как говорить друг с другом о болезни, каким образом придется изменить свою жизнь, как она может сложиться, когда больному станет лучше и какой помощи ждет семья от медперсонала.

В работе с семьей нужно учитывать влияние больного члена семьи на всех ее членов, а также меру воздействия семейного окружения на больного. Врач должен наблюдать, как семья влияет на проявления заболевания. Выявлена зависимость соблюдения пациентами медицинских рекомендаций от их семейных обстоятельств: пациенты, которые удовлетворены

отношениями с семьей, лучше соблюдают режим, вовремя принимают лекарства.

Процесс реабилитации больного включает не только обучение самого больного приемам самообслуживания, но также обучение членов семьи правильному поведению и уходу за больным. Родственники не должны слишком опекать больного, нужно поощрять его попытки быть более самостоятельным. Очень важно, чтобы человек, перенёсший ЧМТ, чувствовал себя необходимым, востребованным в семье. В литературе приводятся примеры того, что при активной моральной поддержке со стороны окружающих больные выздоравливают быстрее, общее состояние организма заметно улучшается.

Всё вышесказанное относится и к взаимодействию врача с родителями больных детей, но с учётом их особенностей: во-первых, влияние близких на больного ребёнка более сильно; во-вторых, близкие детей, как правило, более эмоциональны, суетливы, их страхи и переживания за участь больного более интенсивны. Замечено, что в семьях, где долго болеют дети либо есть дети с хроническими заболеваниями, более высок риск супружеских конфликтов и разводов. Группу риска в семьях больных детей при этом составляют не только сами родители, но и другие дети. Родители, озабоченные проблемами больного ребёнка, не успевают вникнуть в заботы здорового.

Врач должен помнить, что дети доверяют родителям и ждут от них помощи. Только убедив родителей в своей правоте, в эффективности лечебного процесса, в своей безусловной компетенции, врач может завоевать их доверие, а через них — и доверие больного ребёнка.

Вступая в отношения с родителями, врач, прежде всего, должен очень внимательно, а главное, участливо и терпеливо выслушивать их обо всём, что касается не только заболевания, но и самого ребёнка: о других его болезнях, о том, как и кто его лечил, и каковы результаты лечения. Наводящие вопросы должны показать родителям глубокую заинтересованность и обеспокоенность врача по поводу именно их ребёнка. Кроме того, наводящие вопросы могут успокоить родителей относительно квалификации врача, его компетентности.

В общении с родителями врач должен учитывать их культурный уровень, подвижность их психики, возраст и ценностные установки. От медработника не должно исходить высокомерие, пренебрежение к предрассудкам или низкой культуре родителей, неприемлемо также употребление врачом терминов, понятных лишь узкому кругу специалистов. Главное — способность понимать любого человека и его страдания.

Постоянно поддерживая связь с родителями больного ребёнка, врач должен периодически, а лучше постоянно советоваться с ними, а не просто извещать о состоянии больного. В процессе лечения и последующей реабилитации ребёнок должен соблюдать режим, выполнять все медицинские предписания, поэтому врачу следует убедить родителей в необходимости осуществлять оправданное «насилие» над ребёнком для его же пользы. Лишь очень существенные причины (установленный режим, процедуры, карантин) могут ограничить свидания родителей с детьми.

При общении ни в коем случае не допустимы грубость, несдержанность, раздражительность. Обида родителей на врача во всех отношениях отрицательно скажется на процессе лечения.

Выводы. Общение с родственниками больного является не менее важным и ответственным звеном в работе врача по сравнению с другими аспектами медицинской этики и деонтологии. В ходе взаимодействия медицинский работник должен войти в доверие, оптимистично настроить родственников больного, не упуская из виду каждой мелочи, для создания оптимальной психологической обстановки, которая бы самым благотворным образом повлияла на выздоровление больного. Сотрудничество врача и окружения больного может позитивно сказаться на скорейшем избавлении его от болезни и реабилитации.

Литература

1. Кирпиченко А. А. Психиатрия, Мн. 1989.
2. Биомедицинская этика. // Учебн. пособие под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Мн., 2008.
3. Материалы интернет-сайта www.reumo.ru.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ПРЕПОДАВАТЕЛЬ — СТУДЕНТ» КАК ПРЕДОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

Г. Г. Бурак, канд. мед. наук, доцент кафедры анатомия человека;
Н. Г. Харкевич, профессор кафедры топографической
анатомии и оперативной хирургии; *И. В. Самсонова*, доцент,
зав. кафедрой патологической анатомии

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Врачебная этика предопределяет поведение, взаимоотношения и действия врача, которые необходимы:

а) для максимально возможного сажения психики больного, его родных и близких;

б) для рациональной и эффективной организации лечебного и профилактического процессов;

в) для разумного и всестороннего использования медицинских и социальных возможностей при оказании помощи больному;

г) для формирования принципов, норм и форм взаимоотношений в сфере медицинской науки и практического здравоохранения [3, 5].

Интерес к личности врача во всей её многоликости (поведение, внешний вид, общеобразовательный ценз, выполнение рутинных обязанностей) не ослабевает, а наоборот, привлекает всё больше внимания [1, 2]. Кроме морально-этического и правового регулирования деятельности медицинских работников, необходимо особое внимание сосредоточить на сознательном формировании норм и форм врачебной этики в период обучения студентов в вузах медицинского профиля. Полноценное удовлетворение интересов и потребностей обучающихся медицине является одним и определяющих факторов эффективности познавательного развития, становления личности, успешности эмоциональной и волевой регуляции его своего поведения, устойчивости к нагрузкам и стрессам и позитивной социально-психологической адаптации [2, 4].

Позитивные взаимоотношения «преподаватель — студент» имеют существенное значение в плане приобретения студентами профессиональных и социальных навыков, в освоении отношений соподчинения, норм и правил их взаимодействия с преподавателями (в последующем — врача с пациентами), детерминируют личное самоутверждение, формируют навыки завоевания престижа и уважения [4].

Цель исследования. Анализ форм и методов взаимоотношений преподавателей и студентов в учебном процессе в целях определения и обоснования принципов формирования элементов врачебной этики.

Результаты исследования. Формирование уважительных отношений между преподавателями и студентами на начальных этапах подготовки врачей должно осуществляться с учётом следующих факторов:

а) профиль кафедры и особенности форм учебной деятельности в медицинском вузе;

б) приспособление студентов к вузовским формам обучения и новым бытовым и социальным условиям;

в) личностные особенности обучающихся (пол, возраст, уровень довузовской подготовки, тип нервной деятельности, жизненное кредо и др.) [4].

Основываясь на этих общих факторах с целью формирования доверительных отношений между студентами и преподавателями (в последующем между пациентами и врачами) важно соблюдать принцип равных возможностей, в соответствии с которым взаимоотношения преподавателя и студентов строятся по горизонтали на взаимном уважении, при этом должны быть чётко расписаны, осмыслены и реализованы функции того и другого.

Становление взаимоотношений «студент — преподаватель», осознанное восприятие обучающимися особенностей врачебной этики и, благодаря этому, формирование навыков врачебной этики должны базироваться на определённых принципах, планировании и реализации конкретных действий.

В связи с вышеизложенным полезными видятся следующие методы формирования навыков и норм врачебной этики в процессе учебной деятельности:

1. Доверительное отношение пациентов к врачу формируется на основании его внешнего вида, умения уважительно и сочувственно выслушивать жалобы больного. Внешний вид преподавателя и студентов, соблюдение ими требований по использованию специальной одежды должны стать не только элементом общей культуры, но и осознанной потребностью.

2. Прививать студентам-медикам элементы врачебной этики (особенно на младших курсах) целесообразно и полезно через подготовку научно-реферативных сообщений о жизни и деятельности великих врачей древности, эпохи Возрождения и нашего времени.

3. Воспитывать сочувственное отношение будущих врачей к своим пациентам следует начинать с первых дней обучения в университете. Полезным в этом отношении будет воспитание у студентов-медиков уважительного обращения с останками (органами, частями тела) и телами умерших людей при изучении строения человека (кафедры анатомии человека и топографической анатомии), при вскрытии трупов (кафедры патологической анатомии и судебной медицины).

4. Процесс обучения во всём его разнообразии достаточно сложен и овладение им предполагает усвоение ряда требований общей теории обучения, в частности, чёткое формирование задач обучения, чтобы они предполагали объективное проявление, допускали точную формулировку и однозначно понимались всеми участниками педагогического процесса.

Выводы. Формирование норм и требований врачебной этики, определяющих личность врача, должно начинаться с момента поступления в медицинский университет, носить многоплановый характер и совершенствоваться по мере овладения обучающимися профессией врача. Подготовка специалистов высокой квалификации и высокой врачебной культуры требует от преподавателей большого личного вклада — затрат времени, умственных и физических сил, постоянного совершенствования через систематическое, целенаправленное и осмысленное самообразование.

Литература

1. Архангельский С. И. Учебный процесс в высшей школе: Учеб. пособие. М.: Высшая школа, 1980.
2. Волинец И. Врачебное образование — вчера, сегодня, завтра. // Медицинский вестник. 2007. №43 (825). С. 6.
3. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология: Учеб. пособие. Мн.: Вышэйшая школа, 1998.
4. Судаков К. В. Системный подход в физиологии. М.: Медицина, 2004.
5. Терновский Л. Н., Терновская В. А., Уралов А. В. Социальное и биологическое в деонтологии // Здравоохранение в Российской Федерации. 1998. №6. С. 50–52.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И БОЛЕЮЩЕГО ПОДРОСТКА КАК ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ

Е. Н. Люцко, студ. 5-го курса факультета психологии

Научный руководитель канд. психол. наук, доцент *Е. Н. Ермакова*

УО «Белорусский государственный педагогический
университет им. М. Танка»
г. Минск (Беларусь)

Понятием «биоэтика» обозначают весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента, для решения которых целесообразным является прибегать к взаимодействию медицины с иными научными областями, исследующими психологические, социальные, правовые, философские аспекты данного вопроса с последующей интеграцией полученного опыта.

В данной работе освещается проблема осуществления взаимодействия врачей и пациентов с так называемой «ограниченной компетентностью» — детей и подростков с соматической патологией, получающих стационарное лечение.

Актуальность данного вопроса обусловлена достаточно высоким уровнем заболеваемости, наблюдаемым на терри-

тории Беларуси в последние десятилетия среди детей и подростков. Это приводит к тому, что большинство детей хотя бы раз в своей жизни находились на лечении в больнице.

Анализ литературных источников [2] и результаты проведенного исследования позволили определить, что на успешность полученного в стационаре лечения, влияет не столько специфика соматического состояния, сколько дистанцированность подростка от привычного социального окружения (семьи, друзей, одноклассников, учителей) и включение его в принципиально иные системы социального взаимодействия (с медицинскими работниками, другими болеющими детьми) с присвоением новой социальной роли «болеющего человека» [1].

Целью данной работы было изучение концепта «врач» в языковой картине мира подростков с соматическими заболеваниями и их относительно здоровых сверстников. Задачей экспериментальной части было исследование реакций подростков с соматическими заболеваниями, возникающих в ответ на стимулирование актуализации и вербализации значимых переживаний.

Методы исследования. Использована система вопросов, составленных на основании анализа результатов пилотажного исследования и включающих наиболее значимые для данного контингента испытуемых аспекты концепта «врач», и сравнение их с выборкой относительно здоровых подростков. Также был использован метод контент-анализа сочинений подростков, получающих лечение в стационаре, на тему «Каким обычно бывает врач». С целью изучения эмоционально-ценностного компонента самосознания подростков с соматическими заболеваниями была использована методика исследования самоотношения (МИС), созданная Р. С. Пантелеевым (1989).

Результаты исследования. В исследовании приняло участие 60 подростков в возрасте от 12 до 15 лет, получающих лечение во 2-й детской клинической больницы города Минска и 60 относительно здоровых подростков. При изучении представлений о враче было выявлено, что в языковой картине подростков с соматическими заболеваниями образ врача

состоит из двух компонентов: «реального» и «идеального», причём последний значительно преобладает по качественным и количественным характеристикам репрезентации. Путём анализа и сопоставления образов «реального» и «идеального» врача были обнаружены наиболее значимые для подростков проблемы в системе взаимодействия «врач — подросток».

Так, подростки склонны к идеализированию врачей и предъявляют к их личности завышенные требования. Если врач не объясняет подростку в доступной форме специфику его соматического заболевания и медицинского лечения и, по мнению ребёнка, не проявляет сопереживания и искреннюю заинтересованность в его судьбе, то он расценивается негативно (22,7% испытуемых считают, что врач должен быть хорошим, но то, что врач хороший написало лишь 9,1% испытуемых).

Коммуникативную сферу врача испытуемые охарактеризовали наиболее полно, что даёт нам возможность сделать вывод о её безусловной важности и значимости. Врач должен помогать (31,8%), понимать своих пациентов (18,2%), быть к ним внимательным (18,2%), тепло относиться (13,6%), любить детей (13,6%), быть заботливым (9,1%) и уметь давать советы (9,1%). Но реальный врач, по мнению детей, иногда срывается на них (18,2%), эгоистичен (9,1%). Как следствие, субъективная ценность помощи такого врача значительно снижается (то, что он помогает им, отметило только 9,1%), что находит своё подтверждение и в динамике выздоровления маленьких пациентов.

Необходимо подчеркнуть, что для подростков важны нравственные качества врача: доброта — 36,4%, честность — 18,2%, ответственность — 13,6%, гуманность — 9,1% и добросовестность.

В сфере профессиональной деятельности также был получен ряд интересных характеристик врача: он должен вылечивать — 18,2%, быть образованным (квалифицированным) — 9,1%, хорошо расположен к исследованию — 9,1%, быть опытным в профессии — 9,1%, а также хорошо относиться к работе и соблюдать клятву Гиппократова. Но у реальных врачей в этой сфере испытуемые отметили лишь три характеристики:

врач вылечивает — 13,6%, лечит — 9,1%, облегчает боль и смерть — 4,5%. Таким образом, в представлении подростков, врачи вылечивают гораздо реже, чем им хочется; и чаще врачи лечат (субъект-объектные отношения), чем помогают выздороветь (субъект-субъектные отношения), умело используя свои личностные и коммуникативные качества.

Подростки с соматическими заболеваниями более склонны к неудовлетворённости собой, они чаще сомневаются в собственной самостоятельности, способности вызывать уважение ($t = -2,25$; $p = 0,047$), что связано с ощущением неспособности противостоять судьбе и внешним обстоятельствам ($r = 0,36$; $p = 0,044$), с сомнениями в ценности собственного «Я» ($r = 0,45$; $p = 0,010$), недостаточным самопринятием ($r = -0,400$; $p = 0,023$), что, в совокупности с преобладанием у подростков с соматическими заболеваниями склонности к интрапунитивности, самообвинению, готовности поставить себе в вину свои неудачи и проблемы (в том числе и собственную болезнь) ($t = 2,000$; $p = 0,049$), может приводить к развитию внутренних конфликтов. При анализе особенностей самоотношения подростков с соматическим заболеванием на передний план выступает тенденция к восприятию состояния заболевания как «неопределённого», «непонятного» и, как следствие, «ужасного», что провоцирует снижение субъективной ценности для подростка своего стремления выздороветь и может приводить к невыполнению предписаний врача и ухудшению соматического состояния.

Результаты данного исследования подтверждают актуальность для современной медицины вопроса о специфике построения отношений в диаде «врач — ребёнок» в контексте сочетания ограниченной компетентности подростков и их потребности в получении доступной и максимально возможной, полной информации о процессе лечения [3].

Выводы. Представления детей о врачах — актуальная, но сложная в изучении проблема, при исследовании которой актуализация защитных механизмов личности может быть интерпретирована как индикатор субъективной важности и значимости данного вопроса для подростков с соматическими заболеваниями. В ходе исследования были обнаружены

наиболее явные проблемы в системе взаимодействия «врач — ребёнок», касающиеся трудностей в процессе установления продуктивной коммуникации и взаимодействия на когнитивно-информационном, эмоционально-личностном и коннотативном уровнях.

В контексте вышеизложенного, предоставление подросткам права на получение от врачей максимально полной информации о заболевании и лечении позволит не только снизить тревогу пациента, но и содействовать повышению мотивации выздоровления, наделяя при этом ребёнка не только операциональными (что и как делать, чтобы выздороветь), но и духовными ресурсами (вера в возможность выздоровления).

Литература

1. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб: Речь, 2003.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М: МГУ, 1987.
3. Психологическая реабилитация больного ребёнка. Под ред. Ермакова Е. Н. Мн.: БГПУ, 2007.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ С ПАЦИЕНТАМИ И РОДСТВЕННИКАМИ — СОСТАВЛЯЮЩАЯ УСПЕШНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ

Ю. Ю. Земко, студент

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Вопросам взаимоотношений врачей с больными и их родственниками посвящены многочисленные исследования. Однако несокращающееся число устных и письменных обращений в различные инстанции о недостатках в работе врачей свидетельствует, что готовых рецептов поведения на все случаи нет. Тем более, что в настоящее время про-

должается работа по интенсификации лечебно-диагностического процесса, сокращению сроков пребывания в стационаре, внедрению новых медицинских технологий в диагностике и лечении.

Цель. Изучить вопросы взаимоотношения врачей с различными группами пациентов при обследовании и лечении. Рассмотреть различные формы социально-ролевого поведения врачей с пациентами. Оценить важность соблюдения психологической дистанции между врачами и больными.

Материал и методы. Изучено 100 медицинских карт стационарных больных, проходивших обследование и лечение в кардиологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница», которые в день выписки были подвергнуты анкетированию.

Результаты. В исследовании приняли участие 50 призывников и 50 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Анализ анкетирования по разработанной анкете показал, что 34 призывника (68%) в ролевых взаимоотношениях «врач — пациент» воспринимали врача как руководителя, 16 призывников (32%) воспринимали как учителя. Оценили работу врача как хорошую 42 призывника (84%), как удовлетворительную — 8 (16%).

При анкетировании больных с ИБС (30 мужчин и 20 женщин) установлено, что 32 человека (64%) были нетрудоспособного возраста, 18 (36%) — трудоспособного. При взаимоотношениях врача с пациентом воспринимали врача как учителя — 24 больных (48%), как партнёра — 18 (36%), как учителя-партнёра — 8 (14%). Причём, указавшие «как учителя-партнёра», все лица мужского пола. Оценили работу врача на «хорошо» (высокий профессионализм, улучшения в состоянии здоровья больных) — 34 пациента (68%), на «удовлетворительно» — 16 (32%).

Вывод. Врачам при проведении обследования и лечения кардиологических пациентов, начиная со сбора анамнеза и в процессе лечения наряду с соматической патологией необходимо оценивать психологический статус пациента. По результатам анализа в повседневной работе необходимо строить ролевые взаимоотношения с пациентами и родственниками,

как учителя, партнёра, учителя-партнёра, руководителя — всё это позволит обеспечить должное взаимопонимание и сократит количество жалоб.

Литература

1. Карвасарский Б. Д. Психотерапия, Москва: Медицина, 1985.
2. Буль П. И. Основы психотерапии. Л.: Медицина, 1974.
3. Кабанов Н. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1989.

СЛУЖА БОГУ И ХИРУРГИИ

С. А. Сушков, Ю. С. Небылицин, Ю. В. Милодовская,
студ. 4-го курса лечебного ф-та
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

«Что пользы, братия мои, если кто
говорит, что он имеет веру, а дел не имеет?
Может ли эта вера спасти его?» (Иак 2, 14)

Актуальность. Человек, который спасает жизнь... Сколько сил он вкладывает в борьбу с недугами! Сколько счастья в его глазах, когда он видит выздоровевшего человека! И как тяжелы раны в его сердце, когда он беспомощен перед лицом судьбы...

В 2008 г. исполнилось 130 лет со дня рождения Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого. Он был талантливым хирургом и учёным-исследователем. Не каждому человеку под силу высказать мнение, отличное от общепринятого. Проще промолчать, чем объявить во весь голос, что алхимики заблуждаются, пытаюсь добыть философский камень; что болезни у людей вызваны не звездами, а микробами; что никакой эликсир не вернет старику молодость. В. Ф. Войно-Ясенецкий не молчал. Он обращал внимание общественности на боль и стра-

дания простого народа, стремился служить идеалам гуманизма, а принятие сана священника рассматривал, как протест против насилия, вандализма, посягательства на личность, её права и свободы.

Цель работы. Исследовать историю жизни Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

Материалы и методы исследования. Аналитический обзор литературы, работа с архивными документами, изучение музейных экспонатов.

Результаты исследования. Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий родился 27 апреля 1877 г. в городе Керчи в семье провизора Феликса Станиславовича Войно. Последний происходил из обедневшего польского дворянского рода и был набожным католиком. В 1896 г. Валентин Феликсович окончил гимназию и художественное училище. В 1903 г., по окончании с отличием медицинского факультета Киевского университета св. Владимира он избрал трудный и тернистый путь земского врача-хирурга. Ему приходилось работать хирургом и терапевтом, педиатром и акушером, гигиенистом и стоматологом. Энтузиазм и самоотверженный труд позволили достичь большого мастерства. В. Ф. Войно-Ясенецкий оперировал на кишечнике и желудке, на позвоночнике и головном мозге, на суставах и нервах, производил гинекологические и глазные операции. Во время русско-японской войны в 1904 г. В. Ф. Войно-Ясенецкий работал заведующим хирургическим отделением в составе киевского лазарета Красного Креста в Забайкалье. В 1910 г. Валентин Феликсович переехал в Переславль-Залесский, в котором шесть с лишним лет работал в хирургическом отделении местной больницы и одним из первых в России стал делать операции на сердце и мозге. Отлично овладел он и методикой глазных операций. Здесь же решил написать книгу под названием «Очерки гнойной хирургии» [3]. В 1915 г. в Петербурге вышла его книга «Регионарная анестезия».

После февральской революции, в начале 1917 г. Войно-Ясенецкий по конкурсу был избран главным врачом и хирургом городской больницы Ташкента. Там епископ Уфимский Андрей в праздник Сретенья Господня, в 1921 г., постриг Валентина Феликсовича, принявшего имя евангелиста и апос-

тола Луки, иконописца и врача, в монахи. В мае 1923 г. в таджикском городе Пенджикент он был рукоположен во епископа Ташкентского и Туркестанского.

Ему пришлось многое испытать и перенести: врачевание в глухих российских деревнях и в госпиталях Русско-японской, Первой мировой, Гражданской и Великой Отечественной войн. Почитание и унижение, признание таланта и его оскорбление, 11 лет тюрем и ссылок. «В архангельской ссылке», — пишет в своей книге «Архипелаг ГУЛАГ» А. И. Солженицын, — «Войно-Ясенецкий разработал новый метод лечения гнойных ран. Его вызывали в Ленинград, и Киров уговаривал его снять с себя сан, после чего тут же ему предоставляли институт. Но упорный епископ не соглашался даже на печатание своей книги без указания в скобках сана» [4].

В 1934 г. вышло в свет первое издание знаменитых «Очерков гнойной хирургии». В июле 1941 г. он был назначен главным хирургом-консультантом крупного эвакуационного госпиталя, где Преосвященный Лука делал исключительно сложные хирургические операции. Труд Валентина Феликсовича был награждён грамотами. Осенью 1942 г. за усердие и послушание Священный Синод Русской Православной церкви возвёл Луку Войно-Ясенецкого в сан архиепископа с назначением на Красноярскую кафедру, приравняв лечение раненых к «доблестному архиерейскому служению». В конце 1943 г. выходит второе, расширенное и переработанное издание «Очерков гнойной хирургии», а в 1944 г. — книга «Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов». По окончании ссылки в 1943 г. архиепископ Лука получает назначение Московской Патриархии на Тамбовскую кафедру.

В 1946 г. его научные труды были по достоинству оценены Советским правительством. Архиепископу и учёному-хирургу была присуждена Государственная премия I степени. За большие заслуги перед Церковью в феврале 1945 г. архиепископ Лука был награждён правом ношения креста на клобуке. В мае 1946 г. Московская Патриархия назначила Войно-Ясенецкого архиепископом Симферопольским и Крымским. С 1945 по 1947 г. Лука Войно-Ясенецкий работал над своим апологетическим трактатом «Дух, душа, тело».

За 38 лет священства Лука Войно-Ясенецкий много сил отдал проповедям. Он произнёс 1 250 проповедей, из которых не менее 750 были записаны и составили 10 томов, 4 500 страниц машинописного текста. В 1957 г. Валентину Феликсовичу было присвоено звание почётного члена Московской Духовной Академии. Одним из событий 1956 г. был выход третьего издания его «Очерков гнойной хирургии». По оценке видных медицинских учёных, этот труд стал настольной книгой как советских, так и многих зарубежных хирургов [1, 2].

Умер архиепископ Лука 11 июня 1961 г. Он был похоронен на кладбище в Симферополе, у главного входа в кладбищенскую церковь [1, 2]. В 1996 г. состоялось торжественное перезахоронение архиепископа Луки Войно-Ясенецкого. В июле 1997 г. в Симферополе открыт памятник великому учёному-архиепископу. В 2007 г. на проспекте Гагарина возле здания Нижегородской медицинской академии установлен бронзовый памятник, который изображает святителя-хирурга в архиерейском облачении, с книгой по хирургии в руках. В настоящее время проходит подготовка к воздвижению храма, посвящённого этому святому.

Заключение. Имя Войно-Ясенецкого по праву можно поставить в один ряд с героями и мучениками науки и религии. Пройдя через страдания и мучения, он до конца остался патриотом и гуманистом, всю жизнь посвятив бескорыстному служению своему народу, врачеванию души и тела, безвозмездной помощи людям.

Литература

1. Ветелев А. Архиепископ Лука / А. Ветелев // ЖМП. 1961. № 8. С. 35–38.
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. / Большая медицинская энциклопедия. М., 1959. Т. 5. С. 988–989.
3. Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. М.: Бином, 2006.
4. Солженицын А. И. Архипелаг ГУЛАГ / А. И. Солженицын. М. 1989. Т. 2. С. 287.

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ФАКТОР ДЕГРАДАЦИИ ЛИЧНОСТИ

О. А. Лукин

УО «Витебская ордена „Знак почёта“
государственная академия ветеринарной медицины»
г. Витебск (Беларусь)

Среди факторов, влияющих на процесс разрушения личности, в настоящее время одно из лидирующих мест занимает алкоголизм. Алкоголизм — это заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков и характеризующееся патологическим влечением к ним, развитием психической (непреодолимое влечение) и физической (появление абстинентного синдрома при прекращении употребления) зависимости. В случаях длительного течения состояние-болезнь сопровождается стойкими психическими и соматическими расстройствами.

Данная проблема сегодня актуальна для людей разного возраста. В возрастных группах прослеживается разная мотивация влечения к алкоголю. Так, например, одни демонстрируют не только собственные индивидуально-психологические свойства, но и стремятся придерживаться групповых норм поведения (все пьют), другие — словно заявляют: не сите меня по жизни, ведь я такой тонкий, ранимый и незащищённый.

Сказывается здесь образовательный статус, самодостаточность с правом на ошибки, дивиденды причастности и рено-

ме вписаться в современную реальность в формировании алкогольной зависимости значительную роль играют воздействия:

1) *социальные*: культурный и материальный уровень жизни, стрессы, информационные перегрузки, урбанизация;

2) *биологические*: наследственная предрасположенность (до 30% детей, чьи родители злоупотребляли алкоголем, могут стать потенциальными алкоголиками);

3) *психологические*: психоэмоциональные особенности личности, способность к социальной адаптации и к противостоянию стрессам.

В случае алкоголизма развиваются также токсические влияния на организм человека:

1) *мембраноразрушающее*: этиловый спирт нарушает состояние мембран, изменяя структуру билипидного слоя, тем самым приводя к изменениям их проницаемости, грубо нарушает систему трансмембранного транспорта;

2) *патогенное*: продукты метаболизма этилового спирта после прохождения гематоэнцефалического барьера усиливают высвобождение сивушных масел и ацетальдегида и взаимодействуют с дофамином и норадреналином, оказывая психостимулирующее и галлюциногенное воздействие;

3) *изменяется жировой обмен* — активируется липогенез, синтез холестерина. Как результат, развивается атеросклероз и жировая дистрофия печени. Ингибируется цикл Кребса, снижается глюконеогенез, что способствует развитию гипогликемии. Блокируется синтез белка, который приводит к развитию гипопротеинемии.

Исследователи проблемы выявили характерные для развития алкоголизма практические состояния-фазы.

Начальная фаза. Опынение с выпадением памяти, «затмение». Человек постоянно думает о спиртном, ему кажется, что выпил недостаточно, он пьёт «впрок», у него развивается жадность к алкоголю. Однако он сохраняет сознание своей вины, избегает разговоров о своей тяге к спиртному.

Критическая фаза. Утрата контроля над собой после первого глотка спиртного. Стремление найти оправдание свое-

му пьянству, сопротивление всем попыткам предотвратить его желание выпить. У человека развивается высокомерие и агрессивность. Он обвиняет окружающих в своих бедах. У него начинаются запои, случайные собутыльники становятся друзьями. Он вынужден увольняться с работы, утрачивая интерес ко всему, что не имеет отношения к алкоголю.

Хроническая фаза. Ежедневное похмелье. Распад личности. Помутнение памяти. Сбивчивость мыслей. Человек пьёт суррогаты алкоголя, технические жидкости, одеколон и другие препараты, содержащие спирт. У него развиваются бессознательные страхи, белая горячка, другие алкогольные психозы.

Сегодня многие считают, что преодоление привычки к алкоголю и курению было их в жизни первым и наиболее сильным испытанием воли. Самое трудное — суметь преодолеть искушение наедине с самим собой, когда голова заполнена предательскими мыслями, а желание выпить или закурить кажется всепоглощающим. Тогда человек познаёт себя, испытывает и закаляет свою волю, вырабатывает самодисциплину, совершенствует самоорганизацию. Здесь очень важно сделать усилие и принять твёрдое решение никогда не прикасаться к рюмке.

Литература

1. Анисимов Л. Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании среди молодёжи. М., 2002.
2. Игонин А. Л. Об алкоголизме в диалогах. М., 2000.

ДУХОВНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Свящ. *Кшиштоф Витвицкий*, свящ. *Александр Сапель*,
М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук, *С. В. Огризко*, нач. мед.
ВОКБ, *Л. Я. Ермолова*, врач, *Я. С. Сипайло*, студентка

Витебская епархия Римско-католической церкви
в Республике Беларусь

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

УЗ «Витебская областная клиническая больница»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Проблема преодоления формирования зависимости от психоактивных веществ, в первую очередь алкоголя, — одна из самых сложных в современной медицине. Не менее сложна она в духовном аспекте.

Алкоголь, с одной стороны, почти без ограничений, легально продаётся в торговой сети, а с другой — отнесён к веществам, оказывающим психологическое и соматическое действие. Одна из особенностей действия алкоголя на психику состоит в том, что прекращение его употребления не прекращает развития болезненного процесса, который начинает протекать в виде «сухого алкоголизма», при котором происходят выраженные патологические изменения личности.

Целью нашей работы было изучение отношения к пьянству и алкоголизму в среде студенческой молодёжи.

Нами было проведено анонимное анкетирование среди студентов одного из факультетов ВГУ. Респондентами стали 390 человек (135 юношей и 255 девушек).

Результаты исследования. Исследование показало, что большинство (56%) опрошенных осведомлены о вреде алкоголя для здоровья, об опасности развития зависимости от ПАВ, однако 37% считают, что вредным является только употребление большого количества спиртного, а 19% уверены, что вредно лишь употребление некачественных напитков (суррогатов алкоголя).

Большое значение в формировании зависимости от алкоголя и распространении пьянства имеет отношение к спиртному в семье. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что 67% респондентов впервые попробовали алкоголь в кругу родных; 17% — в компании сверстников. Только 15,4% родителей опрошенных студентов не употребляют алкоголя вообще, а среди самих студентов эта цифра ещё меньше — 12,6%.

Вызывает удивление возраст, в котором молодёжь впервые употребляет алкоголь: до 7 лет — 6%, 7–10 лет — 13%, 10–12 лет — 11%, 12–15 лет — 65% и после 15 лет — 3%. Этот факт свидетельствует о том, что возрастные ограничения приёма спиртного не действуют, и к 18 годам молодёжь уже неоднократно употребляет алкогольные напитки.

Однако лишь единицы молодых людей осведомлены о греховности пьянства и алкоголизма.

Немногие осведомлены о том, что в Витебске при римско-католическом приходе св. Антония Падуанского (ул. Гагарина, 46а) с 1992 г. успешно работает группа «Анонимных алкоголиков» (АА), эффективно используется программа «12 шагов», включающая в себя медицинскую, социально-психологическую и духовную реабилитацию больных хроническим алкоголизмом, одним из первых пунктов которой является осознание необходимости помощи Господа в борьбе с грехом, молитвенной поддержки в освобождении от зависимости.

Немногие молодые люди знают, что такое «круциата» — воздержание от употребления любых содержащих алкоголь напитков в сочетании с молитвами, пожертвованными за конкретного зависимого от ПАВ человека. К сожалению, это движение пользуется среди молодёжи недостаточной популярностью.

Выводы:

1. Употребление спиртных напитков в среде студенческой молодёжи — явление, распространённое, и чётких понятий о вреде алкоголя и развитии тяжелой зависимости от ПАВ у студентов нет.

2. Однозначно, что влияние на отношение к проблеме пьянства и алкоголизма у молодёжи оказывает семья и семейные традиции.

3. Антиалкогольная программа работы среди молодёжи должна включать разные аспекты, не только медицинские (психотоксическое и психосоматическое влияние алкоголя и ПАВ) и социальные (работа среди семей, употребляющих алкоголь и ПАВ), но прежде всего духовные:

- понимание греховности употребления алкоголя, привыкания и формирования зависимости от него;
- распространение практики духовно-молитвенных упражнений во время молодёжных реколекций, встреч, семинаров;
- распространение деятельности групп «анонимных алкоголиков» как одной из форм борьбы с зависимостью от ПАВ;
- более тесное сотрудничество между институтами духовности и социальными службами государства в борьбе с проблемой пьянства и алкоголизма.

Литература

1. Штеков А. И., Омелянчик М. С. Эпидемиологическое исследование отношения к алкоголю школьников и студентов. // *Здравоохранение*. 2000. №1. С. 22–24.
2. Шимкович Т. Единство, служение, единение. // «Диалог», 10/21, 1995.
3. Дж. и Л. Джекобсон. Секреты психиатрии. М., 2005.
4. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. Alcoholiks anonyms World serrises, inc. Нью-Йорк, 1989.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ И ДЕФИЦИТОМ ЦИНКА

В. А. Ключев

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

Среди многих химических соединений способных вызвать эйфорию, т.е. приподнятое настроение, состояние довольства, а при регулярном потреблении — пристрастие, или состояние зависимости, этанол занимает особое положение.

Частичное всасывание алкоголя в кровь начинается уже в ротовой полости и пищеводе, а затем в желудке, куда он попадает через несколько секунд.

Почти 95% людей, систематически употребляющих спиртные напитки, больны гастритом: клетки желудочного эпителия у них патологически изменены, секреторные железы в значительной степени атрофированы, стенки желудка имеют инфильтраты, инородные включения.

В кишечнике, куда поступает алкоголь из желудка, начинается его быстрое всасывание в кровь. В верхнем отделе тонкой кишки — двенадцатиперстной кишке, где всасывается около 20% потребленного алкоголя, он вызывает разрушения, аналогичные наблюдаемым в желудке.

Попавший в кровь алкоголь по кровеносным сосудам поступает в печень. При этом все структурные компоненты клеток печени деформируются, цитоплазма почти целиком заполняется жиром, смешая ядро клетки к периферии. Промежуточные продукты распада алкоголя вмешиваются в тонко сбалансированные процессы обмена, протекающие в клетках печени — гепатоцитах, сильно нарушая их; особенно, жировой обмен. Такие ожиревшие гепатоциты не способны полноценно выполнять свои функции, что часто приводит к развитию алкогольного гепатита. При частом и обильном потреблении спиртных напитков клетки печени не выдерживают алкогольной интоксикации и погибают, развивается *цирроз печени*. Поражённый орган увеличен, бугрист, сильно уплотнён и болезнен при ощупывании.

В результате алкогольной интоксикации нарушаются обменные процессы в клетках миокарда: нарушается важный для мышечного сокращения обмен кальция, повышается проницаемость клеточных мембран. Статистика свидетельствует: у людей, пьющих алкогольные напитки, *болезни сердечно-сосудистой системы* бывают в 2,5 раза чаще, чем у непьющих, а *инфаркты миокарда* — глубокими и обширными.

Алкоголь, подобно другим наркотикам, в наибольшей степени поражает центральную нервную систему, угнетая её деятельность. Липидные оболочки нейронов при этом как бы разжижаются. Самыми первыми от алкогольной интоксика-

ции страдают структуры коры больших полушарий головного мозга: активность центров, управляющих поведением, подавляется, и человек утрачивает контроль над своими поступками. В последнюю очередь парализуются центры продолговатого мозга, в ведении которых находятся жизненно важные функции: кровообращение и дыхание.

Установлено, что при избыточном употреблении алкоголя в организме человека снижается содержание такого микроэлемента, как *цинк*. Значение цинка для организма человека велико. Данный микроэлемент является кофактором в различных клеточных процессах, включая синтез белка и нуклеиновых кислот, влияет на поведенческие реакции, размножение, образование костей и кожных покровов, рост, заживление ран.

К наиболее ранним признакам дефицита цинка в организме, относятся *апатия и депрессия*. При недостаточности данного микроэлемента могут наблюдаться раздражительность, эмоциональные нарушения, тремор, иногда атаксия.

Не только дети, но и взрослые неустанно восстанавливают свой скелет, и этот процесс связан с обменом веществ. Если такой обмен нарушается, кости могут стать *пористыми*. Увеличение пористости костей связано не только с недостатком таких минеральных элементов как кальций, фосфор, магний, фтор, кремний, но и с недостатком цинка.

Недостаток цинка проявляется в угнетении работы *половой системы*: подавление сперматогенеза, задержка развития половых признаков. Отмечена более высокая чувствительность к дефициту данного микроэлемента половой системы у мужчин по сравнению с женщинами и у молодых людей по сравнению со взрослыми.

Исследовать влияние цинка стали совсем недавно. В 1963 г. впервые было заявлено о том, что цинк необходим организму, а 10 лет спустя была определена его норма — *10–20 мг в день*, хотя уже сегодня некоторые специалисты утверждают, что его требуется в 2–3 раза больше.

Большое количество цинка содержится в таких продуктах, как:

- 1) лук, чеснок, яйца (8–20 мг/кг);

- 2) овсяная и ячменная мука, какао, желток яиц, мясо кроликов и цыплят, орехи, горох, фасоль, зелёный чай (20–50 мг/кг);
- 3) говяжья печень и некоторые виды рыб (30–85 мг/кг);
- 4) тыквенные и подсолнечные семечки (130–202 мг/кг).

Актуальность. Дефицит цинка при избыточном употреблении алкоголя в сочетании с различным уровнем содержания данного микроэлемента в почве и воде может привести к серьёзным последствиям для здоровья человека.

Цель. Анализ содержания данного микроэлемента в почвах и подземных водах областей Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Данные по содержанию цинка в почве были предоставлены Белорусским научно-исследовательским институтом почвоведения и агрохимии. Данные по содержанию цинка в подземных водах были предоставлены Белорусской гидрогеологической экспедицией.

Результаты исследования. Высокое содержание цинка зафиксировано в почвах Могилёвской 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. Низкое содержание цинка в почве зарегистрировано в Витебской области — 2,98 мг/кг.

Из районов с избыточным и высоким содержанием вышеуказанного микроэлемента наиболее выделяются Осиповичский (13,47 мг/кг) и Бобруйский (9,76 мг/кг) районы Могилёвской области. Средняя обеспеченность почв цинком наблюдается в Хойникском районе Гомельской области — 4,97 мг/кг. В Рогачёвском районе Гомельской области зафиксировано низкое содержание данного микроэлемента в почвах — 2,26 мг/кг.

Для Республики Беларусь характерен коэффициент низкого и среднего содержания цинка в подземных водах. Средний уровень содержания цинка выявлен в подземных водах Гродненской области — $0,7016 (\pm 0,5342)$ мг/дм³. Показатель низкого содержания данного микроэлемента в питьевой воде наблюдается в Гомельской — $0,0678 (\pm 0,0241)$ мг/дм³ и Витебской — $0,0117 (\pm 0,0020)$ мг/дм³ областях, в г. Минске — $0,0104 (\pm 0,0016)$ мг/дм³, в Могилёвской — $0,0054 (\pm 0,0004)$

мг/дм³ и Минской — 0,0009 ($\pm 0,0023$) мг/дм³ областях. В Брестской области показатель содержания цинка в воде не установлен.

В районных центрах Республики Беларусь установлены средние и низкие коэффициенты содержания цинка в питьевой воде. Среднее содержание цинка отмечено в питьевых водах г. Сморгони — 2,2869 ($\pm 0,0456$) мг/дм³. В питьевых водах г. Борисова наблюдается низкое содержание данного микроэлемента — 0,0009 ($\pm 0,0001$) мг/дм³.

Вывод. Изучение 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 молодёжи. 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. Микроэлементозы человека. М.: Медицина, 1991.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕЗВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЁЖИ

И. И. Ефременко

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

Необходимость усиления противоалкогольной работы с подростками обусловлена, прежде всего, распространённостью употребления алкоголя среди населения. Пьянство родителей создаёт, с одной стороны, крайне неблагоприятные условия для нравственного воспитания и интеллектуального развития детей и подростков, с другой — способствует их раннему

приобщению к употреблению алкогольных напитков. В свою очередь, раннее приобщение к алкоголю и систематическое его употребление в молодые годы приводят к пьянству и раннему развитию алкоголизма. Употребление алкоголя тяжело сказывается на здоровье, нравственном и умственном развитии подростка. Особенно чревато последствиями употребление спиртных напитков в переходном возрасте (10–20 лет) [1].

Для выявления причин потребления алкоголя и других наркотических веществ было проведено анкетирование студентов 1–2 курса факультета социальной педагогики и психологии УО «ВГУ им. П. М. Машерова». Анкета содержала 15 вопросов, ориентированных на выявление мотивов потребления алкоголя и наркотиков.

Среди мотивов отмечено: нравится, приятно (45,1%); влияние друзей (12,2%); снятие напряжения (11,9%); желание повзрослеть (9,2%); желание отдать дань моде (6,5%); утвердиться в социальной среде необычностью поведения (4,8%); не отстать от сверстников, не быть «белой вороной» (1,9%); желание отметить праздник (1,4%); доставить кому-то «удовольствие» (1,3%); желание забыться (1,1%); отвлечься от жизни, «быть как все» (0,5%).

Среди факторов, содействующих потреблению алкоголя и других наркотиков, можно выделить: тяжёлые условия труда и материальное положение, стандартность мышления, низкий уровень образования, бедность жизненных интересов, генетическая умственная ослабленность, инфантильность воспитания, отсутствие прочных жизненных установок и т.д.

Поводов для отравления алкоголем и другими наркотиками может быть бесчисленное множество.

К причинам спаивания и наркотизации народа относятся:

1. Социальная запрограммированность сознания, т.е. психическая ориентация населения на потребность алкогольного и любого другого наркотика.

2. Доступность алкоголя и других наркотиков.

3. Неполное знание правды об алкоголе. Во все времена распространение алкопотребления основывалась на обмане.

4. Формирование у потребляющих алкоголь психической и физической зависимости.

5. Деятельность политических сил, нарко- и алкобизнеса против народа.

Всему этому противостоит воспитание здоровой, трезвой личности. Под методическими основами формирования трезвого образа жизни понимается совокупность трезвеннических действий педагогов, психологов, социальных работников, валеолога и других специалистов, которые совершаются в строго определенной последовательности и строго определёнными средствами, на должном уровне педагогической и психологической техники и которые в конечном итоге приводят к ожидаемому результату.

К основным направлениям в формировании трезвого образа жизни можно отнести ряд этапов [2], каждый из которых имеет свою методику:

– Методика целеполагания, формулирования целей и задач.

– Методика социально- и психолого-педагогической диагностики, (педагогическое наблюдение, опрос, тестирование, составление диагностических программ, оценка сформированности трезвого образа жизни, составление и оформление психолого-педагогической характеристики учащегося, студента).

– Методика планирования научно-исследовательской, методической работы в школе, колледже, вузе по трезвенническому воспитанию.

– Методика трезвенного планирования (перспективного, рабочего, календарного, личного).

– Методика подготовки и проведения различных форм работы по трезвенническому воспитанию (беседы, урока, лекции, семинара, диспута, дискуссии, викторины, устного журнала, олимпиады, конференции, фестиваля, ролевых игр, встреч за круглым столом, экскурсий).

– Методика организации трезвеннической деятельности учащихся (отработка приемов антиалкогольной и антинаркотической деятельности; организация тренировочных упражнений по самостоятельному овладению научными трезвенными знаниями; составление и оформление учащимися сообщений, рефератов, буклетов, альбомов, стенных газет;

выступление учащихся с беседами и сообщениями по вопросам трезвенного образа жизни; проведение исследовательской работы, по проблемам формирования трезвого образа жизни; выявление алкогольных и других наркотических малых групп несовершеннолетних и проведение с ними индивидуальной профилактической работы; доказательство преимуществ трезвого образа жизни; внедрение различных трезвенных традиций, связанных с отдыхом, с досугом).

– Методика коррекции работы по трезвенническому воспитанию.

– Методика контроля работы по трезвенническому воспитанию (фронтально-образный, персональный, тематический, предварительно-предупредительный, предметно-обобщающий контроль; контроль организации трезвеннического воспитания в школе, качества трезвенных знаний, умений и навыков студентов).

– Методика проведения письменных контрольных работ, изучения документации по трезвенническому воспитанию.

– Методика посещения и анализа мероприятий (занятий) по трезвенническому воспитанию.

– Методика учёта результатов формирования трезвого образа жизни.

– Методика анализа результатов работы по формированию трезвого образа жизни.

Важным аспектом первичной профилактики пьянства и алкоголизма является формирование трезвеннических установок у подрастающего поколения. Одним из основных путей формирования трезвеннических установок является введение в школах системы противоалкогольного воспитания, которую следует рассматривать как составную часть общего нравственного воспитания учащихся. В основу противоалкогольного воспитания, могут быть положены следующие принципы:

– противоалкогольное просвещение как целостная система противоалкогольного воспитания проводится на протяжении всех лет обучения в школе и направлено на формирование в сознании детей и подростков нетерпимого отношения к любым проявлениям пьянства и алкоголизма;

– противоалкогольная работа в школе и вузе должна проводиться преимущественно силами учителей и преподавателей с приглашением для чтения отдельных лекций специалистов (медиков, юристов и др.);

– противоалкогольное просвещение должно распространяться и на родителей учащихся и студентов [3].

Литература

1. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма. М., 2001.

2. Кондратенко В. Т. Пьянство и алкоголизм у подростков. Мн. 1999.

3. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. М., 2002.

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко

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

В современном мире одной из важнейших социальных проблем является проблема зависимости от психоактивных веществ (никотин, алкоголь, наркотические вещества). Из года в год растёт алкоголизация и наркотизация населения Беларуси, и как следствие, рост пьянства, алкоголизма, наркомании, токсикомании и связанных с ними последствий — заболеваемости, преступности, травматизма, инвалидности, распада семей, сокращения средней продолжительности жизни. Никотиновая зависимость, по мнению ученых, сегодня в мире наблюдается у 1,1 млрд человек, алкогольная — у 120 млн, наркотическая — у 28 млн человек. Показательно, что «болезнью века» к 2020 г. станет депрессия, причинами которой являются психические расстройства, свя-

занные с употреблением в раннем возрасте психоактивных веществ (ПАВ) [1].

Анализ ситуации в Республике свидетельствует о дальнейшем обострении проблемы распространения наркомании. Наркопреступность расширяет свои географические и возрастные границы, являясь одним из серьёзных факторов, негативно влияющих на социально-демографическое и нравственно-правовое состояние общества. Неконтролируемое распространение наркомании влечёт за собой так называемую вторичную угрозу здоровью и жизни людей — заражение наиболее опасными видами болезней — гепатитами и ВИЧ-инфекцией. С распространением масштабов потребления наркотических средств в этот процесс вовлекаются самые разные слои населения [2].

Показатели заболеваемости студентов в Республике Беларусь не снижаются на протяжении ряда лет и находятся, по данным ряда авторов, в пределах 45–70%.

По данным медицинских осмотров на младших курсах число здоровых студентов составляет всего 10–13%, до 75% имеют функциональные нарушения, до 20% — хронические заболевания. К выпускному курсу практически здоровых студентов можно пересчитать по пальцам. Большинство абитуриентов вузов потеряли здоровье ещё за школьной партой. По данным Минздрава Беларуси до 65% юношей и 35% девушек курят. Данные обстоятельства требуют более пристального внимания к проблемам формирования и укрепления здоровья, обуславливают необходимость поиска новых путей подхода к разрешению проблемы профилактики вредных привычек у студентов [1].

На протяжении ряда лет мы исследуем причины распространения вредных привычек и наркомании в студенческой среде. С этой целью проводится анонимное анкетирование и интервьюирование. В данном исследовании приняли участие студенты третьего курса дневного (65 человек) и заочного (120 человек) отделений факультета физической культуры и спорта Витебского государственного университета.

Полученные данные показывают, что есть студенты, которые не курят и не пьют. Это 27% студентов-спортсменов вы-

сокого класса. Число девушек, которые курят, увеличилось по сравнению с 2007 г. на 8%. Даже понимая опасность курения, студенты по-прежнему курят. Число курящих и употребляющих алкоголь среди студентов-заочников составляет 74%, а дневного отделения — 48 %. У студентов заочного отделения более сформированные взгляды на отрицательное отношение к наркотикам по сравнению со студентами дневного отделения.

Большая часть респондентов считает, что в молодёжной среде широко распространены употребление алкоголя (79,3%) и наркотиков (35,1%), но многие употребляли только однократно (8,5%), принимали внутрь (3,6%) или курили (4,9%). Среди причин, которыми они объясняют это, можно выделить такие: желание уйти от жизненных проблем — 21,4%; «это меня успокаивает» — 16,7%; влияние друзей и окружения — 4,2%; скука — 3,6%; желание испытать новые ощущения — 2,8%; снятие стресса — 2,1%.

Проблема наркомании является актуальной социальной и медицинской проблемой практически во всех странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, где за последние 15–20 лет количество наркоманов увеличилось в 39 раз. Беларусь является транзитной страной, через которую осуществляется доставка наркотиков из регионов Азии в страны Западной Европы, что в значительной степени способствует распространению наркомании в нашей стране. Наркотики становятся неотъемлемой частью молодёжной субкультуры, компонентом досуга молодёжи, а дискотеки, бары, клубы и другие места развлечений — местами, где молодёжь, по результатам анкетирования, приобретает наркотические вещества.

Если спортсмен подвержен влиянию вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики), то цель спортивной деятельности не будет достигнута и молодые люди чётко осознают это, поэтому студенты-спортсмены ведут в основном здоровый образ жизни [3].

Выводы:

1. Назрела необходимость в разработке физкультурно-образовательных программ и новых технологий для работы со студенческой молодёжью.

2. Наиболее перспективными представляются технологии, обеспечивающие формирование валеологического мышления студентов.

3. Особое внимание необходимо уделять организации досуга молодёжи и общению с молодёжью в неформальной обстановке.

4. Молодые люди должны знать о существовании медицинского аспекта потребления наркотиков, о формировании устойчивой психической и физической зависимости, понимать социальные последствия, а также отдавать себе отчет в том, какой опасности они подвергаются при их употреблении.

5. Современный этап развития общества требует усиления роли родителей, семьи, педагогов, спортивных, творческих коллективов по воспитанию у детей и подростков устойчивости к первым предложениям употребить психоактивные вещества

Литература

1. Максимчук В. П. Перспектива развития наркологической службы в Республике Беларусь. // Рецепт. 2001. №6. С. 27–32.

2. Николаев Л. А., Николаев Д. Л. Профилактика наркомании и сопутствующих заболеваний. Мн.: «Высэйшая школа», 2002.

3. Иванова Н., Бирун Н. Наркотики: выход есть! СПб.: Питер. 2001.

PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION

Dr. Pradeepan Vinayagamoorthy (Course: Post Graduation /
General Surgery, Department: Hospital Surgery;
Vitebsk State Medical University)

India

Pathology	Share of incidence
Schizophrenia	24%
Alcoholism	24%

Pathology	Share of incidence
Personality switches	20%
Depressions	12%
Other psychoses	10%
Drug addiction	10%
Total	100%

Alcohol dependence is defined by a physical dependence on or addiction to alcohol. The alcoholism is a confusing one with off-putting connotations of vagrancy “meths“ drinking and social disintegration. It has been replaced by term Alcohol dependence syndrome. Successful prophylaxis can be achieved by following methods:

1. Provision of information concerning safe drinking levels: 3 units for men; 2 units for women; 1 unit of alcohol = 1/2 pint of beer = 1glass of wine.
2. A recommendation to cut down where indicated.
3. Simple support and advice concerning associated problems.
4. Successful alcohol counseling motivational enhancement (motivational therapy), feed back, education about adverse effects.

Addiction means giving up conscious control. Addicts are people who have lost all control of their lives, as well as their substance use and abuse. These people have tried many different times to stop using these substances, for their own personal, financial, or social reasons, and yet they couldn't. They were able to stop for short periods, or curb use for longer periods, but true abstinence over an extended period of time is somewhat rare among true addictive personalities. Also, addiction is a progressive disease.

Legal drugs such as nicotine, alcohol, caffeine, acetylcholine or any one of a thousand prescription drugs, easily available through doctors who are unaware of an addict's history, often allow an exponential increase in addictive behavior, denial, and other psychological disorder. Drugs used to treat mental disorders may worsen an addiction. Many people treated for mental sickness are only substance abusers, and vise-versa. Our neuroendocrine axis can't discern legal from illegal drugs, and often doctors can

make addiction worse with prescriptions of pain medications, anti-depressants, muscle relaxants, and many others.

Prophylaxis of drug addiction can be achieved by following methods:

1. The primary prevention program for schools, as developed at the national level, has taken as its basic idea the fact that the target of program to prevent drug addiction in the young must be the adults.

2. The homeless population exhibits a high incidence of risk behaviors — most notably prostitution and the intra-venal ingestion of drugs — causing infectious-contagious diseases (i.e., sexually-transmissible diseases, HIV, Hepatitis B, tuberculosis, etc) that can be a serious threat to Public Health due to their fast propagation.

1st Step — Identification of Problems using concrete data.

2nd Step — Creation of a guide to healthcare services available for the homeless.

3rd Step — Increase in the street teams working in the field of disease prevention, provision of healthcare and early identification of cases.

2. Intellectuals are often good examples of some who are highly educated, well intentioned, and respected individuals, typically successful in their own careers, while teaching and counseling others. Yet, they have absolutely no idea what is going on within people's hearts and minds.

3. Train health professionals to provide with not only information and awareness-raising of communities be promoted, but also there is a case for investing in changing attitudes of health professionals towards the homeless.

4. Interagency working.

Co-ordination among different professionals will only take place and become a permanent and general practice when those professionals have access to training programs that promote such strategies.

PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE

Krishna Chaitanya Bevara (5th course, General Medicine;
Vitebsk State Medical University)

India

Straight forward advice about the harmful effects of alcohol and safe levels of consumption is often all that is needed. More serious cases patients may have to be advised to alter leisure activities or change jobs if these contributing to the problem supportive psycho therapy is often crucial in helping the patient effect the necessary changes in the life style. Either interpretive psychotherapy or groups can help the patients who have recurrent relapses. Treatment of this type is available at specialized at the centers and is also provided by voluntary organizations such as alcoholics anonymous. Drug therapy also has valuable role in treatment. Benzodiazepines are the drugs of choice for the withdrawal symptoms and can be given in large doses (diazepam 20 mg 6 hrs) provided they are tailed off over a period of 5–7 days as symptoms subside. It's usual to high dose vitamins during treatment because of the possibility of thymine deficiency.

These are given the form of 2–4 paires of high potency intramuscular injections for 5–7 days. Only rarely are anti depressants required, the depressive symptoms, if present, usually resolve with abstinence. Phenothiazines (eg: Chloropromazine 100 mg 8 hrs) are required for alcoholic hallucinosis disulfiram (200–400 mg daily) can be given as a deterrent to the patients who have difficulty in resisting sudden impulse to drink after becoming abstinent. The drug blocks the metabolism of alcohol causing acetaldehyde accumulating in body. When alcohol is consumed with the drugs there follows an unpleasant reaction consisting of headache flushing nausea and labored breathing. Knowledge that this reaction will occur can provide an insurance against drinking and even remove craving. Disulfiram should always be seen as an adjacent to other treatments especially supportive psychotherapy. The most commonly reported regimen for alcohol withdrawal included three days of long-acting

benzodiazepines on a fixed schedule with additional medication «as needed».

The first step in prophylaxis and management of drug abuse is usually aimed at helping the patient withdrawal from the drug. When there are signs of severe physical dependence withdrawal is best undertaken in the hospital and this also enables physical complications, such as infections, to be treated. Decreasing doses of the relevant drug are given over a period of 1–3 weeks, the dose being titrated against objective withdrawal symptoms. Oral methadone is used for opiate dependence. In some cases complete withdrawal is not successful and the patient functions better if maintained on doses of oral methadone as an outpatient. This decision should be only undertaken by a specialist and long term supervision requires the patient to attend specially designated drug treatment center. The withdrawal period may need to be extended for several months for some drugs. For example benzodiazepines a regime for managing benzodiazepine withdrawal is shown:

- Reduce daily dose by 1/8 every fortnight.
- For patients taking a drug other than diazepam and who cannot reduce it, switch equivalent dose of diazepam preferably taken at night.
- Reduce diazepam by 2 or 2.5 mg every fortnight.
- If withdrawal symptoms occur maintain the dose until the symptom induce.
- Reduce dose further in fortnightly steps until drugs stop completely.
- Provide regular counsel.
- Avoid other drugs Eg: Beta antagonists, Antidepressants unless specifically indicated.
- Its better to reduce too slowly than too quickly. Successful withdrawal may take a year or more.

Long term support is necessary if patients are to remain drug free. Many doctors can achieve good results with this strike up a rapport with the patient. Complicated or relapsing patients should be referred to specialist centers. Support can also be provided by self help groups and voluntary bodies such as narcotics anonymous.

PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM, DRUG ADDICTION (1)

Srilakshmi Balivada (5th course, General Medicine;
Vitebsk State Medical University)

India

Alcoholism

Alcoholism is a term with multiple and sometimes conflicting definitions. In common and historic usage, alcoholism refers to any condition that results in the continued consumption of *alcoholic beverages* despite the health problems and negative social consequences it causes. Medical definitions describe alcoholism as a *disease* which results in a persistent use of alcohol despite negative consequences. Alcoholism, also referred to as *dipsomania* [1] in the 19th and early 20th centuries, may also refer to a preoccupation with or compulsion towards the consumption of alcohol and/or an impaired ability to recognize the negative effects of excessive alcohol consumption. Although not all of these definitions specify current and on-going use of alcohol as a qualifier, some do, as well as remarking on the long-term effects of consistent, heavy alcohol use, including *dependence* and symptoms of *withdrawal*.

While the ingestion of alcohol is, by definition, necessary to develop alcoholism, the use of alcohol does not predict the development of alcoholism. The quantity, frequency and regularity of alcohol consumption required to develop alcoholism varies greatly from person to person. In addition, although the biological mechanisms underpinning alcoholism are uncertain, some risk factors, including *social environment*, *emotional health* and *genetic predisposition*, have been identified.

Social Problems in Alcohol Abusers

Alcoholism carries with it a host of social problems. Both the drinker and the family unit are affected. Alcohol can have devastating effects on the family. Numerous marriages have been destroyed by alcohol, both emotionally and financially. Children of alcoholics are emotionally fractured by alcoholic parents.

Approximately 20 percent of adults grew up with a family member with an alcohol problem. These adults themselves are at risk for developing substance abuse problems. Emotional issues such as guilt, depression, and relationship problems are often found in children of alcoholics.

Alcoholics may have additional problems that compound the alcohol issue. Drugs, both prescribed and illegal, may cause a synergistic effect in which the overall whole effect of the combined substances is greater than the sum of the parts. This, of course, can have devastating, even fatal, consequences. Psychological problems ranging from depression to schizophrenia are often seen in the alcoholic. These people may attempt to self-medicate with alcohol, not realizing that alcohol may exacerbate the symptoms of their mental illness.

Communities suffer the cost of alcohol abuse. An enormous amount of money is lost each year in the workplace because of alcohol. Insurance costs, decreased productivity, workplace injuries, and work-related grievances are just a few of many problems associated with alcohol. Alcohol is also a leading factor in motor vehicle accidents and injuries. Alcohol-related vehicular accidents are especially prevalent among teenagers and young adults, for whom they are the leading cause of accidental death. Falls, fires, drownings, and suicides are also frequently associated with alcohol.

Prophylaxis

Pharmacological Management

Alcohol withdrawal differs significantly from most other drugs because it can be directly fatal. Drugs which have a similar mechanism of action to alcohol also have a similar risk of causing death during withdrawal, including barbiturate and benzodiazepine withdrawal. For example it is extremely rare for heroin or cocaine withdrawal to be fatal. When people die from heroin or cocaine withdrawal they typically have serious underlying health problems which are made worse by the strain of acute withdrawal. An alcoholic however, who has no serious health issues has a significant risk of dying from the direct effects of withdrawal if it is not properly managed.

Alcohol's primary effect is the increase in stimulation of the GABA_A receptor, promoting central nervous system depression. With repeated heavy consumption of alcohol, these receptors are desensitized and reduced in number, resulting in tolerance and physical dependence. Thus when alcohol is stopped, especially abruptly, the person's nervous system suffers from uncontrolled synapse firing. This can result in symptoms that include anxiety, life threatening seizures, delirium tremens and hallucinations, shakes and possible heart failure.

Acute withdrawal symptoms tend to subside after 1–3 weeks. Less severe symptoms (e.g. insomnia and anxiety) may continue as part of a post withdrawal syndrome gradually improving with abstinence for a year or more. Withdrawal symptoms begin to subside as the body and central nervous system makes adaptations to reverse tolerance and restore GABA function towards normal. Other neurotransmitter systems are involved, especially glutamate and NMDA.

Nonpharmacological Management

The management of alcohol withdrawal through detoxification is an incredibly important initial intervention for a significant number of alcohol dependent individuals. The objective of alcohol withdrawal is maintaining some comfort as the alcoholic goes through the early stages of treatment, the prevention of treatment complications, and preparing the individual for alcohol rehabilitation. The successful management of alcohol withdrawal is an important aspect of preparing an individual for subsequent efforts at alcohol rehabilitation.

Medical screening for concurrent medical problems is also an important aspect of treatment at this stage of the attempted alcohol rehabilitation, in addition to the management of alcohol withdrawal symptoms. Frequently, doctors will administer thiamine (50–100 mg by mouth or 1 M) and multivitamins, for a low cost, low risk intervention, for the prophylaxis and treatment of alcohol related neurological disturbances. In addition to good supportive care and the treatment of concurrent illness, this stage will also include fluid and electrolyte repletion.

Social detoxification which involves the nonpharmacological treatment of alcohol withdrawal has also been shown to be

effective. This involves frequent reassurance, reality orientation, personal attention, monitoring of vital signs and general nursing care. Social detoxification is most appropriate for individuals with mild to moderate alcohol withdrawal symptoms. Many individuals have significant medical problems associated with alcoholism which substantially complicate therapy, so it is absolutely essential that therapists refer those individuals whose conditions require medical management.

Alcohol detoxification is increasingly being done on an ambulatory basis, which is much less costly than inpatient alcohol detox. Inpatient detoxification is essential for serious medical or surgical illness and for those individuals who have a past history of adverse alcohol withdrawal reactions, or with current evidence of potentially some of the more serious withdrawal reactions such as delirium tremens.

Drug Addiction and its Prophylaxis

Addiction is the only mental disorder that convinces the afflicted that its everyone else who is ill, not himself. This is because of addictive denial. This is *not a conscious act*. In the grateful addict's new reality, he realizes that this *denial* is the unconscious mind's ability to completely block an addict's conscious awareness of the nature of his addictive behavior and personality, replacing it with vivid misconceptions, created to support the addictive behavior. Positive emotions and motivations are perverted, denied, or extinguished, An individual eventually becomes almost zombie-like, and running on automatically, very unlike his former self.

Freud himself had tried to treat advanced alcoholics and had come to believe that they were hopeless, beyond treatment. However, he had heard of some having recovered after a spiritual or religious experience. He believed these instances to be miracles.

What really happens is that the weight of unconscious motivations becomes inclined to stop the addictive behaviors rather than continue. After survival or another very deep unconscious drive becomes the most primary concern, the addict has what twelve steppers call, a moment of clarity, which is a strong enough for change in conscious orientation. Some people

believe that this is because conscious concerns and social pressures bring about a new choice in behavior. Actually, unconscious motivations save us from a threat which our denial had consciously hidden.

Intellectuals are often good examples of some who are highly educated, well intentioned, and respected individuals, typically successful in their own careers, while teaching and counseling others. Yet, they have absolutely no idea what is going on within peoples hearts and minds.

Sociologists and religious adherents are often such intellectuals. Thus, they are unable to help addicts because of their lack of wisdom and practical experience pertaining to our basic emotional addiction-strictly a social problem?

Many people view drug abuse and addiction as strictly a social problem. Parents, teens, older adults, and other members of the community tend to characterize people who take drugs as morally weak or as having criminal tendencies. They believe that drug abusers and addicts should be able to stop taking drugs if they are willing to change their behavior.

These myths have not only stereotyped those with drug-related problems, but also their families, their communities, and the health care professionals who work with them. Drug abuse and addiction comprise a public health problem that affects many people and has wide-ranging social consequences. It is NIDA's goal to help the public replace its myths and long-held mistaken beliefs about drug abuse and addiction with scientific evidence that addiction is a chronic, relapsing, and treatable disease.

Addiction does begin with drug abuse when an individual makes a conscious choice to use drugs, but addiction is not just «a lot of drug use». Recent scientific research provides overwhelming evidence that not only do drugs interfere with normal brain functioning creating powerful feelings of pleasure, but they also have long-term effects on brain metabolism and activity. At some point, changes occur in the brain that can turn drug abuse into addiction, a chronic, relapsing illness. Those addicted to drugs suffer from a compulsive drug craving and usage and cannot quit by themselves. Treatment is necessary to end this compulsive behavior.

A variety of approaches are used in treatment programs to help patients deal with these cravings and possibly avoid drug relapse. NIDA research shows that addiction is clearly treatable. Through treatment that is tailored to individual needs, patients can learn to control their condition and live relatively normal lives.

Drug rehab treatment can have a profound effect not only on drug abusers, but on society as a whole by significantly improving social and psychological functioning, decreasing related criminality and violence, and reducing the spread of AIDS. It can also dramatically reduce the costs to society of drug abuse.

Understanding drug abuse also helps in understanding how to prevent use in the first place. Results from NIDA-funded prevention research have shown that comprehensive prevention programs that involve the family, schools, communities, and the media are effective in reducing drug abuse. It is necessary to keep sending the message that it is better to not start at all than to enter rehabilitation if addiction occurs.

A tremendous opportunity exists to effectively change the ways in which the public understands drug abuse and addiction because of the wealth of scientific data. Overcoming misconceptions and replacing ideology with scientific knowledge is the best hope for bridging the «great disconnect» — the gap between the public perception of drug abuse and addiction and the scientific facts.

The real psychological basis of drug addiction has an intrinsic nature, and it is an intrinsic motivation which drives the addictive personality. There are many cultural factors and environmental or social influences which are closely related to addictive behaviors, yet when given the same social, economic, and environmental factors, one person becomes an addict, while others who are equally influenced become abstainers, or more commonly, will experiment with drugs but never have substance abuse problems or become addicts. This is the kind of awareness which ethical pontifications and statistical social research will never be able to uncover. They are looking in the wrong place, and from the wrong perspective. You could say that they are on solid ground, but chasing a wild goose, and barking up the wrong tree.

PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM, DRUG ADDITION (2)

Mr. *Janith Chandima Wanigatunga* (student of 2nd course,
faculty of General Medicine; Vitebsk State Medical University)

Sri-Lanka

Prophylaxis of alcoholism, drug addition

Alcohol, a drug, is consumed at some time by up to 80% of the population. At low doses alcohol can have some beneficial effects such as decreased rates of myocardial infarction, stroke, gallstones, and possibly vascular and Alzheimer's dementias. However, the consumption of more than two standard drinks per day increases the risk for health problems in many organ systems. Heavy repetitive drinking, as is seen in alcohol abuse and dependence, cuts short the life span by an estimated decade in both genders, all cultural groups, and all socioeconomic strata. Unless an individual stops drinking, a diagnosis of alcohol dependence carries a 80% risk for continued severe problems over the next 5 years. In addition, even relatively low doses of alcohol can adversely affect many preexisting disease states and alter the effectiveness or blood levels of most over-the-counter and prescribed medications.

Pharmacology and Nutritional Impact of Ethanol

Ethanol is a weakly charged molecule that moves easily through cell membranes, rapidly equilibrating between blood and tissues. The level of alcohol in the blood is expressed as milligrams or grams of ethanol per deciliter (e.g., 100 mg/dL or 0.10 g/dL), with blood values of about 0.02 g/dL resulting from the ingestion of one typical drink. In round figures, 340 mL (12 oz) of beer, 115 mL (4 oz) of nonfortified wine, and 43 mL (1.5 oz) (a shot) of 80-proof beverage such as whisky, gin, or vodka each contain ~10–15 g of ethanol; 0.5 L (1 pint) of 80-proof beverage contains ~160 g (about 16 standard drinks), and 1 L of wine contains ~80 g of ethanol. These beverages also have additional components, called *congeners*, that affect the taste and effects; congeners include low-molecular-weight alcohols (e.g., methanol and butanol),

aldehydes, esters, histamine, phenols, tannins, iron, lead, and cobalt. Such congeners might also contribute to the adverse health consequences associated with heavy drinking.

Ethanol is a central nervous system (CNS) depressant that decreases neuronal activity, although some behavioral stimulation is observed at low blood levels. This drug has cross-tolerance with other depressants, including benzodiazepines and barbiturates, and all produce similar behavioral alterations. Alcohol is absorbed from mucous membranes of the mouth and esophagus (in small amounts), from the stomach and large bowel (in modest amounts), and from the proximal portion of the small intestine (the major site). The rate of absorption is increased by rapid gastric emptying (as can be induced by carbonated beverages); by the absence of proteins, fats, or carbohydrates (which interfere with absorption); by the absence of congeners; and by dilution to a modest percentage of ethanol (maximum at ~20% by volume).

Behavioral Effects, Tolerance, and Dependence

The acute effects of a drug depend on many factors. These include the dose, the rate of increase in plasma, the concomitant presence of other drugs, and the past experience with the agent. With alcohol, an additional factor is whether blood alcohol levels are rising or falling; the effects are more intense during the former period.

«Legal intoxication» in the United States requires a blood alcohol concentration of at least 0.08–0.10 g/dL, while levels of 0.04 or even lower are cited in some other countries. However, behavioral, psychomotor, and cognitive changes are seen at levels as low as 0.02–0.03 g/dL (i.e., after one to two drinks). Deep but disturbed sleep can be seen at twice the legal intoxication level, and death can occur with levels between 0.30 and 0.40 g/dL. Beverage alcohol is probably responsible for more overdose deaths than any other drug.

The Effects of Ethanol on Organ Systems

Although one to two drinks per day in an otherwise healthy and none pregnant individual can have some beneficial

cardiovascular effects, at higher doses alcohol is toxic to most organ systems. Knowledge about the deleterious effects of alcohol helps the physician to identify alcoholic patients and provides information that can be used to help motivate patients to abstain. The information offered here generally applies to all, regardless of age or gender, although some differences apply. It is important to remember that the typical white- or blue-collar alcoholic often functions at a fairly high level for years, holding a job and maintaining ties with friends and relatives who may be unaware of the severity of the drinking problem. Not everyone develops each of the problems described below.

Nervous System

Approximately 35% of drinkers (and a much higher proportion of alcoholics) experience a *blackout*, an episode of temporary anterograde amnesia, in which the person forgets all or part of what occurred during a drinking evening. Another common problem, one seen after as few as several drinks, is disturbed sleep. Although alcohol might initially help a person to fall asleep, it disrupts sleep throughout the rest of the night. The stages of sleep are also altered, and time spent in rapid eye movement (REM) and deep sleep is reduced. Patients may experience prominent and sometimes disturbing dreams. Alcohol relaxes muscles in the pharynx, which can cause snoring and exacerbate sleep apnea; symptoms of the latter occur in 75% of alcoholic men over age 60. Another common consequence of alcohol use is impaired judgment and coordination, increasing the risk of accidents and injury; 40% of drinkers in the United States have at some time driven while intoxicated. Heavy drinking can also be associated with headache, thirst, nausea, vomiting, and fatigue the following day, a hangover syndrome that is responsible for significant financial losses in most work environments.

The effect of alcohol on the nervous system is even more pronounced among alcohol-dependent individuals. Chronic high doses cause *peripheral neuropathy* in 5–15% of alcoholics: similar to diabetes, patients experience bilateral limb numbness, tingling, and paresthesias, all of which are more pronounced distally. Approximately 1% of alcoholics develop cerebellar degeneration

or atrophy. This is a syndrome of progressive unsteady stance and gait often accompanied by mild nystagmus; neuroimaging studies reveal atrophy of the cerebellar vermis. Fortunately, very few alcoholics (perhaps as few as 1 in 500) develop *Wernicke's* (ophthalmoparesis, ataxia, and encephalopathy) and *Korsakoff's* (retrograde and anterograde amnesia) *syndromes*. These occur as the result of thiamine deficiency, especially in predisposed individuals, e.g., those with transketolase deficiency. Alcoholics can manifest *cognitive problems* lasting for weeks to months after an alcoholic binge. Brain atrophy, evident as ventricular enlargement and widened cortical sulci on MRI and CT scans, occurs in ~50% of chronic alcoholics; these changes are often reversible if abstinence is maintained. There is no single alcoholic dementia syndrome; rather, this label is used to describe patients who have apparently irreversible cognitive changes (possibly from diverse causes) in the context of chronic alcoholism.

As many as two-thirds of alcohol-dependent individuals meet the criteria for a psychiatric syndrome in the *Fourth Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) of the American Psychiatric Association (Chap. 386). Half of these relate to a preexisting antisocial personality manifesting as impulsivity and disinhibition. The lifetime risk is 3% in males, and 80% of such individuals demonstrate alcohol and/or drug dependence. Another common co-morbidity occurs with dependence on illicit substances. The remaining third of alcoholics with psychiatric syndromes have preexisting conditions such as schizophrenia or manic depressive disease and anxiety disorders such as panic disorder. The reasons for the co-morbidities of alcoholism with independent psychiatric disorders are not known, but they might represent an overlap in genetic vulnerabilities, impaired judgment resulting from the independent psychiatric condition, or an attempt to use alcohol to alleviate some of the symptoms of the disorder or side effects of medications.

The Gastrointestinal System

Esophagus and Stomach: Alcohol intake can result in inflammation of the esophagus and stomach causing epigastric distress and gastrointestinal bleeding. Alcohol is one of the most

common causes of hemorrhagic gastritis. Violent vomiting can produce severe bleeding through a Mallory-Weiss lesion, a longitudinal tear in the mucosa at the gastroesophageal junction.

Pancreas and Liver: The incidence of acute pancreatitis (~25 per 1000 per year) is almost threefold higher in alcoholics than in the general population, accounting for an estimated 10% or more of the total cases. Alcohol impairs gluconeogenesis in the liver, resulting in a fall in the amount of glucose produced from glycogen, increased lactate production, and decreased oxidation of fatty acids. This contributes to an increase in fat accumulation in liver cells. In healthy individuals these changes are reversible, but with repeated exposure to ethanol, more severe changes in the liver occur, including alcohol-induced hepatitis, perivenular sclerosis, and cirrhosis, with the latter observed in an estimated 15% of alcoholics.

Cancer

Drinking as few as 1.5 drinks per day increases a woman's risk of breast cancer 1.4-fold. For both genders, four drinks per day increases the risk for oral and esophageal cancers approximately threefold and rectal cancers by a factor of 1.5; seven to eight or more drinks per day enhances approximately fivefold the risks for many cancers.

Hematopoietic System

Ethanol causes an increase in red blood cell size [mean corpuscular volume, (MCV)], which reflects its effects on stem cells. If heavy drinking is accompanied by folic acid deficiency, there can also be hypersegmented neutrophils, reticulocytopenia, and a hyperplastic bone marrow; if malnutrition is present, sideroblastic changes can be observed. Chronic heavy drinking can decrease production of white blood cells, decrease granulocyte mobility and adherence, and impair delayed-hypersensitivity responses to novel antigens (with a possible false-negative tuberculin skin test). Finally, many alcoholics have mild thrombocytopenia, which usually resolves within a week of abstinence unless there is hepatic cirrhosis or congestive splenomegaly.

Cardiovascular System

Acutely, ethanol decreases myocardial contractility and causes peripheral vasodilation, with a resulting mild decrease in blood pressure and a compensatory increase in cardiac output. Exercise-induced increases in cardiac oxygen consumption are higher after alcohol intake. These acute effects have little clinical significance for the average healthy drinker but can be problematic in men and women with persisting cardiac disease.

The consumption of three or more drinks per day results in a dose-dependent increase in blood pressure, which returns to normal within weeks of abstinence. Thus, heavy drinking is an important factor in mild to moderate hypertension. Chronic heavy drinkers have a sixfold increased risk for coronary artery disease as well as an increased risk for cardiomyopathy. Symptoms range from unexplained arrhythmias in the presence of left ventricular impairment to heart failure with dilation of all four heart chambers and hypocontractility of heart muscle. Perhaps one-third of cases of cardiomyopathy are alcohol-induced. Mural thrombi can form in the left atrium or ventricle, while heart enlargement >25% can cause mitral regurgitation. Atrial or ventricular arrhythmias, especially paroxysmal tachycardia, can also occur after a drinking binge in individuals showing no other evidence of heart disease—a syndrome known as the «holiday heart». This condition is observed transiently in the majority of alcoholics entering treatment.

Chronic intake of modest doses of alcohol can have some beneficial effects. A maximum of one to two drinks per day may decrease the risk for cardiovascular death, perhaps through an increase in high-density lipoprotein (HDL) cholesterol or changes in clotting mechanisms. In one large national study, cardiovascular mortality was reduced by 30–40% among individuals reporting one or more drinks daily compared to nondrinkers, with overall mortality lowest among those consuming approximately one drink per day. Recent data have also corroborated that regular light drinking decreases the risk for ischemic, but not hemorrhagic, stroke.

Genitourinary System Changes, Sexual Functioning, and Fetal Development

Acutely, modest ethanol doses (e.g., blood alcohol concentrations of 0.06 gm/dL) can increase sexual drive but also decrease erectile capacity in men. Even in the absence of liver impairment, a significant minority of chronic alcoholic men show irreversible testicular atrophy with shrinkage of the seminiferous tubules, decreases in ejaculate volume, and a lower sperm count.

The repeated ingestion of high doses of ethanol by women can result in amenorrhea, a decrease in ovarian size, absence of corpora lutea with associated infertility, and an increased risk of spontaneous abortion. Heavy drinking during pregnancy results in the rapid placental transfer of both ethanol and acetaldehyde, which may have serious consequences for fetal development. The *fetal alcohol syndrome* can include any of the following: facial changes with epicanthal eye folds; poorly formed ear concha; small teeth with faulty enamel; cardiac atrial or ventricular septal defects; an aberrant palmar crease and limitation in joint movement; and microcephaly with mental retardation. The amount of ethanol required and the time of vulnerability during pregnancy have not been defined, making it advisable for pregnant women to abstain completely.

Other Effects of Ethanol

Between one-half and two-thirds of alcoholics have skeletal muscle weakness caused by acute *alcoholic myopathy*, a condition that improves but which might not fully remit with abstinence. Effects of repeated heavy drinking on the *skeletal system* include changes in calcium metabolism, lower bone density, and decreased growth in the epiphyses, leading to an increased risk for fractures and osteonecrosis of the femoral head.

Hormonal changes include an increase in cortisol levels, which can remain elevated during heavy drinking; inhibition of vasopressin secretion at rising blood alcohol concentrations and enhanced secretion at falling blood alcohol concentrations (with the final result that most alcoholics are likely to be slightly overhydrated); a modest and reversible decrease in serum thyroxine (T_4); and a more marked decrease in serum triiodothyronine (T_3).

Conclusion

When considering the intensive effects of the AIDS considering medical cultural and ethical aspects, we should take precautions to prevent the alcoholism.

Reference

1. Harrisons internal medicine. 17th edition.

III. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МОРАЛЬ И НАУКА ВЫЖИВАТЬ

Л. В. Лукина, канд. ист. наук, доцент

УО «Витебская ордена „Знак почёта“
государственная академия ветеринарной медицины»
г. Витебск

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 Гиппократа считается фундаментом профессиональной этики врачей.

Возросшие требования к личности как носителю определённой профессии поставили вопрос об объединении усилий, прежде всего биологов и врачей, по обеспечению достойных условий жизни людей. В 1970 г. 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, своего рода «печать», накладываемая на профессиональные качества, функционирование и социальную роль личности в конкретных сферах её 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. К биоэтическим проблемам относятся вопросы, связанные с клонированием человека, допустимостью аборт, сообщением пациенту правды о неизлечимости заболевания, разрешением родственников умершего на забор его органов 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 одарённого поколения в начале XX в. евгеники предлагали «соединять» только родителей с хорошей наследственностью. В 1934 г. в Германии был принят закон о принудительной стерилизации душевнобольных, пьяниц, проституток и прочих представителей «низших слоёв». Перед второй мировой войной в тридцати штатах США действовали законы, позволявшие стерилизовать умственно отсталых и преступников. В 1981 г. 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, с одной стороны, даёт многообещающие возможности, но с другой стороны — это вполне реальная угроза для физического здоровья и духовной ценности человека. Вопросы защиты жизни и продолжения жизни, возникающие в связи с прогрессом в биологии и медицине, предполагают совместные усилия врачей и биологов, философов и богословов, психологов и социологов, юристов и политиков, опирающиеся на «культуру несогласия». Подготовка к реализации этики жизни предполагает наличие специальных знаний, благородных и гуманных душевных качеств, обладание искус-

ством 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 ступеней профессиональной морали. Профессиональная мораль в известном смысле «компетентна» в определении ценности тех или иных поступков личности при выполнении ею профессиональных ролей. Она в немалой степени создаёт нюансы определённого отношения к другим людям в зависимости от выполнения индивидом профессиональных обязанностей. Через интериоризацию по-разному оцениваются и конкретные поступки людей разных профессий с учётом критериев профессиональной морали, профессионального долга.

Профессиональная мораль — это общие установки, переведённые в нормы, правила и принципы, пригодные для морального выбора и нравственной оценки характера выполняемых человеком профессиональных обязанностей, его поведения как специалиста в конкретных жизненных ситуациях. Профессиональные нормы — это совокупность управляющих воздействий, благодаря которым обеспечивается нравственно ценное значение действий членов определённой профессиональной общности. Таким образом, разрешение вопросов о человеке, являющемся сложным «психобиологическим комплексом одноразового жизненного использования», о человеческом самоопределении и ответственности, вопросов нерегламентированных, заранее не распланированных, требует принятия во внимание профессиональной морали, совершения поступков в духе добра, достойного поведения индивида.

Литература

1. Конвенции «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.

АБОРТ — НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ГРЕХ

Ю. В. Николаева, студ. 1-го курса лечебного ф-та
Научный руководитель доцент каф.
философских наук *С. П. Кулик*

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

«Аборт», «искусственное прерывание беременности» — что стоит за этими словами? У нас в обществе сложилась парадоксальная ситуация: с одной стороны, все понимают, что аборт — это грех; с другой же стороны, бытует устойчивое мнение, что аборт вполне допустим и является приемлемым способом решения личных проблем. «Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечества и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых её истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода... Церковь... почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерождённые дети» [4].

Женщины, которые решаются на этот поступок, мотивируют свои действия так: дети будут мешать жить, это обуза, лишние проблемы, хочется пожить в свое удовольствие. Да и мужчины отправляют своих жён и партнёров на это «мероприятие» чаще всего из-за того же: хочется пожить в своё удовольствие. Но вместо «удовольствия» вся дальнейшая их жизнь часто становится сушим адом: уже рождённые дети не слушаются, вновь рождающиеся — рождаются больными, у самих родителей возникают проблемы со здоровьем, начинаются семейные размолвки... [5]

Один из литературных героев Ф. М. Достоевского говорил, что если для создания рая на земле потребуется всего лишь одна слезинка невинного младенца, — всего одна слезинка! — уже и тогда ему не нужен будет такой рай [2]. И он был прав. Невозможно создать гармонию, собственное счастье

ть, довольство и благополучие на чьих-то слезах, страданиях, на чьём-то горе...

Всмотримся в жуткую суть того, что происходит... Кто убивает? И — кого убивает? В животном мире убийство — вещь распространённая. Но «звери», — верно подмечает протоирей Димитрий Смирнов, — «обычно убивают не себе подобных, а других: медведь задирает кабана, олень может пригвоздить волка к сосне, а вот ворон ворону глаза не выклюет». А тут мать убивает свое дитя! Люди, выходит, — хуже зверей! Звери своих детенышей защищают, оберегают. А женщина — убивает! Иные женщины, правда, совершают этот грех, не ведая, что творят. Они полагают, что пока ребёнок не родился, он еще и не человек в собственном смысле слова, а только часть их тела, а своим телом каждый человек может распоряжаться, как хочет. Но это трагическое заблуждение, которое и у них самих рано или поздно обязательно рассеивается, и тогда вся их дальнейшая жизнь становится драмой [6].

Церковные каноны всегда защищали человеческое существо уже в материнском лоне: «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению, как за убийство», — пишет святитель Василий Великий (канон 2-й). С церковной точки зрения, человеческая жизнь начинается не рождением и кончается не смертью. Этими двумя вехами ограничивается лишь один из этапов человеческой жизни. Этому этапу предшествует внутриутробная жизнь, за этим этапом следует загробная жизнь [6].

Американский доктор Бернард Натансон снял фильм, включающий в себя ультразвуковое изображение того, что происходит в матке женщины с 12-недельным ребёнком во время проведения аборта методом «вакуум-аспирации». На экране отчётливо видно, как ребёнок раз за разом пытается увернуться от вакуум-отсоса, быстро и тревожно двигается. Частота его сердцебиения при этом удваивается. Наконец, когда тело пойманного ребёночка расчленяется, его рот широко раскрывается в беззвучном крике — отсюда название фильма: «Безмолвный крик». Никакого обезболивания для плода при аборте не предусмотрено.

Протоиерей Димитрий Смирнов говорит: «В чём причина тех трудностей, который мы как народ сейчас испытываем? Почему самая богатая в мире страна находится почти на грани нищеты? Земля уже не выдерживает тех ужасных беззаконий, которые на ней творятся... Для того, чтобы начать возрождать экономику, культуру, нравственность, надо перестать совершать самые страшные грехи. Страшнее детоубийства нет ничего. Мы должны перестать убивать своих детей!.. Люди рассчитывают так: одного рожу, а семь прикончу и буду жить лучше» [6]. Потому что, если бы я родил восьмерых детей, то у меня было бы в восемь раз меньше еды и одежды. На деле выходит иначе. Кровь убитых младенцев падает на весь род убийцы. Дитя рождается, а над ним уже тяготеет преступление родителей, и от этого греха дети обычно становятся неуправляемыми. Поэтому с тем одним, которого оставили в живых, в семье намучаются больше, чем намучились бы с семью... И причина не в плохом воспитании. Ведь обычно родители вообще не воспитывают детей. Ребёнок формируется под влиянием своего окружения.

На эту же тему размышляет иерей Артемий Владимиров: «Многие из наших соотечественников с болью видят, что с Русской землёй, нашим возлюбленным Отечеством, совершается нечто трагическое. Целостная некогда Родина распадается на разрозненные и, что всего страшнее, враждебно друг к другу относящиеся части. Всмотреваясь в причины этого распада, мы осознаём: потеряна вера, потеряна культура, потеряно экономическое единство. А мне пришло на ум недавно, что всё совершающееся ныне с нами есть праведное воздаяние Божие... Если вдуматься, становится очевидным: то, что сейчас на нашей земле ежедневно совершается по несколько тысяч убийств утробных младенцев и расчленяется ножом убийц младенческое тельце, ещё не успевшее явиться на свет Божий, и является главной причиной всех и всяческих внешних распадов, трагедий и того смутного времени, которое мы переживаем. Безмолвный крик каждого такого младенчика восходит на небеса и вопиет об отмщении за злодеяние... которое ныне совершается и не вызывает ни у кого ни чувства отвращения, ни стыда, ни покаяния» [1].

Теперь, когда открыты двери тысяч храмов, к этим дверям струятся лишь тоненькие ручейки из моря всего народа. Зато реки из этого моря текут к иным дверям: к дверям ресторанов, баров, казино, дискотек, секс-шопов, к дверям абортариев... Если славяне будут продолжать вымирать и далее теми же темпами, как начали вымирать с 1992 г., «в XXI в. они станут нацменьшинством в своей собственной стране... Удивляться надо не тому, что «жить стало хуже», а тому, что мы еще вообще живы — при всех-то наших «программах полового воспитания в школах», алкоголизме, гомосексуализме, лесбийской любви, проституции, наркомании, токсикомании и прочих мерзостях, из которых наимерзостнейшая, конечно же, массовая бойня собственных наших не успевших родиться детей... И при всём этом — ещё живы! Вот чему следует изумляться безмерно: долготерпению Божию!» [1].

Врачи, проводящие эту медицинскую процедуру, обязаны рассказать своим пациенткам обо всём, что их ожидает во время аборта и после него. Только называть вещи нужно правильно и своими именами: ребёнка — ребёнком, а не «продуктом беременности»; убийство — убийством, а не «восстановлением менструального цикла» и т.д. Рассказать обо всех осложнениях после аборта: о воспалительных и инфекционных заболеваниях, о том, что легальность аборта отнюдь не делает его безопасным [3].

Опросы женщин, перенёсших аборт, свидетельствуют, что у них после аборта появляется чувство облегчения. Но то, что чувствует женщина после аборта на самом глубоком психическом уровне, очень сильно отличается от её ответов в опросниках. Даже когда женщина на рассудочном уровне относится к аборту, как к «единственному выходу из создавшегося положения» и *сознанием* своим оправдывает его — всё это может сосуществовать с полным отрицанием аборта на уровне её *подсознания*. Как бы она ни бодрилась и сколько бы ни говорила себе, что «это необходимо» и «иного выхода нет» — аборт всегда вызывает у женщины глубокие переживания, чувства боли, стыда и невозполнимой утраты. Как следствие этого: бессонница, кошмарные сны; могут возникать сексуальные расстройства, распадаются браки, женщина начинает тянуться к алкоголю, наркотикам... [3]

Но слово об абортах хочется завершить обращением протоиерея Димитрия Смирнова не к женщинам, а к мужчинам... «Аборты — это не только женская вина, сколько женская беда! А вина общая — и мужчин, и женщин... Мужчины, возьмите вы это дело в свои крепкие мужские руки, именно крепких и добрых рук ждёт и женщина, и невинное дитя. По таким рукам истосковалась Россия!» [6].

Литература

1. Владимиров А. Мама. Духовно-нравственные основы семьи: Хрестоматия для учителей в 3-х частях / А. Владимиров // М., 2001. 1-я часть. С. 72.

2. Достоевский Ф. М. Подросток / Ф. М. Достоевский // Собрание сочинений в 4-х т. М.: Худож. лит. // 1978.

3. Иеромонах Анатолий (Берестов). Грех, болезнь и исцеление. Беседы с православным врачом / Иеромонах Анатолий (Берестов) // М., 2000.

4. Златоуст И. Творения / И. Златоуст // Собрание сочинений в 12-ти т., СПб., 1997. Т. 3. С. 89.

5. Зорин К. В. Вино блуда. Грехи молодости или здоровье семьи / К. Зорин // Православное сестричество во имя преподобной мученицы Елизаветы. Изд. Сергиев Посад, 2004.

6. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Деяние Юбилейного Освященного Архиерейского Собора Русской Православной Церкви М., 2001.

ЦЕЛОМУДРИЕ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ СПИДА, ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АБОРТОВ

А. Ф. Хлопцев

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

Половое воспитание школьников, молодёжи должно осуществляться параллельно с морально-нравственным воспитанием. Его можно рассматривать как составную часть нрав-

ственного воспитания, включающую в себя такие морально-этические понятия, как девичья честь, стыдливость и нравственная чистота, уважение, дружба, любовь. Таким образом, половое воспитание не может существовать в отрыве от воспитания нравственности. Только в немногих валеологических программах отмечается, что помимо полового воспитания, существует воспитание целомудрия. Нравственное совершенствование человека является общей целью воспитания. Для профилактики СПИДа, венерических заболеваний, аборт недостаточна лишь пропаганда безопасного секса. Необходимо уже на государственном уровне (как это уже существует в других странах) принимать программу формирования и воспитания у школьников и молодёжи полового воздержания вне брака и укрепления института семьи.

В связи с так называемой «сексуальной революцией», которая продолжается в нашей стране до сих пор, забыты нравственные ценности, половое воспитание превратилось, по сути, в поощрение беспорядочных половых связей, детям внушается брезгливое отношение к целомудрию. В школьные программы, учебники по валеологии были включены вопросы о том, как правильно совершать половой акт, как пользоваться презервативами. Происходило развращение детей, распространялись низменные и животные инстинкты. Отсюда рост СПИДа, венерических заболеваний, увеличение числа добрых брачных абортов среди молодёжи и подростков.

Человек перестаёт быть человеком, если нравственные ценности уходят из его жизни. Когда мы говорим о ЗОЖ, нужно подчеркивать, что это в первую очередь жизнь по Божьим заповедям, по нормам нравственности. Необходимо вести духовно-нравственный «здорового образа жизни», в том числе сохраняя воздержание, целомудрие. Понятие «целомудрие» точно выражает духовное и нравственное достоинство человека. Оно — не просто девственность тела, оно — целостность, нераздвоенность человека в его отношении к нравственному долгу, чести, закону, семье, людям. Митрополит Антоний Сурожский отмечал, что целомудрие мы большей частью мыслим в порядке телесных отношений. Но целомудрие заключается также в том, чтобы, посмотрев на другого

человека, увидеть в нём ту красоту, которую Бог в него вложил, увидеть образ Божий, увидеть такую красоту, которую нельзя замарать, увидеть человека в этой красоте и служить тому, чтобы эта красота росла и ничем не была запятнана. Целомудрие заключается в том, чтобы с мудростью хранить цельность своей души и души другого человека. Целомудрие, если сказать просто — это нравственная чистота мыслей, чувств, желаний, поступков, чистота всей жизни. Целомудрие может и должно иметь место не только до вступления в брак, но и в семейной жизни, соединённой с рождением и воспитанием детей. Целомудрие лежит в основе брака, в основе не только душевных отношений, но и телесных. Целомудрие не только совместимо с браком, оно является основой брака.

Целомудрие служит основой профилактики СПИДа, венерических заболеваний, нежелательной беременности, следовательно, и аборт. На данный момент, СПИД — одна из самых больших мировых проблем. И появляется он из-за безнравственного поведения. Степень риска заражения ВИЧ зависит от способа поведения каждого человека, его моральных качеств. Джордж Буш отмечал, что стопроцентной профилактикой СПИДа является половое воздержание.

Целомудрие служит основой профилактики абортов. К сожалению, та лёгкость, с которой сейчас относятся к чрезвычайно простой возможности убить человеческий зародыш (а аборт является именно убийством), передаётся уже из поколения в поколение. Церковь даёт ясное и мудрое определение — человек существует с момента своего зачатия. Целомудрие, воздержание от добрачных сексуальных отношений является профилактикой абортов, убийства ещё не родившихся людей. Особую озабоченность вызывает высокий уровень абортов среди подростков.

Церковь всегда была за воздержание от добрачных отношений, она считала и считает, что телесная близость возможна только в браке, а вне его интимные отношения считаются грехом блуда. Государству нужен мощный помощник в лице Церкви, в арсенале которой многообразные средства для духовно-нравственного воспитания детей и молодёжи, для вос-

питания правильных взглядов на создание семьи и рождение детей. Поэтому нужно более остро ставить вопрос о религиозном образовании не только в школах и учебных заведениях, но и в дошкольных учреждениях. Свобода вероисповедания, декларируемая в Конституции, должна предполагать права детей и юношества на получение хотя бы основ религиозного образования в школе. Церковное образование должно быть активным участником всего образовательного процесса. Атеистическое и религиозное образование должны иметь одинаковые права на существование. В решении этого вопроса необходимо следовать принципам, принятым во всём мире. ПАСЕ призвало правительства стран, входящих в эту организацию, «обеспечить обучение основам религии в государственных начальных и средних школах».

В условиях нравственного распада, когда наркомания, алкоголизм, СПИД, венерические болезни стали болезнями молодёжи, когда беспорядочные половые связи, начиная уже с 12–14 лет, превращаются в норму поведения, причём всё это широко пропагандируется средствами массовой информации, когда создание семьи и воспитание детей перестали быть приоритетом для молодых людей, позитивная нравственная роль религиозного воспитания особенно очевидна. Ценности, основанные на религиозном нравственном идеале, по-прежнему остаются традиционными для большинства людей, но они подвергаются систематическому поруганию. Новые моральные нормы, противоречащие самому человеческому естеству, активно внедряются в массы. Забвение человечеством базовых религиозных понятий грозит ввергнуть его в бездну нравственного одичания и умственного невежества.

Пропаганда целомудрия ради предотвращения распространения «свободного» стиля жизни среди детей и молодёжи должна вестись с помощью программ полового образования в школах, через средства массовой информации. Это — один из способов борьбы со СПИДом, венерическими заболеваниями, абортами.

НРАВСТВЕННЫЙ ВЫБОР ПСИХОЛОГА: «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» И «КУЛЬТУРА СМЕРТИ»

Е. Н. Ермакова, канд. психол. наук, доцент

УО «Белорусский государственный педагогический университет
им. М. Танка»
г. Минск (Беларусь)

Современный человек часто совершает выбор между ценностями «культуры жизни» и «культуры смерти», не задумываясь над сущностью происходящего. Так, принимая решение о сохранении или прерывании беременности, женщина часто задумывается о материальных и иных затруднениях, не допуская даже мысли о том, что на самом деле она делает выбор между жизнью и смертью. Безусловно, в этой ситуации велика роль тех людей, которые оказываются рядом, тех, к кому она обращается за советом, — родственники, друзья, а также профессионалы — медицинские работники, психологи. Часто именно их позиция оказывается решающей в поддержке тех или иных желаний, мотивов, страхов женщины. Так, по опубликованным данным, в некоторых католических приходах Германии почти 50% женщин, пришедших на консультацию к психологу по этому вопросу, принимают решение не делать аборт. Отвечая на прямой вопрос о том, на чём основывается их точка зрения в этой ситуации, люди, как правило, независимо от своей профессиональной принадлежности, ссылаются на определённые факты и знания. Однако есть все основания предполагать, что в действительности их позиция по этому вопросу является проявлением их мировоззрения, жизненных ценностей и убеждений, в том числе и того, осмысливают ли они эту ситуацию, как ситуацию выбора между жизнью и смертью. Уместно вспомнить, что писала поэтому поводу блаженная мать Тереза Калькуттская: «Матери, которая думает об аборте, нужно помочь любить, чтобы она могла отдать себя до боли, пожертвовать своими годами, своим свободным временем, чтобы она отнеслась с уважением к жизни своего ребёнка» [1]. Такую помощь может оказать только человек, который сам спосо-

бен любить, отдавать себя, жертвовать своим временем, уважающий жизнь другого человека.

Проведённое исследование представляет собой поиск ответа на вопрос о том, какие жизненные ценности и убеждения определяют личную позицию психолога в работе с женщинами, принимающими решение о сохранении либо прерывании беременности. В исследовании принимали участие 70 студентов старших курсов заочного отделения факультета психологии БГПУ в возрасте от 21 до 34 лет, треть из них имели среднее специальное образование (медицинское или педагогическое). Использование «Шкалы базовых убеждений» и методики «Ценностные ориентации» М. Рокича позволило выявить те убеждения и ценности личности (как терминальные, так и инструментальные), которые являются ведущими. Для того чтобы проанализировать, каким образом те или иные ценности личности влияют на нравственный выбор, использовался метод анализа конкретных ситуаций. При анализе ситуаций только 8 студентов (11,4%) не сделали ни одного выбора в пользу прерывания беременности.

Наиболее представленным базовым убеждением явилось убеждение в ценности собственного «я», которое рассматривается в данной концепции как самооценность убеждения «я — хороший человек» (среднее значение 17,37 при максимально допустимом 24). Далее следует связанное с ним убеждение «я правильно себя веду» (среднее значение 17,16 при максимально допустимом 24). Особого внимания требует интерпретация результатов, полученных по следующим шкалам: «убеждение в справедливости мира», «убеждение в контролируемости мира» и «убеждение в случайности как принципе распределения происходящих событий». Значения, полученные по этим шкалам, близки (16,13; 14,95 и 15,20 соответственно), что позволяет сформулировать предположение о нецелостности и противоречивости мировоззрения данной группы. «Убеждение в контролируемости мира» предполагает, что «за всякое преступление человек так или иначе несёт наказание» и побуждает человека поступать правильно. В ходе исследования в большинстве случаев его участники, с одной стороны, продемонстрировали достаточно высокий уровень

представленности данного убеждения (14,95 при усреднённой норме 12), а с другой — сделали выбор в пользу прерывания беременности. Это может рассматриваться как результат того, что подобный выбор не рассматривался ими как «заслуживающий наказания».

В качестве основной терминальной жизненной ценности участники исследования выбрали «здоровье», далее следуют «любовь» и «счастливая семейная жизнь», и на третьем месте — «материально обеспеченная жизнь» (методика М. Рокича). Выбор «здоровья» как основной жизненной ценности позволяет понять, почему, принимая решение о прерывании беременности, испытуемые чаще всего использовали аргументы, связанные со здоровьем матери и ребёнка. Однако то, что на втором месте стоит такая ценность, как «любовь», противоречит тем решениям, которые они принимали при анализе конкретных ситуаций. Это может быть связано с тем, что ещё не родившийся ребёнок не воспринимается ни как объект любви, ни как уже присутствующий в этом мире член семьи. В результате, возникает вопрос о возможности в этой ситуации искренней и глубокой любви, так как, несмотря на принципиальную разницу между братской, материнской любовью, любовью к Богу, любовью между мужчиной и женщиной, любовью к природе, к миру, в основе её лежат единые принципы, установки, в целом, создающие ценности «культуры жизни».

Важными для осмысления результатов представляются и высказывания участников исследования в процессе работы. Стремление дать правильный, с точки зрения экспериментатора, ответ, желание получить «правильный ответ» уже после завершения исследования, попытки изменить своё решение после получения информации о том, что в предлагаемых ситуациях речь шла о появлении на свет людей, имена которых известны сейчас всему миру, говорят как о низкой ценности человеческой жизни как таковой, так и о выраженном преобладании конвенционального уровня нравственного развития (Колберг). Конвенциональный уровень нравственного развития предполагает, что человек совершает те или иные поступки в зависимости от того, какую пользу они приносят и какое отношение со стороны значимых людей они вызывают.

Работая над данным исследованием, мне удалось проанализировать 12 консультаций в интернете по этому вопросу. Во всех случаях позиция психологов была двойственной. В обобщенном виде её можно представить следующим образом: вначале психолог пишет о ценности уже зародившейся жизни и любви к ней, а затем — о праве женщины принять решение сохранять или не сохранять эту жизнь и о «ненужности» последующего переживания вины (типичная аргументация в этом случае: «Вы ещё молоды и не в состоянии справиться со всеми свалившимися на Вас трудностями», «у Вас ещё будут дети», «у Вас уже есть дети, которые Вас любят»). Таким образом, благо индивидуума ставится выше блага и самой жизни другого человека.

В целом, анализ результатов исследования позволяет сделать вывод о высоком уровне представленности норм релятивизма (все нормы и ценности относительны) и ценностей «культуры смерти» в среде тех людей, кто в силу специфики своей профессии, в значительной мере влияет на формирование жизненных ценностей других людей, в том числе и детей.

Литература

1. Мать Тереза. Слова любви. М.: «Триада», 2007.

ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ В ВУЗЕ

Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор; *Г. Г. Бурак*, канд. мед. наук, доцент; *А. В. Комушенко*, ассистент

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Проблемы воспитания личности в условиях высшего учебного заведения постоянно находятся в поле зрения специалистов, и для их решения уже многое сделано. Обучение и воспитание в вузе представляют собой единый про-

цесс, направленный на подготовку широкоэрудированных и культурных специалистов. И всё же, несмотря на организационные структуры, созданные для проведения воспитательной работы, и по сей день, часть студенческой молодёжи проявляет терпимое отношение к употреблению спиртных напитков, к наркотикам, сквернословию, курению, случайным половым контактам и др. Всё это способствует развитию пагубных привычек в студенческой среде. Часть студентов не усердствуют в учёбе, не проявляют должного интереса к освоению избранной профессии, отличаются низкой внутренней культурой. Это говорит о недостаточной эффективности наших воспитательных мероприятий или «заорганизованности» их.

Обеспокоенность духовно-нравственным воспитанием молодёжи проявляют не только светские высшие учебные заведения, но и Православная Церковь [4].

Среди молодёжи отмечается повышенный интерес к материальным благам, пренебрежение духовными качествами, что вызывает глубокий духовно-ценностный кризис в студенческой среде. У некоторых студентов существует стремление к богатству, комфорту, славе, успеху; бытует мнение, что деньги важнее совести, нет любви к ближнему. Как спасти душу молодёжи от нравственной деформации, от навязывания ложных ценностей, сделать молодёжь добрее, развить способность творить добро и быть невосприимчивой к злу?

Представляется необходимым проанализировать и, возможно, изменить педагогическое воздействие кураторов в этом направлении, чтобы повысить его результативность.

Цель исследования. Актуализация духовно-нравственно-го воспитания студенческой молодёжи.

Материалы и методы. Проведён анализ планов воспитательной работы кафедр и преподавателей, курирующих студенческие группы III–IV курсов лечебного факультета. Кроме этого, использовался метод опроса самих студентов. Социологический опрос среди студентов III–IV курсов проводился путём анонимного анкетирования. В опросе приняло участие 212 студентов.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что на III–IV курсах проводится большая учебно-воспитатель-

ная работа. Для её осуществления в университете создана организационная структура, в состав которой входят: отдел по воспитательной работе, деканаты, кафедры, профкомы сотрудников и студентов, Совет ветеранов БПСМ, студенческий и спортивный клубы, студенческие советы общежитий, оперативный молодёжный отряд, многотиражная газета «Медвузовец», информационные кабинеты [3]. Активизирована деятельность кураторов. В последние годы предотвращено скатывание молодёжи в сферу бездуховности [1]. Об этом свидетельствуют многие факты: улучшилась успеваемость по сравнению с прошлым годом, нет грубых нарушений дисциплины, аморальных проступков. Но не на всех кафедрах эта работа проводится успешно. Успех воспитательной работы со студенческой молодёжью зависит не только от кураторов, но и от каждого преподавателя, его активной позиции по отношению к студентам.

Социологические исследования и сравнительное изучение анонимных анкет показали, что в воспитательной работе мало внимания уделяется прививанию духовных идеалов и ценностей, гражданственности, трудолюбия, уважительного отношения к себе и окружающим. Необходимо расширить знания студентов о здоровье и здоровом образе жизни, т.к. у респондентов преобладают знания лишь о медицинских аспектах этой проблемы. При умелом педагогическом обучении и организации воспитательной работы среди студентов, проживающих в общежитии, они сами могут стать активными пропагандистами здорового образа жизни.

В этом плане большую роль выполняют органы студенческого самоуправления. Они успешно решают проблемы бытового устройства, здорового образа жизни, поддержания порядка, сохранения собственности общежития.

В литературе существует много методических подходов, которые позволяют представить основные этапы процесса становления духовно-нравственной культуры обучающихся в высшей школе [5]. Методологически важной является точка зрения представителей русской религиозной философии, согласно которой духовность — это определяющее свойство человека. Благодаря духовности, нравственные законы внут-

ри человека действуют более сильно, чем внешние обстоятельства [5].

Без духовного и нравственного оздоровления человека, без укрепления семьи невозможно разрешить никакие проблемы современности. В связи с этим видится полезным расширение сотрудничества государства с религиозными объединениями, а кураторов — со священниками.

Большинство респондентов отметило, что такие качества, как уважительное отношение друг к другу и к старшим, доброта, отзывчивость, они получают от своих родителей и учителей. Задача воспитателей и учителей состоит в том, чтобы воспитать студента нравственно и физически здоровым, хорошим профессионалом, гражданином и семьянином. Поэтому эта работа должна быть системной.

Во многом процессу становления студента способствует деятельность куратора. Он является первовоспитателем студентов. Наши кураторы обладают высокой нравственной культурой, гражданственностью и коммуникативностью. Все они, как правило, знают проблемы и дела группы. Студент ждёт от куратора доброты, заботливости, деликатного отношения, профессионализма, вежливого чувства юмора и других важных человеческих качеств.

Лучшие результаты в учебно-воспитательной работе отмечены у тех кураторов, которые применяют личностно-ориентированный подход, взаимодействуют со студенческим активом, проявляют доброту, отзывчивость и профессионализм.

Некоторые респонденты отмечают, что отрицательное воздействие на молодёжь оказывает не только безнравственное поведение взрослых, их сквернословие, но и растлевающая теле- и видеопродукция, которая проповедует культ духовного и физического разврата, безудержной наживы, дегуманизированные компьютерные игры и т.п. В таких условиях воспитываются молодые люди, эгоистически настроенные, чуждые духовной жизни и нравственным устоям, основанным на вере и любви. Воспитание и образование должны основываться на ценностях евангельской этики и морали.

Митрополит Санкт-Петербургский и Ладужский высокопреосвященнейший Иоанн писал: «Кто научил русского чело-

века быть верным — без лести, мужественным — без жестокости, щедрым — без расточительства, стойким — без фанатизма, сильным — без гордости, милосердным — без тщеславия, ревностным — без гнева и злобы? Церковь Православная!» Она всегда воспитывала добро и правду, милосердие и любовь, красоту и гармонию.

Сотрудничество между Православной Церковью и Министерством науки и образования, богословами и специалистами в области светской науки будет способствовать развитию духовного просвещения молодёжи, а также способствовать сохранению в обществе христианской нравственности и возрождению духовной традиции. Без духовной опоры невозможно ни жить, ни творить будущее. Особенно нынешнее общество нуждается в одухотворённых гражданах. К примеру, сотрудничество Минобрнауки России с Русской Православной Церковью, а также другими традиционными религиями демонстрирует положительную динамику, взаимодействие становится всё более тесным как в центре, так и в регионах [6].

Православная Церковь не может оставаться в стороне от процесса формирования у студентов духовно-нравственных ценностей в процессе изучения специальных дисциплин. Институты гражданского общества, светская власть и Церковь должны быть соработниками и партнёрами, ибо у них общие задачи.

Выводы:

1. Ключевой фигурой как в преподавании, так и в воспитании студенческой молодёжи, является педагог.
2. В духовно-нравственном воспитании студентов пока существуют трудности, которые преодолимы.
3. Для воспитания у студенческой молодёжи духовно-нравственных идеалов и ценностей необходимо развивать сотрудничество учреждений образования и Православной Церкви.

Литература

1. Бутрим Г. А. Современные приоритеты воспитания студенческой молодёжи. // Вышэйшая школа. 2001. № 4. С. 9–13.
2. Высокопреосвященнейший Иоанн, Митрополит Санкт-Петербургский и Ладужский. Будь всегда верен. // Православие и современность. М., 1993. С. 23.

3. Заяц В. И. Система управления воспитательным процессом в ВУЗе. // Высшая школа. 2001. №1. С. 47–49.

4. Сухотский Н. Н., Пухальская М. Ф. Без воспитания нет и не может быть образования. // Веснік адукацыі. 2008. № 6. С. 72–74.

5. Татаркина Н. Методологические основания концепции формирования духовно-нравственной культуры студенчества (на примере ВУЗов МВД России). // Альма-матер (Вестник высшей школы). 2007. № 2. С. 44–47.

6. Фурсенко А. Выступление министра образования и науки РФ. // Альма-матер (Вестник высшей школы). 2007. №2. С. 6–9.

О ЦЕЛОМУДРИИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Е. Д. Смоленко, канд. мед. наук, доцент

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

Актуальность. Актуальнейшей проблемой современности сегодня признаётся сохранение здоровья и восстановление нравственных устоев общества. В то же время глубокое недоумение вызывают как широкий диапазон терпимости граждан в отношении царящего «разгула» сексуальной вседозволенности, так и нежелание возвращаться к традициям христианского воспитания подрастающего поколения.

В средствах массовой информации и на светских сайтах сети Интернет можно встретить множество определений и трактовок столь значимого для педагога, врача и воспитателя понятия как «целомудрие».

Циничны и двусмысленны цитаты, обнаруженные нами в Википедии: «Культ девичества установили не женщины — потому что в этих делах они куда мудрее мужчин» (Лоренцо Валла); «Легко прощать врагов, когда не имеешь достаточно ума, чтобы вредить им, и легко быть целомудренным человеку с прищеватым носом» (Генрих Гейне); «Наивность — это родная сестра невинности и двоюродная — глупости» (Поль Декурсель); «Целомудренна та, которую никто не пожелал»

(Овидий); «Целомудрие — самое неестественное из всех сексуальных извращений» (Олдос Хаксли); «Невинность — идеал тех, кто любит лишать невинности» (Карл Краус); «Невинность — это пробуждающаяся чувственность, которая ещё не понимает себя» (Фридрих Геббель).

О чём подумает читающий эти строки подросток, если дома и на улице его окружают бездуховные, чёрствые люди? Как уберечь юную душу и оградить пылкий мозг молодого человека от тлетворного влияния цитируемых на сайте «мыслителей»? Незрелый ум воспринимает красочные картинки о красивой жизни, утрированно весёлые кинофильмы и клипы, пропагандирующие лёгкие отношения и «свободную» любовь как желанные и единственно правильные.

Однако и в этом соре можно найти несколько мудрых высказываний: «Небо всегда покровительствует невинности!» (Пьер Бомарше); «Разнузданная чувственность приводит к убеждению, что мир бессмыслен. Целомудрие, напротив, возвращает миру смысл» (Альбер Камю).

Как привить ребёнку, вступающему в мир взрослых, навыки отделения зёрен от плевел? Как сберечь в бушующем море соблазнов и страстей важнейшее качество юной души — целомудрие?

Целью настоящего исследования явилось изучение отношения к целомудрию в студенческой среде.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведено анонимное анкетирование студентов ВГУ им. П. М. Машерова, ВГТУ и учащихся Оршанского педагогического колледжа. В исследовании принимали участие 440 молодых людей в возрасте от 16-ти до 24-х лет, 220 девушек и 220 юношей.

Результаты исследования. Данные анкетирования свидетельствуют о том, что преобладающему большинству (89,7%) девушек знакомо понятие нравственной чистоты и целомудрия, ничего не знают либо не имеют ясного представления об этом 6,2% и 4,1% респонденток соответственно. Дать правильное определение и охарактеризовать термин «целомудрие» смогли 59,3% юношей. Абсолютно неосведомленными в этом вопросе оказались 30,6%, недостаточно осведомлены — 10,1% представителей «сильного» пола.

Соблюдают девственность 14,2% девушек и 15,1% юношей. Из числа имеющих сексуальный опыт студентов в официальном браке состоят только 5,1% девушек и 1,5% юношей.

Оказалось, что большинство (71,6%) девушек не считают девственность обязательным качеством будущего мужа. Безразлично к этому относятся 17,2% опрошенных студенток. По мнению только 11,2% респонденток это оказывает большое влияние на семейные отношения.

Для 48,7% молодых людей невинность их будущих жён очень важна, 25,1% относятся к этому безразлично, а 26,2% — отрицательно.

Большинство опрошенных (78,2% девушек и 71,3% юношей) планируют в будущем вступить в официальный брак, характеризуя его как более «надёжный», «крепкий» и несущий в себе «больше ответственности». 17,1% девушек и 32,2% юношей отдают предпочтение «гражданскому» браку, не ограничивающему их свободу. Сожительство в незарегистрированном браке с целью «лучше узнать друг друга» и последующее вступление в официальный брак выбирают для себя 4,7% девушек и 3,5% юношей.

Суждения молодёжи о значении девственности оказались неожиданными: необходимость её для сохранения репродуктивного потенциала женщины осознаёт половина (49,5%) опрошенных студентов и менее четверти (24,3%) студенток. Большая часть (66,2%) девушек и 44,4% юношей думают, что это не так уж и важно, 6,1% юношей и 9,5% девушек затрудняются с ответом.

Выводы:

1. Для большинства девушек и юношей понятие «целомудрие» не ново, однако его истинный смысл осознаётся немногими.

2. Стремясь к созданию в дальнейшем крепкой семьи, подавляющее большинство респондентов в настоящее время имеют внебрачные сексуальные отношения и не задумываются о последствиях такого образа жизни для них и их будущих детей.

3. Усилия педагогов, врачей и родителей, а также священнослужителей, должны быть направлены на воспитание молодёжи в традициях целомудрия, а не на пропаганду безопасного секса.

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ОСНОВ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ БУДУЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Е. Д. Смоленко, канд. мед. наук, доцент

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

Актуальность. Профессиональная деятельность в социальной сфере требует отзывчивости и внимания к человеку, сострадания и заботы, бескорыстия и готовности немедленно прийти на помощь. Эти душевные качества представляют собою фундамент, на котором в высшей школе возводится пирамида знаний будущего специалиста. Учебной программой предусмотрена подготовка специалистов в области социальных, психологических, политических, экономических, управленческих знаний, форм и методов социальной диагностики, профилактики, адаптации, реабилитации, коррекции, различных видов реадaptации [2]. Для повышения качества проводимой в нашем вузе подготовки социальных работников, профессиональная деятельность которых ориентирована на социо-медико-педагогическую помощь населению, следует обратить внимание на особенности преподавания им дисциплин медицинского профиля.

Материалы и методы. Обучение *основам медицинских знаний* в университете проводится по типовой программе,

утверждённой Министерством образования РБ в 2000 г., рассчитанной на 160 учебных часов. В традиционный курс включаются разделы: «Доврачебная помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях», «Уход за больными», «Инфекционные заболевания», «Доврачебная помощь при травмах и хирургических заболеваниях», «Охрана материнства и детства» [4].

Результаты и их обсуждение. Основным недостатком учебной программы является её унифицированность и шаблонность. Ориентированная на подготовку будущих учителей, она составлена без учета профессиональных особенностей и профиля факультетов. Потребности в медицинских знаниях у будущих социальных работников и физиков, у биологов и художников несопоставимы [3]. Более того, университетская подготовка некоторых специалистов нового профиля («социомедико-педагогическая деятельность», «физическая реабилитация и эрготерапия») осуществляется на базе среднего специального медицинского образования, что требует существенной коррекции учебных планов и программ.

В процессе обучения будущих социальных работников, не имеющих медицинского образования, следует акцентировать их внимание на основополагающих моментах практической медицины: уход за больными людьми и инвалидами, личная и общественная гигиена, гигиена питания и культура приема пищи, сексуальная культура, профилактика венерических заболеваний, противоэпидемические мероприятия, борьба с курением и распространением наркотиков. Во время практических занятий должны детально обсуждаться принципы и формы организации медицинской помощи престарелым и людям с ограниченными возможностями. Приобретённые знания и навыки могут закрепляться во время прохождения преддипломной практики.

Формированию активной жизненной позиции будущих работников социальной сферы помогает комплексный подход к преподаванию основ медицинских знаний с использованием инновационных педагогических технологий и активных методов обучения. Уходя от традиционной технологии репродуктивного обучения, предполагающей пассивное усво-

ение предмета, мы стимулируем активное участие студентов в изучении предмета. Для этого используются современные технологии, основанные на применении различных методов активации познания: коллективная мыслительная (коммуникативная) деятельность, адаптивное проблемное обучение, блочное обучение, обучение в сотрудничестве, игровое обучение и др.

Необходимость совершенствования процесса преподавания медицины остро ощущается при работе со студентами заочной формы обучения факультета социальной педагогики и психологии, которые работают в различных лечебно-профилактических учреждениях Республики и профессиональные интересы которых широко варьируются. Основы медицинских знаний усвоены ими ещё в колледже и закреплены на практике. Новая специальность, приобретаемая в вузе, расширяет профессиональный кругозор и требует знаний в незнакомой для большинства из них области — социальной медицине, изучающей проблемы общественного и индивидуального здоровья, а также определяющие здоровье факторы. Она же разрабатывает рекомендации по укреплению здоровья отдельных групп населения и улучшению деятельности медицинских учреждений.

Основатели социальной медицины определяли её как «науку об общественном здоровье и здравоохранении», основными задачами которой являются:

- изучение влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье различных групп населения;
- разработка научно обоснованных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных социальных условий и факторов;
- разработка оздоровительных мероприятий для повышения уровня здоровья населения.

Назначением социальной медицины и управления здравоохранением как науки и учебной дисциплины, изучаемой в высших медицинских учебных заведениях, является оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация. Поэтому её называют ещё «наукой о стратегии и тактике здравоохранения» [1].

Будущие специалисты в области социальной медицины должны изучить такие узловые моменты дисциплины, как история и теоретические проблемы здравоохранения; состояние здоровья и методы его изучения; организация медико-социального обеспечения и медицинского страхования; организация медицинской помощи населению; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; экономические и планово-организационные формы совершенствования здравоохранения, менеджмент, маркетинг и моделирование медицинских услуг; международное сотрудничество в области медицины и здравоохранения.

Следует ознакомить студентов с такими важнейшими методами медико-социальных исследований, как исторический метод, метод динамического наблюдения и описания, санитарно-статистический метод, методы медико-социологического анализа, экспертных оценок, системного анализа и моделирования, организационного эксперимента, планово-нормативный метод и др.

С первых шагов профессиональной деятельности молодые люди должны знать, что объектами медико-социальных исследований являются:

- группы лиц, население административной территории;
- отдельные учреждения (поликлиники, стационары, диагностические центры, специализированные службы);
- органы здравоохранения;
- объекты окружающей среды;
- общие и специфические факторы риска различных заболеваний и др.

Обобщая и интегрируя знания, полученные на разных кафедрах, специалист социальной сферы знакомится с приоритетными проблемами здравоохранения, каковыми в последние годы признаются:

- охрана материнства и детства;
- становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды;
- медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования;

- внедрение в практику принципов семейной медицины;
- совершенствование подготовки медицинских кадров.

Особое внимание уделяется нами учебно-исследовательской работе на основе активных методов: самостоятельному изучению научной литературы, поиску информации в сети Интернет, тестированию знаний с применением компьютерной техники, решению ситуационных задач. Студенты с большим интересом занимаются научно-исследовательской работой, изучая пути профилактики заболеваний. Рефераты по проблемам здорового образа жизни, рецензируемые преподавателем, нередко используются ими в практической деятельности по окончании вуза.

Литература

1. Лучкевич В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учебное пособие. СПб: СПбГМА, 1997.

2. Семерикова М. Г. Проблемы подготовки специалистов социальной сферы // Формирование профессиональной культуры специалистов социальной и образовательной сфер: Материалы международной научно-практической конференции. Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2007. С. 270–272.

3. Смоленко Е. Д. Изучение основ медицинских знаний как основное условие формирования профессиональной культуры социального работника // Формирование профессиональной культуры специалистов социальной и образовательной сфер: Материалы международной научно-практической конференции. Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2007. С. 269–270.

4. Учебная программа для педагогических специальностей высших учебных заведений «Основы медицинских знаний», утверждённая Министерством образования Республики Беларусь 19.12.2000 г. Регистрационный №ТД-89/тип.

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И АГРЕССИИ У УЧАЩИХСЯ ВЫПУСКНЫХ КЛАССОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА В МОМЕНТ СМЕНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

О. М. Синявская, студ. 5-го курса биологического ф-та,
М. А. Шербакова, преподаватель кафедры анатомии,
физиологии и валеологии человека человека

Научные руководители: препод. кафедры анатомии,
физиологии и валеологии человека *М. А. Шербакова*,
д-р биол. наук, профессор *И. М. Пришепа*

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

Календарный или хронологический возраст не является достаточным критерием состояния здоровья человека. Поэтому для характеристики темпов развития организма было предложено понятие «биологический возраст». Биологический возраст является показателем истинного уровня жизнеспособности и общего здоровья организма. Он определяется как совокупность показателей состояния индивида по сравнению с соответствующими показателями здоровых людей этого же возраста данной эпохи, народности, географических и экономических условий существования [1].

Актуальность. Изучение биологического возраста и агрессии является актуальной медико-биологической проблемой, так как в системе образования РБ произошёл быстрый переход с двенадцатилетнего на одиннадцатилетнее образование.

Проявление агрессии в учебных заведениях является проблемой, которая всё больше волнует учителей и родителей. Перед ними стоит задача коррекционной работы с лицами, которые более агрессивны по сравнению с другими. Но как определить это «более» или «менее»? Ответ на этот вопрос невозможен определения понятий «агрессия» и «агрессивность».

Под агрессивностью понимается свойство личности, которому присуще наличие деструктивных тенденций, в основном, в области субъектно-субъектных отношений. Деструктивный компонент человеческой активности необходим в созидательной деятельности, так как потребности индивидуального развития с неизбежностью формируют в людях способность к устранению и разрушению препятствий, преодолению того, что противодействует этому процессу.

Как и всякое свойство, агрессивность имеет различную степень выраженности. Отсутствие её приводит к пассивности, ведомости, конформности личности. Чрезмерное развитие начинает определять весь облик личности, которая может стать конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию. Сама по себе агрессивность не делает субъекта сознательно опасным, так как, с одной стороны, существующая связь между агрессивностью и агрессией не является жёсткой, а с другой — сам акт агрессии может не принимать сознательно опасные и неодобряемые формы.

Можно выделить два основных типа агрессивности: 1) мотивационная агрессия, как самооценочность и 2) инструментальная агрессия, как средство. При этом подразумевается, что и та и другая могут проявляться как под контролем сознания, так и вне его, и сопряжены с эмоциональными переживаниями (гнев, враждебность).

Цель. Оценить биологический возраст и агрессию у учащихся выпускных классов крупного промышленного центра в момент перехода с двенадцатилетнего на одиннадцатилетнее образование.

Задачи исследования:

1. Экспериментально выявить биологический возраст подростков в УО с военно-патриотическим профилем обучения.
2. Экспериментально выявить индексы враждебности и агрессивности.
3. Выявить закономерности влияния биологического возраста на агрессию.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в одиннадцатых классах средней школы №21 г. Витебска в момент смены государственной системы образования.

В исследовании приняли участие 24 юноши: 14 учеников из одиннадцатого военно-патриотического класса, обучающихся по двенадцатилетней системе образования, и 10 учеников из одиннадцатого военно-патриотического класса, обучающихся по одиннадцатилетней системе образования.

Школьникам были предложены: опросник биологического возраста и вопросник Басса-Дарки (для определения индекса агрессии и враждебности). Опросник биологического возраста состоит из 28 вопросов, посвященных самооценке здоровья. Вопросник Басса-Дарки состоит из 75 критериев [2, 3].

Результаты исследования. Согласно проведённому нами анализу, биологический возраст в военно-патриотическом классе обучающихся по двенадцатилетней системе образования варьируется в пределах от 20,5 до 35,9 лет, тогда как хронологический возраст учащихся составляет 16–17 лет. Результаты исследования биологического возраста в военно-патриотическом классе обучающихся по одиннадцатилетней системе образования варьируется от 15 до 26,85 лет, тогда как хронологический возраст составляет 17–19 лет. Значительное несоответствие биологического и хронологического возрастов у выпускников военно-патриотического класса, обучающихся по системе двенадцатилетнего образования, может свидетельствовать о необходимости интенсивного овладения школьниками умениями и навыками по предметам общеобразовательного курса, по подготовке военно-патриотической программы в результате резкого изменения в системе образования, когда осуществляется переход с двенадцатилетнего обучения на одиннадцатилетнее.

Проведённое нами исследование с использованием опросника Басса-Дарки показало наличие индексов враждебности и агрессивности. Индекс враждебности у учащихся военно-патриотического класса, обучающихся по двенадцатилетней системе образования: 57% с нормальным уровнем враждебности и 43% с повышенным уровнем враждебности. В военно-патриотическом классе обучающихся по системе одиннадцатилетнего образования данный показатель составляет 80% с нормальным уровнем враждебности и 20% — с повышенным. Индекс агрессивности в военно-патриотиче-

ском классе среди обучающихся по двенадцатилетней системе образования и обучающихся по одиннадцатилетней системе соответственно имеют процентное соотношение 36 и 60.

Вывод. Установлено превышение биологического возраста над хронологическим в военно-патриотическом классе среди выпускников, обучающихся по двенадцатилетней системе образования.

Литература

1. Малах О. Н. Курс лекций по медико-социальным основам здоровья. Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2005. С. 95.

2. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. Кн. 2. С. 240–246.

3. Калюнов В. Н., Миклуш Т. А. Практикум по физиологии человека и животных. Мн.: БТПУ, 2004. С. 132.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

*М. А. Шербакова, препод. кафедры анатомии,
физиологии и валеологии человека,*

*А. В. Садовская, студ. 5-го курса биологического ф-та
Научные руководители: д-р биол. наук, профессор,
зав. кафедрой анатомии, физиологии и валеологии человека*

*И. М. Пришепа, преподаватель кафедры анатомии,
физиологии и валеологии человека*

*М. А. Шербакова
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Актуальность. Проблема здоровья и здорового образа жизни подрастающего поколения считается в Беларуси наиболее острой и первоочередной. С каждым годом растёт ко-

личество детей с нервными и аллергическими заболеваниями, болезнями органов дыхания и эндокринной системы. По данным белорусских исследователей только 10% выпускников общеобразовательных школ могут считаться здоровыми, 50% имеют морфофункциональную патологию, 40% — хронические заболевания. В настоящее время изучение распространения курящих среди школьников и влияния данной привычки на состояние дыхательной системы является актуальной медико-биологической проблемой. Особенно это касается школьников, проживающих в экологически неблагоприятных условиях окружающей среды. Для нашего исследования была выбрана именно эта возрастная категория, т.к. подростки являются пластичной системой, на которую, в первую очередь, влияют факторы внешней среды, в связи с тем, что в этом возрасте происходит гормональная перестройка организма.

Цель. Изучение влияния курения на состояние дыхательной системы подростков, проживающих в экологически неблагоприятных условиях окружающей среды.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе средней школы №31 г. Витебска. Витебск является крупным промышленным центром с развитой инфраструктурой и большим количеством техногенных факторов, оказывающих влияние на состояние дыхательного аппарата у подростков. Было обследовано 65 учеников (28 девушек и 37 юношей) в возрасте 15–18 лет, обучающихся по одиннадцатилетней и двенадцатилетней программам обучения. Нами осуществлялся комплексный анализ состояния здоровья, результатов осмотра, эпидемиологический анализ распространения дыхательных патологий, были использованы: спирометрическая методика, тестирование и анкетирование, в частности, оценка осведомлённости школьников о вреде курения.

Результаты исследования. В процессе исследования было установлено, что вблизи промышленных предприятий проживают 73% подростков, а рядом с крупными магистральными автомобильными дорогами — 90%. Хронические заболевания были выявлены у 56% респондентов, при этом на дыха-

тельную систему приходилось 46%. Это свидетельствует о преобладании дыхательных заболеваний над остальными нозологическими формами.

Нами было установлено, что за последний год один раз переболели острыми респираторными заболеваниями 49% учащихся; 2–4 раза — 48%; более 5 раз — 15%. Острые респираторные заболевания неблагоприятно воздействуют на организм подростков, ослабляют его защитные силы, могут вызывать тяжёлые осложнения (воспаление лёгких, среднего уха, поражение почек, сердца, мозга).

Изучение аллергического статуса позволило получить следующую картину: аллергическая реакция обнаружена у 51% учащихся, в частности, на пищевые продукты — у 33%, на пыльцу растений — у 18%.

При проведении исследования было выявлено, что физические нагрузки, включая занятия спортом в различных секциях, испытывают 64% респондентов. Это представляется важным, т.к. занятия спортом оказывают тренировочное воздействие на состояние дыхательной мускулатуры.

Употребляют в пищу биологически активные добавки (включая витаминные комплексы), то есть восполняют нехватку витаминов в суточном рационе 68% подростков.

Чрезвычайные эмоциональные нагрузки, ухудшающие общее состояние организма, испытывают 50% учащихся (из них курящих — 38%, некурящих — 12%). В состоянии стресса находятся 55% анкетированных (27% юношей, 28% девушек).

Несмотря на то, что подавляющее большинство респондентов (94%) не сомневаются в том, что курение вредит здоровью, пристрастие к табаку по-прежнему широко распространено. По данным нашего исследования курят 84% учащихся. Курение больше характерно для юношей (48%), чем для девушек (36%). Стаж курения составляет: 1 год — 32% (девушки — 25%, юноши — 7%); 2 года — 25% (девушки — 17%, юноши — 8%); 3 года — 19% (девушки — 3%, юноши — 16%). Злостными курильщиками со стажем более 4 лет являются 8% опрошенных (юноши). Но даже непродолжительный опыт курения приводит к формированию психологической и/или физической зависимости.

Причинами, которые послужили побуждающим мотивом к курению, являются следующие: «курят друзья» — 33%, «ради интереса» — 22%, «помогает успокоиться» — 11%. Расслабляющий эффект табакокурения широко известен не только взрослым, но и подросткам. Никотин считается эффективным и доступным средством борьбы со стрессом, что якобы помогает курильщику легко обрести контроль над собой и своими эмоциями. «Подражание взрослым» как побуждающий мотив к курению назвали 11% респондентов. Этот факт указывает на желание подростков выделиться, улучшить свой социальный статус среди сверстников и в глазах окружения, в глазах противоположного пола, так как курение является самым известным, широко разрекламированным, не осуждаемым окружающими и не требующим особых усилий атрибутом поведения взрослого человека. Подражают своим сверстникам и родственникам по 2% школьников соответственно.

Опасность курения связана с тем, что табак, являясь наиболее дешёвым, доступным и мягким наркотиком, создает иллюзию безвредности. По данным ВОЗ, табакокурением обусловлено примерно 90% всех случаев рака лёгких, 75% хронических бронхитов и эмфизем. Курящими подростками не учитывается тот факт, что отрицательное влияние курения усиливается при воздействии на организм неблагоприятных факторов окружающей среды, что имеет место как в республике в целом, так и в Витебском регионе, в частности.

Выводы. Причинами, способствующими курению, являются: 1) психологические факторы — любопытство, потребность в экспериментировании, желание казаться сильным, подражание взрослым, социальное окружение (пример и отношение родителей, старших братьев и сестёр, давление товарищей, пример «ключевых взрослых» — преподавателей, тренеров, знаменитых спортсменов, артистов); 2) физиологические факторы — эффект никотина и оксида углерода и длительность фазы экспериментирования; 3) формирование у подростков и в юношеском возрасте непреодолимого влечения к курению табака, что помогает им преодолеть барьер застенчивости и стыдливости.

Всего 13–15% всех детей в школьной популяции могут считаться здоровыми, 56% — имеют хронические заболевания. Такое состояние здоровья подрастающего поколения является потенциальной угрозой безопасности страны, а следовательно, разработка мер по его укреплению представляется важнейшей социальной задачей государства.

Перспективными направлениями представляются организация квалифицированной помощи для молодёжи по вопросам здорового образа жизни, создание специальных образовательных программ, проведение социально-просветительских мероприятий, способных сориентировать молодёжь, помочь ей усвоить способы поведения, позволяющие вести здоровый образ жизни, воспитать чувство ответственности и стремление заботиться о своём здоровье.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

М. А. Шербакова преподаватель кафедры анатомии,
физиологии и валеологии человека,

В. Ю. Павловская, студ. 5-го курса биологического ф-та

Научные руководители: д-р биол. наук, профессор,
зав. кафедрой анатомии, физиологии и валеологии человека

И. М. Пришепа, препод. кафедры анатомии, физиологии
и валеологии человека *М. А. Шербакова*

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

Актуальность. На сегодняшний день существуют многочисленные определения понятия здоровья. По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов.

В настоящее время доказано, что здоровье человека во многом зависит от его образа жизни, но также немаловаж-

ное значение учёные придают и факторам окружающей среды, которые могут оказывать как благоприятное, так и неблагоприятное воздействие на организм человека, в частности, на организм школьника.

Среди факторов, влияющих на здоровье школьников, можно выделить такие, как: экологические (солнечная радиация, состав питьевой воды, влажность, чистота воздуха), социокультурные (семейные условия жизни и воспитание), биологические (наследственность, состояние здоровья матери во время беременности, нарушение состояния здоровья новорождённого), педагогические [2].

Стойкая тенденция ухудшения здоровья школьников связана не только с экономическим состоянием, но и с нарастающим масштабом загрязнения окружающей среды, увеличивающим риск возникновения болезней.

На протяжении последних лет растёт численность детей с хронической патологией и функциональными отклонениями, высокой остаётся острая заболеваемость. В структуре заболеваний прослеживается тенденция значительного роста болезней дыхательной системы, возникновение аллергий, как на пищевые продукты, так и на пыльцу растений.

Проблема здоровьесберегающего образования среди школьников в условиях крупного промышленного города является актуальной медикобиологической проблемой на современном этапе. В связи со сложной обстановкой в отношении здоровья школьников, одним из важнейших направлений государственной политики Республики Беларусь в области сохранения и укрепления здоровья является формирование здорового образа жизни у детей и подростков.

Цель. Оценка здоровья школьников и разработка профилактических мероприятий по его оптимизации и формированию здорового образа жизни в условиях крупного промышленного города.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач рассматривалось состояние здоровья школьников, обучающихся в 11 классах средней школе №31 г. Витебска, который является крупным промышленным центром Республики Беларусь. В данном исследовании принимало участие

65 школьников: 29 юношей и 36 девушек в возрасте от 16 до 18 лет. Средний возраст учащихся составил 17 лет. Проводилась комплексная оценка состояния здоровья, включающая осмотр, определение физиологических показателей, анкетирование.

Разработка профилактических мероприятий по оптимизации и формированию здорового образа жизни проводилась с участием будущих специалистов валеологов, обучающихся в УО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова» на 5 курсе биологического факультета. В исследовании приняло участие 25 студентов, среди которых трое мужчин и 22 девушки. В ходе данного исследования были разработаны цели, задачи, функции и планы валеологической работы в условиях средних общеобразовательных школ крупного промышленного центра, среди которых:

1) разработка планов валеологических бесед по формированию здорового образа жизни; 2) разработка плана работы учителя-валеолога; 3) разработка валеологической программы, направленной на формирование здорового образа жизни у различных групп школьников.

Результаты исследования. По данным исследования, у 43% процентов школьников были обнаружены хронические заболевания, в частности, хронические патологии дыхательной системы выявлены у 38% школьников, аллергические реакции регистрируются у 26% (аллергия на пищевые продукты у 18%, на пыльцу растений — у 15%).

По состоянию здоровья школьники распределены на три группы здоровья. Первая группа здоровья включает совершенно здоровых школьников, не имеющих никаких отклонений в состоянии здоровья. Ко второй группе относятся учащиеся, имеющие небольшие отклонения в состоянии здоровья. Третья группа включает школьников, имеющих значительные отклонения в состоянии здоровья [1].

В результате комплексной оценки состояния здоровья школьников было установлено, что абсолютно здоровых учеников, относящихся к первой группе здоровья, всего 4,6%. Школьников, относящихся ко второй группе — 83,1%, к третьей — 12,3%.

После проведения валеологических семинаров и круглых столов с будущими валеологами, учителями-биологами и администрацией школ были разработаны методы профилактической работы, направленные на сохранение и укрепление здоровья школьников в условиях крупного промышленного города. К таким методам, по нашему мнению, относятся:

1) разработка комплекса мер по охране и укреплению здоровья школьников;

2) постоянный мониторинг состояния окружающей среды;

3) проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предусматривающих очистку выбросов в атмосферу и сбросов в водоёмы с помощью очистных устройств;

4) государственная и общественная поддержка программ, разработанных с целью сохранения и укрепления здоровья школьников;

5) оптимизация качества воспитания и образования школьников на основе учёта их индивидуальных особенностей;

6) разработка различных новых программ и здоровьесберегающих технологий, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьников;

7) постоянный мониторинг состояния здоровья школьников, включающий периодический осмотр валеолога и специалистов медиков;

8) проведение анкетирования и использование различных тестовых методик;

9) своевременное осуществление медико-физиологического и психолого-педагогического мониторинга за состоянием здоровья школьников;

10) внедрение здоровьесформирующего обучения и воспитания учащихся в работу школьного валеолога, медицинского персонала, учителей биологии, химии и других предметников, школьной администрации;

11) проведение различного рода спортивных мероприятий, направленных на укрепление здоровья школьников;

12) организация мероприятий для родителей по проблеме формирования здорового образа жизни среди молодёжи.

Выводы. В ходе данного исследования было выявлено плохое состояние здоровья школьников в крупном промышленном

центре. В результате проведённой работы был обнаружен незначительный процент абсолютно здоровых школьников — 4,6%. Большую группу составляют школьники, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья — 83,1%.

Наличие хронических болезней у исследуемых было выявлено в 43% случаев. Первое место в структуре хронических патологий у школьников занимают заболевания дыхательной системы (38%), второе место — аллергия (26%), в частности, аллергия на пищевые продукты у 18% опрошенных, на пыльцу растений — у 15%.

Литература

1. Олешкевич Е., Малахова А. Здоровье школьников: проблемы и пути решения // *Здоровы лад жыцця*, 2008. №8. С. 24–26.
2. Маталыга А. Здоровый образ жизни // *Здоровы лад жыцця*, 2008. №3. С. 50–52.

РАДИОФОБИЯ И РАДИАЦИОННЫЙ СТРЕСС И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

А. Ф. Хлопцев

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

Фобии — навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, сопровождающиеся вегетативными дисфункциями. Радиофобия — это боязнь облучения в самых незначительных дозах, намного меньших любой научно обоснованной степени риска. У человека нет органов чувств, определяющих радиационную опасность. Человек реагирует на цвет, изменение температуры, запах, а вот установить, присутствует или нет ионизирующее излучение, не может и поэтому не может инстинктивно защитить себя. В этом одна из частых причин радиофобии. Радиофобия характеризуется тем, что самые обычные недомогания людей связываются с последствиями аварии на ЧАЭС: чихнул человек,

а ему уже кажется, что он наглотался радиоактивной пыли; у ребёнка расстроился желудок, а родителям уже чудится, что в его кишечнике осел цезий и т.д.

Стресс, или общий адаптационный синдром, — это совокупность приспособительных реакций организма при действии какого-либо чрезвычайного. Последствия воздействия на человека различных травматических событий (войны, природные катастрофы — наводнения, землетрясения и т.д.) приводят к развитию посттравматического стрессового расстройства (PTSD). После Чернобыльской катастрофы стали говорить о появлении радиационного стресса (социально-радиоэкологического стресса). На загрязнённых радионуклидами территориях до сих пор общий социально-психологический фон остаётся неблагоприятным. Основными стрессогенными факторами на этих территориях являются: значительное радиационное воздействие на людей; наличие у большинства населения опасений за состояние своего здоровья и благополучие семьи; резкое изменение условий существования (переселение, смена работы, ломка устоявшегося уклада жизни и др.); недостаточность и неодинаковость социальных льгот; недостаточность и разноречивость информации о реальной радиационной обстановке; эмоциональный диссонанс, вызываемый периодически возникающими слухами, сплетнями, тревожными ожиданиями.

Радиационный стресс относится к разряду как эмоциональных, так и информационных стрессов. Первый — это состояние повышенной напряжённости, возникающее в условиях угрозы, опасности; он имеет место тогда, когда нормальная адаптивная реакция оказывается недостаточной. Информационный стресс возникает в ситуациях значительных информационных перегрузок, когда человек не справляется с переработкой поступающей информации и не успевает принимать правильные решения. Чаще всего в стрессовой ситуации информационные и эмоциональные стрессоры неразделимы. Несмотря на то, что основным условием возникновения стресса является наличие угрозы, течение его в первую очередь зависит от индивидуальных особенностей человека.

Среди свойств личности, обуславливающих вероятность возникновения стресса, ведущее место занимает тревожность,

проявляющаяся в виде разнообразных психических реакций, известных как реакции тревоги (ошущение неосознанной угрозы, чувство опасения и тревожного ожидания, чувство неопределённого беспокойства). Тревожность после аварии нарастала, принимая массовый характер.

В начальный период после Чернобыльской катастрофы радиационный стресс проявлялся в виде двух типов адаптационных синдромов.

К первому относится «повышенная соматизация тревожных ожиданий», иными словами, «бегство в болезнь», переживание радиационного риска и опасности для здоровья и жизни людей. Этот синдром не оформляется в ожидание конкретного заболевания, а проявляется в боязни возможного негативного влияния радиации на здоровье вообще. У 22–24% обследованных (по данным научно-практических конференций) обнаружилось ярко выраженные ипохондрические тенденции — склонность к чрезмерной озабоченности своим здоровьем (особенно среди людей старше 50 лет).

Ко второму типу адаптационных синдромов относится обесценивание потребностей, так называемая социально-психологическая апатия. Это проявляется в безвольном привыкании к экстремальным условиям жизни в радиационно загрязнённых местностях, к психическому состоянию жертвы. Ответственность за тяжесть жизни возлагается на власти. Считается, что власти не проявляют обеспокоенность состоянием здоровья населения, проблемами в обеспечении лекарствами, в несправедливом распределении денежной компенсации и т.д.

Наблюдается также «синдром безвольного привыкания к экстремальным условиям существования в радиоактивно загрязнённых районах» (apatия, безвольность, обречённость, обесценивание потребностей). Происходит фиксирование социально-психологического состояния на неприятных травмирующих переживаниях (появляется чувство безысходности). Указанные типы психических реакций при появлении новых или акцентуировании прежних тревожных впечатлений, негативного ожидания способны трансформироваться в процесс дезадаптации.

Усилился и специфический тип посттравматического стрессового синдрома — фиксация на неприятных пережи-

ваниях ,травмирующих психику. Это, прежде всего, пессимизм в оценке будущего (у 72% населения), фиксация тревожных ожиданий роста цен, низкой зарплаты, низкого качества медицинского обслуживания (у 80% населения). Пессимистичность в восприятии действительности и её пролонгации в будущем сильнее выражена у женщин и пожилых людей.

Существенной особенностью психотравматических расстройств после катастрофы на ЧАЭС явилось значительное повышение уровня хронических заболеваний. Здесь возникает двусторонняя зависимость — соматическая патология углубляет психические расстройства, а обострение психической симптоматики ухудшает соматическое состояние личности. У значительной части населения в районах радиоактивного загрязнения сформировалась обеспокоенность состоянием своего здоровья (в наиболее пострадавших районах — Брагинском, Хойникском, Чечерском этот синдром тревоги за своё здоровье наблюдался соответственно у 84,2%, 88,3% и 76,1 % населения).

Таким образом, влияние хронического радиационного стресса многопланово и затрагивает практически все стороны жизни людей — от состояния здоровья до нарушения социальной адаптации.

Проявления хронического радиационного стресса в последнее время не уменьшаются. Это связано с намечающимся строительством в Республике Беларусь атомной электростанции. Кроме того, по данным МАГАТЭ, к 2020 г. в мире будет построено до 130 новых ядерных энергоблоков. И хотя современные атомные технологии удовлетворяют требованиям безопасности, население относится к строительству АЭС как к реальной опасности. Так, при опросе студентов на младших курсах за строительство АЭС высказалось 40%, против — 30%, а на старших курсах соответственно 20% и 50%.

Для снижения последствий радиационного стресса нужно уменьшить действие стрессогенных факторов. Это, прежде всего, достоверная информация о радиологическом состоянии окружающей среды (проведение мониторинга), улучшение условий существования, обеспечение условий безопасного проживания и безопасной трудовой деятельности, проведение мероприятий по снижению внешнего и внут-

ренного облучения, улучшение медицинской и психологической помощи, реабилитация загрязнённых территорий. Непосредственно для борьбы со стрессом можно рекомендовать проведение релаксационных упражнений, дыхательных упражнений, упражнений по концентрации, аутотренинга, чередование труда и отдыха, ведение здорового образа жизни.

Литература

1. Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф. I, II и III Международные медицинские конференции. Мн., 1994–1996.

ЗНАЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СИСТЕМЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ

Т. А. Ампилогова

Муниципальная гимназия №34

г. Орёл (Россия)

М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук, доцент

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

Известно, что бесперебойные систематические учебные занятия в школе отрицательно влияют на здоровье детей. К концу обучения возрастает число учащихся с нарушениями опорно-двигательной системы, зрения, увеличивается число больных хроническими заболеваниями. Врачи и педагоги, физиологи и гигиенисты, валеологи и психологи прилагают усилия к тому, чтобы уменьшить отрицательное влияние факторов, возникающих в процессе обучения. Например, недостаток движения: как только ребёнок садится за парту, показатели минимального артериального давления крови повышаются приблизительно на 10 мм. рт. ст., а следовательно, уменьшается снабжение кровью и кислородом всех тканей, и в том числе, головного мозга.

Мы представляем результаты работы, которая проводится в муниципальном общеобразовательном учреждении гимназия №34 г. Орла (Россия), направленной на сохранение здоровья учащихся в процессе учёбы.

Гимназия №34 является особым образовательным учреждением, администрация которого делает основной уклон на физическое здоровье учащихся, на формирование у них здорового образа жизни и высокого интеллектуального уровня. Это гимназия спортивно-информационного профиля, где школьники занимаются физической культурой 4 раза в неделю с пятого по четвертый класс, 5 раз в неделю в среднем звене и 6 раз в неделю в старших классах. Кроме того, на каждой параллели, начиная с четвёртого класса, имеются специализированные классы, занимающиеся по линии ДЮСШ-3 футболом. Эти классы, кроме двух часов физической культуры в неделю, имеют специальную дополнительную программу с недельной нагрузкой в 20 часов (5–9 классы) и 24 часа (10–11 классы). Помимо занятий на уроках, учащиеся гимназии выбирают спортивную специализацию (баскетбол, волейбол, скалолазание, спортивный туризм, спортивное ориентирование, топография). В старшем звене введены дополнительные элективные курсы по физической культуре (баскетбол и лёгкая атлетика), ведутся элективные предметы (психология спорта, медико-санитарная подготовка).

Анализ состояния здоровья детей за последние 3 года, исходя из деления на группы здоровья, показывает, что с 2005–2006 учебного года по 2007–2008 учебный год количество учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, в 1–4 классах сократилось с 19 до 17 учащихся; в 5–8 классах — с 43 до 34 учащихся, и в 10–11 классах — с 18 до 16 учащихся. В 2005 г. показатель индекса Руфье был равен 8,7, а в 2008 г. — 8,5, что лучше общероссийских (18) и среднеобластных (16). Эти показатели являются объективными, т.к. углубленный медицинский осмотр учащихся проводят специалисты областного врачебно-физкультурного диспансера.

Сократилась численность учеников, освобождённых от физической культуры засчёт перехода в специальную медицинскую группу, что обусловлено реальной пользой, которую приносят эти занятия, позволяющие за период обучения пе-

рейти в подготовительную и основную группу для занятий физической культурой, т.е. улучшить качество здоровья.

Учащиеся 9-х и 11-х классов сдают экзамены по физической культуре, включающие в себя практическую и теоретическую части.

Правильность сочетания общего образования с ежедневными занятиями физкультурой и спортом подтверждается как показателями стремления учащихся к получению знаний и заботы о своей дальнейшей судьбе, так и спортивными показателями.

Выводы:

1. Ежедневные занятия физкультурой в процессе обучения позволяют не только сохранить качество здоровья учеников, но и улучшить его за счёт перехода из групп для детей, имеющих заболевания (спецгрупп), в группу подготовительную, в которой занимаются дети с функциональными нарушениями, и в основную группу — для здоровых детей.

2. Занятия физкультурой и спортом помогают повысить интеллектуальный уровень учащихся, воспитывают волю и целеустремленность.

3. Показатели здоровья учащихся гимназии №34 г. Орла выше общероссийских и среднеобластных.

ПРОБЛЕМА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

А. Н. Дударев

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

Одним из главных ориентиров современного общества является состояние здоровья человека, особенно подрастающего поколения. Увеличение количества часто и длительно болеющих детей, особенно «аномальных», имеющих значительные отклонения в состоянии здоровья, требует пересмотра

целей, задач и методики физического воспитания детско-юношеского контингента.

В уставе ВОЗ записано, что *«здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков»*. Соответственно, для характеристики состояния больного, а также эффективности его лечения в качестве интегрального показателя логично предложить использовать *понятие качества жизни (КЖ) как меры субъективного ощущения здоровья, включающее самооценку физического, эмоционального и социального статуса пациента*.

Представление о КЖ как одной из характеристик функционального состояния организма больного человека имеет более чем полувековую историю. Разработка концепции КЖ при хронических соматических заболеваниях, унификация и стандартизация подходов к изучению КЖ — это актуальные научно-практические проблемы, над которыми работает ВОЗ, ряд других международных некоммерческих организаций, периодических изданий, специализирующихся на вопросах КЖ. Таким образом, в мире оформилось самостоятельное научно-практическое направление, с собственным предметом и методологией изучения. Возрастающий интерес к психологическим моделям здоровья, а не только к чисто биологическим концепциям, находит своё отражение и в стратегии гуманитаризации высшего образования. Назрела необходимость введения в программы подготовки будущих врачей и инструкторов по физической реабилитации аспектов, посвящённых оценке и коррекции КЖ больных с хроническими патологиями.

Укрепление здоровья детей с различными видами нарушений и врождённой патологией — всегда дело непростое, сопряжённое с решением многих проблем. Весьма сложная ситуация сложилась в системе специального коррекционного образования детей дошкольного и школьного возраста, учащихся специальных школ, интернатов, приютов и других медико-социальных учреждений. В связи с этим, особую значимость приобретает концентрация усилий всего педагогического коллектива на формировании здорового образа жизни данной категории детей. Это касается условий проживания, питания,

режима, организации учебно-познавательной деятельности и системы занятий физической культурой и спортом.

Поэтому назрела необходимость совершенствования системы физического воспитания с использованием современных научных разработок в области специальной педагогики и психологии, физиологии и физкультуры. При этом возрастает значимость занятий физкультурой и спортом. Физическая активность является важным источником мышечной радости, средством развития, коррекции и компенсации двигательных нарушений. Это мощный фактор оздоровления детей, повышения защитных функций их иммунной системы. Занятия физическими упражнениями должны быть направлены не только на повышение уровня общего психофизического развития, но и на нормализацию или улучшение функций систем и органов всего организма.

Физическая культура должна иметь в виду не только физическое развитие ребёнка, но и развитие его умственных способностей, расширение словарного запаса, понимание процессов жизнедеятельности организма и т.д. Пути развития умственных способностей школьников могут быть самые разные: запоминание различных терминов, их сочетаний; словесное опосредование и регуляция двигательных действий; проблемное обучение.

Одним из принципиальных направлений в оптимизации физического воспитания данной категории детей должна стать просветительская работа среди педагогов всех профилей и родителей. Необходимо выработать у них понимание того, что особое место в реабилитации таких детей должны занимать занятия физической культурой, помогающие нормализовать деятельность всех органов и систем жизнеобеспечения. При этом необходимо осуществлять комплексный подход в решении одной из приоритетных задач каждого образовательного учреждения и семьи — концентрация усилий всего коллектива специалистов и родителей на формировании здорового образа жизни каждой детской личности, проведении коррекционно-воспитательной и образовательной работы, осуществлении специальных реабилитационных мероприятий.

Комплексная реабилитация данной категории детей, совместно с членами их семей, должна осуществляться поэтапно. При

этом необходимо соблюдать все элементы врачебной и общечеловеческой морали и этики. Первый, детский период — ранняя и возможно полная коррекция психических и соматических нарушений (медицинская, физическая, педагогическая и психологическая реабилитация ребёнка и членов его семьи). На втором, подростковом, этапе реабилитации — завершается, в той или иной степени, коррекция фенотипа больного ребёнка, оптимизация его социальной адаптации. На этом этапе медицинская помощь имеет поддерживающий характер. Задачей психолого-педагогического воздействия является максимальное приспособление всей семьи к условиям существования такого ребёнка, с учётом психологических оценок больного и его родственников, возможно, профориентация. Создание оптимальных условий социальной адаптации в условиях специальных учреждений и (или) семьи. Третий, взрослый, этап реабилитации — завершение процесса образования (реально доступного) и вступление больного в самостоятельную, в той или иной степени, жизнь, овладение профессиональными навыками, успешная трудовая деятельность, создание семьи и т.д. Цель этого этапа — максимальная социальная интеграция больного (инвалида) в обществе.

Вышеизложенных положений придерживаются в Витебской специализированной вспомогательной школе №26. В школе учатся дети 7–18 лет с ограниченными возможностями и особенностями психофизического развития. Медицинский диагноз: олигофрения (разной степени выраженности), болезнь Дауна, детский церебральный паралич (ДЦП), эпилепсия, шизофрения, психомоторные нарушения (заторможенность или расторможенность), черепно-мозговые послеродовые травмы и др.

В школе 236 учеников занимаются по специальным программам и учебным планам, 45 человек обучаются на дому. Физическое воспитание данной категории детей было подчинено постоянному расширению двигательного режима: зарядка перед началом учебных занятий, физкультминутки и физкультпаузы на общеобразовательных уроках, подвижные игры на переменах и во второй половине дня, спортивные часы.

Уроки физкультуры проводятся 2–3 раза в неделю с использованием различных тренажёров и специальных приспособлений. В основном, все занятия проходят на свежем воздухе, в виде прогулок, облегчённых кроссов, игр на спортив-

ных площадках, катания на лыжах. Многие ученики, особенно младших классов, посещают занятия ЛОФК в группах ЛФК или спецмедгруппах. Групповые занятия проводятся по 20–25 минут 2 раза в неделю. Для детей с текущими заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистые заболевания, болезни дыхательных путей, печени, желудка и пр.) организуются занятия ЛОФК с учётом рекомендаций врача-специалиста. При этом на занятиях используются общеукрепляющие и корригирующие упражнения, подвижные игры, прикладные упражнения. Наряду с массажем, гидрокинезотерапией, психокоррекцией, трудотерапией и другими методами это входит в комплекс реабилитационных мероприятий. В особо сложных случаях проводятся индивидуальные занятия с отдельными учащимися на дому. Для этих целей используется волонтерское движение студентов факультета физкультуры и спорта ВГУ, которые получают дополнительную специализацию инструктор-методист по физической реабилитации (эрготерапии).

Такая комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями позволяет проводить раннюю и возможно более полную коррекцию психофизического состояния, способствует улучшению качества жизни. Она создаёт условия для оптимизации социальной адаптации и интеграции индивида в обществе, овладения возможными профессиональными навыками и в последующем вступление детей с ограниченными возможностями в активную самостоятельную, в той или иной степени, жизнь.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САМОВОСПИТАНИЯ И САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ

И. И. Ефременко, Р. И. Фидельская

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

Неуклонный рост заболеваемости студенческой молодёжи требует поиска новых путей укрепления здоровья и его профилактики через формирование ценностного отношения

к своему здоровью, отказа от вредных привычек, гипокинезии, факторов, провоцирующие различные заболевания [1].

Согласно данным научных исследований, на первый курс вузов нашей республики в последние годы поступает до 30% бывших школьников, имеющих хронические заболевания.

Студенты представляют собой особую социальную группу, которая отличается от всех остальных учащихся, основной деятельностью студента является учебный труд, но его объём и напряжённость распределены в течение учебного года неравномерно. Суммарное учебное время студентов составляет в среднем 9–12 часов в день. Это заметно отражается на режиме труда и отдыха, уровне двигательной активности и на психическом и физическом состоянии студентов. В результате, у них накапливается усталость, понижается физическая и умственная работоспособность, что приводит к ухудшению самочувствию студентов, увеличению заболеваемости.

С точки зрения биологии здоровье имеет 3 определяющих признака:

- аналитическая и функциональная целостность организма;
- хорошее самочувствие;
- достаточная приспособляемость (адаптация) организма к внешней среде.

При нарушении здоровья возникает процесс превращения нормального состояния в патологическое, т.е. болезнь. В её происхождении первостепенное значение имеют гиподинамия, информативное изобилие, психоэмоциональный стресс, избыточное питание [1]. Причины, способствующие развитию болезни, принято называть факторами риска.

В качестве цели исследования мы определили выявление факторов риска для здоровья современного студента педагогического вуза. Исследование осуществлялось на двух факультетах (физической культуры и спорта; социальной педагогики и психологии) и охватывало студентов I–III и V курсов.

Среди множества показателей, определяющих факторы риска здоровья, студентами были выделены следующие:

- злоупотребление алкоголем — 75,6%;
- курение — 73,5%;
- недостаток двигательной активности — 39,9%;

- загрязнение окружающей среды — 29,3%;
- конфликты с окружающими людьми — 29,1%;
- перегруженность учебно-профессиональными и домашними обязанностями — 7,9% [2].

Учёными доказано, что здоровье человека лишь на 7–10% зависит от здравоохранения и более чем на 50% от образа жизни, то есть знаний и умений сохранять здоровье самим человеком [3]. Пренебрежение этим в школьные годы приводит к тому, что человек не принимает на себя ответственность за собственное здоровье.

У современных студентов среди нарушений здоровья на первое место выступают функциональные заболевания нервной системы (17,1%), вегетососудистая дистония, кариес зубов, миопия, хронические заболевания лорорганов, гипертоническая болезнь, заболевания органов пищеварения (33,3%), системы кровообращения (28,5%) [4].

Всё это — результат несвоевременного приёма пищи, систематического недосыпания, курения, кратковременного пребывания на свежем воздухе, недостаточной двигательной активности, отсутствия закаливающих процедур, и т.п.

В профилактике заболеваний, оздоровления, организации здорового образа жизни и свободного времени студентов одним из наиболее доступных и эффективных средств являются физкультурные и спортивные занятия. По результатам опроса, в свободное от учёбы время студенты ведут пассивный образ жизни: прослушивают магнитофонные записи, играют в компьютерные игры — 86%; читают газеты и журналы — 80,6%; смотрят телепередачи и видеофильмы — 76,5%. Только 42,6% студентов занимаются физкультурой, спортом, туризмом. Такие простые и доступные средства как самомассаж, закаливание и аутогенная тренировка вообще редко используются студентами.

Забота о своём физическом состоянии отмечается у девушек и юношей. У девушек это проявляется в поддержании пропорций телосложения (54%), у юношей — в заботе о развитии мускулатуры (59%).

Среди причин невнимания к поддержанию своего физического состояния студенты отмечают: нехватку времени

(18,5% девушек, 41,6% юношей); отсутствие воли, упорства, настойчивости (17,5% девушек, 20,8% юношей).

Жизнь человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Поэтому необходимо донести до сознания каждого человека жизненно важную информацию о:

- соблюдении режима труда и отдыха;
- организации сна;
- организации режима питания;
- организации двигательной активности;
- соблюдении личной гигиены и оздоровительной роли закаливания;
- профилактике вредных привычек;
- культуре межличностного общения;
- психофизической регуляции организма;
- культуре сексуального поведения;
- критериях эффективности использования здорового образа жизни;
- необходимости физического самовоспитания и самосовершенствования, которые являются условием здорового образа жизни.

Литература

1. Волков В. К. Современные и традиционные оздоровительные системы // Теория и практика физической культуры. 2006. №12.

2. Медик В. А., Осипов А. М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М., 2003.

3. Казначеев В. П., Баевский Р. М. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. Л.: Медицина, 2006.

4. Красноперова Н. А. Информационное обеспечение ориентирования студента на здоровый образ жизни в процессе профессионального становления // Валеология. 2008. №1.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И. В. Межуева, студ. 4-го курса

ф-та социальной педагогики и психологии

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Е. Д. Смоленко

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

В условиях социально-экономических преобразований, сопровождающихся заметным ухудшением качества и образа жизни значительной части населения, происходит резкое ухудшение показателей здоровья, в т.ч. стоматологического, различных групп населения. К сожалению, в первую очередь это касается детей, подростков и молодёжи. По степени распространённости заболевания зубов в настоящее время занимают ведущее место среди всех болезней, а стоматологическая помощь является одним из наиболее массовых и востребованных видов медицинского обслуживания. Доказана взаимосвязь между здоровьем полости рта и общесоматическим статусом человека.

Исследования, проводившиеся в различных регионах Республики Беларусь, выявили такие негативные тенденции, как:

- рост потребности детей и подростков в лечении зубов;
- уменьшение показателей санированности среди них;
- учащение осложнений и числа удалённых постоянных зубов.

Одновременно происходит снижение качества стоматологической помощи и ограничение её доступности. Из-за роста объёма лечебной помощи сворачивается профилактическая работа. Развитие пародонтита, гингивита и кариеса в процентном отношении достигло таких масштабов, что можно говорить об эпидемии.

Кариес зубов — одно из наиболее распространённых стоматологических заболеваний населения большинства стран мира. В Республике Беларусь его распространённость среди взрослых составляет 99%. Остаётся значительным процент пациентов, у которых интенсивность кариеса достигает высо-

ких значений уже через несколько лет после прорезывания постоянных зубов [1].

Большинство исследователей (Леонтьев В. К., Леус П. А., Максимовский Ю. М. и др.) считают возникновение кариеса зубов результатом действия множества экзо- и эндогенных факторов, таких как: микроорганизмы зубного налёта, высокая частота употребления в пищу углеводов, дефицит фторидов, изменение свойств слюны и снижение резистентности эмали зуба [4]. Давно известна непосредственная связь стоматологических болезней с серьёзной системной патологией (сахарный диабет, сердечно-сосудистые и лёгочные заболевания).

Кариозный процесс с течением времени приводит к прогрессирующей деструкции твёрдых тканей зубов. Возможно развитие осложнений кариеса, в том числе воспалительных процессов челюстно-лицевой области. В этих случаях возникает необходимость дорогостоящего комплексного лечения, включающего терапевтические, хирургические и ортопедические мероприятия [3, 4].

Процесс формирования *культуры здоровья*, культуры отношения человека не только к обществу, но и к себе (своему здоровью, образу жизни), умение выбирать оптимальный режим интеллектуальных, эмоциональных, физических нагрузок, адаптивно функционировать и соответствовать требованиям современной жизни, становится насущной необходимостью.

Качество жизни в стоматологии — это оценка не только физических, но и социальных и психологических составляющих стоматологического здоровья.

Стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека (т.е. на то, как он растёт, радуется жизни, выглядит, говорит, питается, чувствует вкус пищи), так и на его социальное благополучие. Стоматологические заболевания влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют рацион питания человека, его речь, благополучие, т.е. влияют на его качество жизни [2].

Наиболее актуальным сегодня признаётся вопрос *воспитания культуры здоровья* как важнейшего компонента общей культуры, когда в процессе своего воспитания человек имеет возможность взять из социума соответствующие опыт и знания

и использовать их в интересах своего здоровья. Культура здоровья помогает человеку владеть собой с целью защиты от всего комплекса агрессивных факторов внешней среды.

Здоровье детей и подростков является проблемой первоочередной важности в любом обществе, при любых социально-экономических и политических ситуациях. Оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциалы общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны.

Следует подчеркнуть ведущую роль образовательных учреждений в процессе формирования культуры стоматологического здоровья. По мнению Д. В. Колесова, состояние здоровья современного человека зависит от его собственного к нему отношения, выработка такого отношения — важнейшее условие оздоровления общества. И начинать его необходимо со школы, поскольку именно она — единственный институт, через который проходит всё население страны, а учебно-воспитательный процесс — единственный систематизированный процесс воспитания поведения.

Материалы и методы. С целью определения уровня стоматологической культуры школьников проведено анкетирование учащихся СШ №1 г. Городок Витебской области.

Результаты исследования. Установлено, что почти все (80%) респонденты достаточно осознанно относятся к вопросам, касающимся необходимости регулярного ухода за полостью рта. Так, 76,4% учащихся чистят зубы два раза в день — утром и вечером; 82,2% из числа опрошенных пользуются пастами со фтором и кальцием, что в условиях данной местности является необходимым условием сохранения здоровья зубов.

Абсолютное большинство респондентов посещает стоматолога с целью профилактического осмотра, чему способствует функционирование школьного стоматологического кабинета.

76% учащихся имеют достаточно знаний о методах профилактики стоматологических заболеваний, 24% хотели бы получить больше знаний в этой области. Наиболее приемлемыми формами получения информации о стоматологических заболеваниях и их профилактике они считают консультации у специалистов и санитарно-просветительскую литературу.

Выводы:

1. На современном уровне развития стоматологической науки и практики необходимость проведения профилактики стоматологических заболеваний уже ни у кого не вызывает сомнений.

2. Наиболее оптимальной формой профилактики кариеса является просветительская работа, включающая обучение детей принципам гигиены полости рта, подбор средств по уходу за зубами и дёснами, а также рекомендации по питанию.

3. В рамках медико-социальной программы формирования стоматологической культуры у детей и подростков необходимо:

- совершенствовать систему воспитания детей и подростков;

- повышать информированность школьников в вопросах необходимости поддержания хорошего здоровья полости рта;

- оказывать надлежащую и целесообразную консультативную помощь;

- проводить исследования по изучению потребностей в стоматологических услугах;

- улучшать межведомственное и междисциплинарное сотрудничество по проблемам охраны стоматологического здоровья.

Литература

1. Леус П. А. Реализация национальной программы профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в Республике Беларусь. / П. А. Леус // Стоматол. журнал. 2000. №1. С. 44–47.

2. Походенько-Чудакова И. О. Профилактика, лечение и реабилитация стоматологических заболеваний: автореф. дис. д-ра мед. Наук: 14.00.21 / И. О. Походенько-Чудакова; БГМУ. М., 2005.

3. Артюшкевич А. С., Валеева З. Р., Кузнецова Г. В. Профилактика и лечение кариеса разной степени активности. / А. С. Артюшкевич, З. Р. Валеева, Кузнецова Г. В. // Стоматологический журнал. 2007. №1. С. 6–9.

4. Современные стратегии в стоматологии. / М. А. Pollard, S. A. Fayle // Серия кратких монографий ILSI EUROP. 2000.

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД

ОТНОШЕНИЕ К СПИДУ В СРЕДЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

*М. Н. Нурбаева, канд.мед.наук, доцент,
свящ. А. Сапель SDS, свящ. Т. Коханович SDS,
Л. Я. Ермолова, врач, Я. С. Сипайло, студентка*

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ
УЗ «Витебская областная клиническая больница»
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

СПИД или, как его окрестили журналисты, «чума XX века», охватил практически все страны мира, в том числе и Беларусь. В Витебской области темп прироста ВИЧ-инфицированных в 2007 г. по сравнению с 2006 г. возрос в 1,3 раза. Наиболее поражённой частью населения является молодёжь в возрасте от 15 до 29 лет. Учитывая актуальность проблемы, мы поставили перед собой цель изучить осведомлённость студенческой молодёжи о различных аспектах данной проблемы и мерах профилактики СПИДа.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 81 студента первого курса одного из факультетов университета. Возраст анкетироваемых: 17 лет — 3 человека (3,7%), 18 лет — 45 (55,6%), 19 лет — 27 (33,7%), 20 лет — 5 (6,2%), 21 год — 1 человек (1,2%).

46 студентов (56,8%) окончили школу в городе, 12 (14,8%) — в районных центрах, 21 (25,9%) — в селе.

Практически все (80 человек, т.е. 98,8%) считают, что СПИД представляет серьёзную опасность для человечества, но опасным для себя его считают только 37 (45,7%) опрошенных и 39 (48,6%) — нет.

Из основных путей передачи ВИЧ были названы: половой — 77 человек (95,1%), через кровь — 23 (28,3%), нестерильные шприцы — 18 (22,2%), от матери к ребёнку — 10 (12,3%), при переливании крови — 10 (12,3%) и др.

По мнению студентов, ВИЧ не передаётся: через дружеские поцелуи (33–40,7%), рукопожатия (21–25,9%), слюну (12–14,8%), воздушно-капельным путем (16–19,7%), посуду (17–21%), контактно-бытовой (22–27,2%) и др.

На вопрос «Как определить, заражён человек ВИЧ-инфекцией или нет? Когда и где?» были получены следующие ответы: анализ крови — 20 (24,7%), в больнице — 14 (17,3%), остальные студенты приводили самые разнообразные места: анализы в специальных пунктах, диспансерах (инфекционном или венерологическом) и просто анализы и т.д.; 12 человек (15%) вообще не знают ответа.

39 опрошенных (48,1%) полагают, что если результат на ВИЧ положительный, то это не значит, что он или она больны СПИДом, 30 (37%) считают, что больны, 3 (3,7%) — не всегда, 8 (9,9%) не смогли ответить.

42 человека (51,8%) считают, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания, 28 (34,6%) — нет, 3 (3,7%) — только приостановить, остальные не знают ответа.

30 опрошенных (37%) уверены, что имеет смысл изолировать ВИЧ-инфицированных, мотивируя свою позицию тем, что это предотвратит распространение вируса; некоторые считают, что больные могут умышленно заражать; 46 (56%) — нет, аргументируя тем, что они не опасны и такие же, как остальные люди, что некоторые были заражены случайно.

На вопрос «Может ли ВИЧ-инфицированный, но ещё не больной СПИДом человек заражать других?» 65 человек (80,2%) ответили «да», и лишь 8 (9,8%) — «нет», остальные не осведомлены.

37 юношей и девушек (15,7%) называют СПИД «болезнью поведения», т.к. часто ВИЧ-инфицированные — это наркома-

ны, гомосексуалисты, проститутки, заключённые и люди с частыми случайными половыми связями; 30 (37%) — нет, т.к. можно заразиться случайно; 5 (6%) считают, что не всегда; 9 опрошенных (8,2%) не выбрали свою позицию.

49 студентов (60,5%) считают, что больные СПИДом не должны лечиться в обычных больницах, где находятся другие больные, 31 (38,3%) с этим не согласны.

ВИЧ-инфицированные дети, по мнению 53 юношей и девушек (65,4%), не должны обучаться в специальных школах, отдельно от других детей, однако 28 (34,6%) противоположного мнения.

72 студента (88,9%) считают, что среди юношей добрые половые связи являются типичным и распространённым явлением, 6 (7,4%) — нет. Соответственно, среди девушек 65 (80,2%) считают добрые половые связи типичным и распространённым явлением, 10 (12,3%) — нет.

Опыт половой жизни имели 50 (61,7%) опрошенных; в возрасте 14 лет — 3 (3,7%), 15 лет — 8 (9,9%), 16 лет — 13 (16%), 17 лет — 8 (9,9%), 18 лет — 12 (14,8%), 19 лет — 1 (1,2%), и только 27 (33%) не имели такого опыта.

73 (90,1%) знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы, что юноше не помешает получить первый опыт половой жизни до вступления в брак?» 56 студентов (69%) ответили «да», 17 (21%) — «нет». Соответственно на такой же вопрос в отношении девушек 37 (45,7%) ответили «да», 39 (48,1%) — «нет».

Анализируя приведённые данные, можно сделать вывод, что студенты осведомлены об опасности СПИДа для человечества, но почти половина их не соотносит эту опасность с собой.

Опрошенные имеют правильное представление о путях заражения, но не вполне представляют, как, где и когда можно определить заражённость ВИЧ-инфекцией.

Настораживает тот факт, что многие не считают, что человек, у которого результат на ВИЧ положительный, болен СПИДом и верят, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания.

Большинство студентов (80,2%) знают, что ВИЧ-инфицированный, но ещё не больной СПИДом человек может заражать других, и указывают как основной путь заражения — половой. Но только 45,7% называют СПИД «болезнью поведения». Возможно, с этим связана позиция достаточно большого количества респондентов, считающих, что ВИЧ-инфицированные должны быть изолированы, должны лечиться в отдельных больницах, а дети — обучаться в специальных школах.

Несмотря на то, что почти 100% опрошенных знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом, многие уже вступали в добрачные половые отношения и считают это явление распространённым среди молодёжи. Бытует мнение, что юношам и девушкам не мешает получить определённый опыт половой жизни до вступления в брак.

Борьба с распространением ВИЧ-инфекции не будет действенной, если она будет вестись лишь посредством санитарных и медико-профилактических мер. Недостаточно эффективны, а подчас и вредны упрощенческие схемы сексуального просвещения, в особенности, когда они рассматриваются как исключительное средство образования молодёжи в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции.

Важнейшим элементом борьбы с распространением ВИЧ-инфекции должны стать целенаправленные усилия по укреплению духовных и нравственных норм в обществе, реализуемые посредством просвещения и воспитания.

Особое внимание в связи с этим следует уделить воспитанию детей в духе уважения семейных ценностей и традиций, ответственного отношения между полами, неприемлемости рискованного поведения (в том числе употребления наркотиков), в свете идеалов гражданственности, общественного суждения, супружеской любви и верности, милосердия и сострадания.

Для достижения морального и демографического возрождения нужно, чтобы люди придерживались тех моральных принципов, которые установлены Богом. Исчерпывающие объяснения даны в документах Католической Церкви *Casti Conubii, Humanae Vitae, Donu Vitae, Evangelium Vitae*.

Учитывая результаты работы по изучению отношения студенческой молодёжи к различным аспектам проблемы

СПИДа и его профилактики, важными и своевременными являются мероприятия по профилактике СПИДа, проводимые Витебской епархией Римско-католической Церкви в Республике Беларусь с февраля 2008 г. по настоящее время.

Проведены лекции и беседы священнослужителей диоцеза, совместно с учёными Витебского государственного медицинского университета, Витебского государственного университета им. П. М. Машерова, сотрудниками областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, а также врачами УЗ «ВОКБ» и сотрудниками диоцезиального «Caritas» в студенческих аудиториях всех четырёх вузов областного центра, в католических приходах Витебска, Полоцка, Новополоцка, Глубокого, Браслава, в гимназиях г. Витебска.

Телепередача на тему «Духовность и наука против ВИЧ/СПИД» с участием учёных, священнослужителей и медработников собрала аудиторию более 200 тысяч телезрителей.

Выводы:

1. Необходимо проводить работу со студентами по формированию здорового образа жизни.

2. Следует уделить внимание нравственному воспитанию, направленному на коррекцию сексуального поведения совместными усилиями духовенства, медиков, педагогов и учёных. Это особенно необходимо в вопросах воспитания целомудрия, ценности институтов семьи, красоты отцовства и материнства. Тогда станет неприемлемым поведение, ведущее к распространению ВИЧ/СПИД в молодёжной среде.

3. Нужно вести разъяснительную работу совместно с религиозными общинами и «Caritas» по формированию гуманного отношения к больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным для предупреждения их дискриминации, привлекая молодёжь к уходу за детьми-сиротами, рождёнными от ВИЧ-инфицированных матерей, к помощи в их полной интеграции в обществе; к патронажу и уходу за ВИЧ-позитивными, в том числе в терминальной стадии; к проведению образовательных курсов по проблемам ВИЧ для священнослужителей и мирян по работе с людьми, живущими рядом с ВИЧ-инфицированными.

В заключение необходимо отметить, что христиане не должны забывать, что вера — это и милосердие, и сострадание,

и деятельная христианская помощь. Распространение ВИЧ/СПИД — это «лакмусовая бумажка» последствий греха, безнравственности, бездуховности, ценностной дезориентации.

На симпозиуме «Церковь и СПИД» 6.12.2008 г. Архиепископ Тадеуш Кондрусевич сказал: «Евангелие велит нам всегда и везде стоять на страже нашей жизни... Немало людей заражаются СПИДом не по своей воле, как например, при переливании крови. Однако... большинство заражается из-за неупорядоченной сексуальной жизни наперекор всем нормам морали...»

Литература

1. *Casti Conubii*, Acta Apostolica Sedes, 1930.
2. *Humanae Vitae*, Acta Apostolica Sedes 60, 1968.
3. *Donum Vitae*, Acta Apostolica Sedes 80, 1988.
4. Johannes Pauls PP, *Evangelium Vitae*, Citta de Vaticano, 1995. Acta Apostolica Sedes 87, 1995.
5. Материалы межрелигиозной конференции 18–19.11.2008. Москва.
6. Хлопцев А. Ф. СПИД и его профилактика. Витебск, 2005.

ROZWAŻANIA NAD PERYKOPĄ EWANGELICZNĄ O UZDROWIENIU CHOREGO NA TRĄD

Ks. Adam Dynak

Polska

„Chcę, stań się czystym” (Mk I, 41).

Wstęp

Człowiek, będąc ze swej natury istotą społeczną, przynależy do określonej wspólnoty ludzkiej, wnosząc do niej bogactwo i niepowtarzalność swojej osoby. Z drugiej strony wspólnota stwarza dla niego potrzebne warunki rozwoju i twórczego egzystowania. Każda epoka posiada pewne okoliczności i czynniki konsolidujące ludzką społeczność, pomagające jednostce ściślej odczuwać jedność z grupą i poprzez to bardziej twórczo funkcjonować. Z drugiej jednak strony zawsze istniały ku temu przeszkody, zarówno natury obiektywnej jak i subiektywnej. Tak

jest również teraz, pomimo wysokiego rozwoju cywilizacji. Do takich przyczyn należą między innymi zaraźliwe i jednocześnie nieuleczalne choroby. Dzielią one społeczeństwo na tzw. normalnych i tych zarażonych, stwarzających zagrożenie dla wspólnoty, często wyimaginowane i przesadzone. W dobie współczesnej pośród wielu chorób, na czoło wysuwa się zarażenie wirusem HIV.

Pomimo wysokiego rozwoju współczesnej medycyny, choroba ta ciągle pozostaje nieuleczalną. Dopóki istnieje taka sytuacja, wydaje się, iż zadaniem podstawowym dla ludzkości w tej dziedzinie pozostaje, z jednej strony stworzyć właściwe warunki egzystowania w społeczeństwie ludziom chorym na AIDS, z drugiej natomiast, zadbać o właściwą świadomość i ocenę sytuacji dla ludzi nie dotkniętych tą chorobą. Inspiracji dla tego typu działania można i należy szukać we wszystkich możliwych, dostępnych źródłach. Do nich należy także Biblia – Słowo Objawione jako norma postępowania i droga formacji dla wielu ludzi. Celem niniejszych rozważań będzie analiza perykopy ewangelicznej o uzdrowieniu chorego na trąd (Mk 1, 40–45; Mt 8, 2–4; Łk 5, 12–16). Motywacją dla tych rozważań jest dostrzegalne podobieństwo, zachodzące pomiędzy chorobami trądu w czasach biblijnych i współczesnym AIDS, zwłaszcza jeśli rozpatrywać obydwie zjawiska od strony funkcjonowania chorych w środowisku społecznym. Analiza wspomnianej perykopy ewangelicznej powinna doprowadzić do wniosków natury teologicznej i egzystencjalnej, skierowanych zarówno pod adresem ludzi zarażonych jak otoczenia, w którym przychodzi im żyć.

Zjawisko trądu w czasach Starego i Nowego Testamentu

Słowo *trąd*, *trędowaty* występuje w Piśmie Świętym 71 razy, w większości w pismach Starego Testamentu. W Ewangeliach występuje tylko 13 razy, natomiast w pozostałych pismach Nowego Testamentu nie występuje ani razu. Statystyka ta pokazuje, że dla biblijnego Izraela choroba trądu stanowiła poważny problem, skoro w swoich świętych tekstach poświęcono jej tyle uwagi. Dolegliwość znana z Biblii jako trąd (hebr. *nega* — plaga, uderzenie; *sara'at* — trąd; gr. *lepra* — trąd) [1–4] dotykała ludzi, tkanin i domów. Chociaż nie wiadomo do końca, o jaką chorobę skóry chodzi, to jednak jest czymś pewnym, że nie był to trąd w dzisiejszym rozumieniu tego słowa (*choroba Hansena*). Trąd pojawiający się na tkaninach i ścianach domów został opisany w Księdze Kapłańskiej jako zielone lub czerwone plamy (Kpł 13, 49; 14, 37), co mogłoby wskazywać na jakiś rodzaj grzyba lub pleśni [5]. Człowiek chory na trąd posiadał białe plamy na

skórze, a także białe owłosienie w tym miejscu (Kpł 13, 2–3). Innym objawem tej choroby było obrzmienie, łuszczenie skóry i infekcje [2].

Być może największym nieszczęściem chorego na trąd było wyeliminowanie go z życia wspólnoty. Przepisy na ten temat zawiera Księga Kapłańska (Kpł 13–14). Według Prawa, trąd był największą nieczystością, która wykluczała ze wspólnoty Narodu Wybranego. Człowiek trędowaty miał obowiązek usunąć się z własnej rodziny, z grona przyjaciół ze względu na obawę zarażenia innych. Nie wolno było go dotykać, ani zbliżyć się do niego [6]. Trędowaci musieli chodzić w podartym ubraniu, z włosami rozpuszczonymi i z zasłoniętą brodą, oraz wołać: *nieczysty, nieczysty!* Często przebywali oni na terenach pustynnych, tworząc grupy chorych na trąd. Tam dostarczano im jedzenie. Chory mógł wrócić do społeczności tylko po całkowitym wyzdrowieniu, co było stwierdzane przez kapłana i dwóch świadków [7].

Oprócz wyłączenia ze wspólnoty narodu i rodziny, na osobie zarażonej trądem spoczywało piętno grzesznika, gdyż choroba ta uznawana była jako szczególna kara za grzechy (2 Krn 26,20) [8]. Trędowatych nie uznawano chorymi, ale nieczystymi. Byli to więc ludzie marginesu w najprawdziwszym tego słowa znaczeniu [2].

Uzdrowienie chorego na trąd

Naszkicowanie zjawiska choroby trądu w Biblii było potrzebne dla stworzenia tła dla lepszego zrozumienia znaczenia cudu uzdrowienia, jakiego dokonał Jezus wobec człowieka trędowatego. Opis uzdrowienia przekazują wszystkie Ewangelie synoptyczne z małymi, niewiele znaczącymi różnicami, co w myśl zasady wielorakiego poświadczenia wskazuje na historyczność wydarzenia.

Do Jezusa przychodzi człowiek chory na trąd. Podczas gdy Marek przekazuje, że upadł on przed Jezusem na kolana, wersja według Łukasza mówi, że upadł na twarz (gr. *peson epi proposon*), poprzez co jeszcze mocniej akcentuje cześć dla Jezusa ze strony trędowatego [9]. W geście tym zawiera się też prawda, że tym co uzdalnia człowieka, by mógł w Jezusie Chrystusie dostrzec Zbawiciela i Pana nie jest sprawiedliwość, przestrzeganie przepisów Prawa, czy nawet świętość życia, ale poczucie własnej słabości, niemocy i grzeszności [10]. Warto również zauważyć, że człowiek ten, jako trędowaty pojawiając się przed Jezusem, połamał wszelkie bariery ustanowione przez Prawo i tradycje, które były pilnie przestrzegane przez chorych na tę chorobę i pilnie od nich egzekwowane. Pokazuje to ogromną determinację tego człowieka, ale też jego głęboką wiarę [7]. Padając na

twarz (na kolana), trędowaty pokonał również własny wstyd podobny do tego, by powiedzieć lekarzowi o własnej chorobie. Było to pokonanie fałszywego wstydu, będącego fałszywą samowystarczalnością, która ukrywa beznadziejną niewystarczalność [11].

Analizując postawę Jezusa w zaistniałej sytuacji, z łatwością można dostrzec, że On także przyłącza się do łamania panujących zasad. Wyciągnął rękę i dotknął nieszczęśliwca, którego wszyscy skrętnie unikali. W wielu innych przypadkach cudownych uzdrowień wystarczyło jedynie słowo, ta dramatyczna sytuacja potrzebowała dotyku, jako gestu akceptacji osoby uchodzącej powszechnie za nieczystą [7]. Jezus dotknął tego, czego nie można było dotykać. Przekroczył wszelkie ograniczenia ustalone Prawem i tradycjami by dotrzeć do człowieka w jego biedzie i słabości, by utożsamić się z nim [10]. „Dotknął go, ponieważ stoi ponad Prawem i ponieważ dla czystego nic nie jest nieczystym. Elizeusz zachował dokładnie Prawo i nie dotknął Naamana, ale wysłał go, żeby się obmył w Jordanie (2 Krl 5, 10). Chrystus nie jest sługą, ale Panem, uzdrawia i dotyka. Ręka, która dotknęła trędowatego, nie straciła czystości. Przeciwnie, trędowate ciało, dotknięte przez świętą rękę, doznało oczyszczenia” (Święty Jan Chryzostom).

Zanim jednak nastąpił dotyk, Jezus ulitował się nad chorym. Grecki czasownik *splaghnidzo* oznacza poruszenie wnętrza. Jest to macierzyński odruch Boga, wyrażający miłość do człowieka. Bóg wzrusza się na widok ludzkiego nieszczęścia, ponieważ *jest Bogiem, a nie człowiekiem* (Oz 11, 9) [11].

Opis spotkania Jezusa z trędowatym zwraca nie tylko uwagę na litość i współczucie Mistrza, ale również akcentuje Jego moc. Zwrot: *chcę, bądź oczyszczony!* (Mk 1, 41b) nawiązuje do autorytatywnej woli Stwórcy: *niech się stanie* (Rdz 1, 3). Jezus uczestniczy w stwórczym działaniu Boga, przez co daje dowód posiadania szczególnej władzy. Dokonany przez Niego znak świadczy także o tym, że może On przywrócić człowiekowi prawo uczestnictwa we wspólnocie ludu Bożego [7].

Wnioski teologiczno-egzystencjalne

I. Do wspólnoty Ludu Bożego Nowego Przymierza mają prawo należeć wszyscy ludzie, także ci którzy według przekonań żydowskich jak i innych środowisk, również współczesnych, zostali wykluczeni ze środowiska ludzi tzw. „normalnych”. Jezus w szczególny sposób faworyzuje ludzi przekreślonych przez środowisko. Przepisy i tradycje zewnętrzne zostały umniejszone na korzyść wewnętrznego stanu człowieka. Nieczystym wobec Boga nie są sprawy zewnętrzne, lecz zło, które pochodzi

z wnętrza człowieka [12]. Nie ma wartości ważniejszej od dobra człowieka. Społeczeństwo, w którym człowiek czuje się wyrzutkiem, nie może nazywać się społeczeństwem chrześcijańskim [6].

2. Cud uzdrowienia człowieka trędowatego udziela odpowiedzi na pytanie: kim jest Jezus? Jest On tym, który posiada moc i autorytet oczyszczania z wszelkiej słabości i nieczystości: biologicznej poprzez uzdrowienie; moralnej poprzez darowanie grzechów; rytualnej poprzez stwarzanie wszystkiego nowym. W tym celu posłał Go Ojciec [7].

3. Postawa trędowatego stanowi dobry przykład wiary i modlitwy ufnej, spokojnej, szczerzej i delikatnej. Chory stając przed Jezusem, pragnie być uzdrowionym. Nie jest jednak nachalny i natarczywy. Decyzję pozostawia Jezusowi. Uzdrowiający dotyk został poprzedzony pokorną postawą proszącego [6].

Bibliografia

1. Grelot P., *Trąd*, w: *Słownik Teologii Biblijnej*, X. Leon-Dufour (red.). Poznań 1994. S. 989.
2. Buchanan G. W., *Trąd*, w: *Słownik Wiedzy Biblijnej*, B. M. Metzger, M. D. Coogan (red.). Warszawa 1997. S. 775–775
3. Stern D. H., *Komentarz Żydowski do Nowego Testamentu*. Warszawa 2004. S. 46.
4. Popowski R., *Wielki słownik grecko-polski Nowego Testamentu*. Warszawa 1997. S. 366.
5. Wright D. P., *Trąd*, w: *Encyklopedia Biblijna*, P. J. Achtemeier (red.). Warszawa 1999. S. 1284.
6. Bednarz M., *Duszpasterski komentarz do Nowego Testamentu. Ewangelia wg św. Łukasza (Łk 1, 1–13.24)*. Tarnów 2008. S. 136, 141–142.
7. Sieg F., *Ewangelia Jezusa Chrystusa według św. Marka. Część I (Mk 1, 1–4, 34)*. Pelplin 2008. S. 81–84.
8. Zisler K., *Trąd*, w: *Praktyczny Słownik Biblijny*, A. Grabner-Haider (red.). Warszawa 1995. S. 1328–1329.
9. Vignini G., *Ewangelie i Dzieje Apostolskie. Tekst z komentarzem*. Lublin 2000. S. 290.
10. Fausti S., *Wspólnota czyta Ewangelię według Św. Łukasza*. Częstochowa 2006. S. 144–145.
11. Fausti S., *Rozważaj i głos Ewangelię. Katecheza narracyjna Ewangelii według Św. Marka*. Kraków 2003. S. 74.
12. Bartnicki R., *Przesłanie Ewangelii (Biblioteka biblijna 1)*. Warszawa 1996. S. 106.

PROBLEM OF AIDS (1)

*Dr. Srinivasulu Reddy Vaddiboyina (Course: Post Graduation /
General Medicine, Department: Pediatrics;
Vitebsk State Medical University)*

India

AIDS has been redefined as «not just a medical curiosity but as an obstacle to social and economic development... and also as a threat to security and stability».

Introduction

Some people used to say «AIDS is a disease of morality». And went further to defend this statement by saying that those who get AIDS deserve it; this is just an instance of God smiting the wicked.

I believe that there are a great number of people who believe this logic and prefer to stay ignorant of the true situation so that they may rest easier at night knowing they are good people and, therefore, this is not their problem. The plain truth is, of course, that bad things happen to good people, and sometimes the worst things happen to the most innocent of all.

The scientific and world communities offered no help when AIDS first reared its ugly head in the African population. Nor did anyone seem to be particularly concerned when it infected the homosexual population in America. In 1985, did a gay man deserve to die a miserable, early death because he chose a different lifestyle? May he be the most loving and gentle man in the world, many Bible-banging Christian fundamentalists would cry out, «Yes! He was wicked and deserved the curse God cast upon him!» The more temperate people who make up the majority of our nation just wouldn't care. Of course, there was always the poor, unfortunate hemophiliac who got the disease. But some righteous must fall in doing God's work, isn't that right? Like the Inquisition, right?

This transmission can involve anal, vaginal or oral sex, blood transfusion, contaminated hypodermic needles, exchange between mother and baby during pregnancy, childbirth, or breastfeeding, or other exposure to one of the above bodily fluids.

Here by... the major defining conditions of AIDS are as follows:

1. HIV is Transmitted by Sex (homosexual & heterosexual).

Men, forced by circumstances work far away from their families. While away, they associate themselves with prostitutes and city-girlfriends. Many become infected with AIDS.

It gets worse. When these men return home, they infect their wives. The mothers infect the children while conceiving them. The parents die. Sickly children are left behind, and it is they who suffer the most.

The majority of the interviewers expressed their feelings that economic hardship is a major social component of the spread of HIV.

This need to engage in risky behaviors appeared to be a particular problem for women and girls who have no other way of making an income other than through sex. Sex for them is not about emotion, but instead about survival.

The presence of the road, and the truckers from neighboring countries provide a source of income for destitute women and girls with no other means of providing income for their families.

The trucker and migrant individuals provide both a source of income for the impoverished village, but also a ready supply of HIV positive individuals to transmit the disease.

Despite the influx of education and knowledge regarding HIV and it's spread, including mandatory classes in the schools and public service campaigns around the country, the root cause for many of the risky behaviors associated with HIV transmission, remains multiple partners and non-use of condoms.

Effective Preventive Measures:

If I were to come up with a solution to this problem I would suggest the government to take adequate measures and enforce strict laws regarding the health and condition of the poor females and their children. Also there should be some sort of economic reforms coming up for the improvement of their life style.

2. HIV is Common Amongst Drug Abusers

Drug abuse and addiction is due to many factors. A powerful force in addiction is the inability to self-soothe or get relief from

untreated mental or physical pain. Without the self-resilience and support to handle stress, loneliness or depression, drugs can be a tempting way to deal with the situation.

The human immunodeficiency virus (HIV) is efficiently transmitted by the sharing of contaminated injecting equipment.

Injecting drug use is the main, or a major, mode for the transmission of HIV in many countries of Asia, Europe, Latin America and North America.

It is estimated that one in 10 new HIV infections worldwide is attributable to injecting drug use, and almost one in three new infections outside of Africa.

According to the Health Resources and Services Administration, non-injection drug use can also lead to contracting the HIV virus, because drug users may trade sex for drugs or money or engage in behaviors under the influence that put them at risk.

Effective Preventive Measures:

- (a) prevention of drug abuse, especially among young people;
- (b) provision and facilitation of access to drug abuse treatment;
- (c) establishment of effective outreach to engage drug users in HIV preventive strategies that protect them and their partners and families from exposure to the virus and encourage the uptake of substance abuse treatment and medical care.

There is a need to link such measures with existing health and social services and raise awareness among, and educate, injectors and their sexual partners about HIV risks and safe practices; provide sterile injecting equipment; make available drug treatment programmes; provide HIV-infected injectors with access to counselling, care and support and to information about sexually transmitted infection; and provide condoms.

3. Vertical Transmission from HIV Infected Mother to Child

Mother-to-child transmission (MTCT) is when an HIV positive woman passes the virus to her baby. This can occur during pregnancy, labour and delivery, or breastfeeding.

In 2007, around 370,000 children under 15 became infected with HIV, mainly through mother-to-child transmission. About 90% of these MTCT infections occurred in Africa where AIDS is beginning to reverse decades of steady progress in child survival.

In high income countries MTCT has been virtually eliminated thanks to effective voluntary testing and counselling, access to antiretroviral therapy, safe delivery practices, and the widespread availability and safe use of breast-milk substitutes. If these interventions were used worldwide, they could save the lives of thousands of children each year.

Effective prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) requires a three-fold strategy.

- Preventing HIV infection among prospective parents.
- Avoiding unwanted pregnancies among HIV positive women.
- Preventing the transmission of HIV from HIV positive mothers to their infants during pregnancy, labour, delivery and breast-feeding.

The last of these can be achieved by the use of antiretroviral drugs, safer infant feeding practices and other interventions.

There are drugs, cheaply made drugs, available that, had the mothers had them during their pregnancies, could have prevented many of the children from ever getting AIDS. Other antiretroviral drugs are available to treat the disease in the suffering; at least, available to those who will pay the prices demanded by the drug companies. However, to the poverty-stricken families of Africa this is an impossible dream.

In a market driven by vanity drugs and such things as Viagra, these companies would have relatively little to lose offering low-cost, generic drugs to these nations. All the payrolls would still be filled, the bottom line would still show an immense profit, but maybe the owner was thinking of buying a new yacht?

Psychological States

Psychological disorders such as personality disorders, self-destructive behaviors, hypersexuality, sexual obsession and compulsivity, depression, anxiety, and negative states of mind (eg, anger, pessimism) are associated with high-risk sexual behaviors with multiple partners. They are also associated with drug abuse and addiction, which can increase HIV risk through needle sharing and through decreasing the likelihood that safer-sex practices (such as condom use) will be used.

Effective Preventive Measures:

1. AIDS awareness programs and regular psychological counsellings.

2. Inclusion of maximum youngsters to take part in these programs.

3. Knowledge about Post Exposure Prophylaxis-Recent contact with HIV infected should take anti retroviral drugs within 72 hours to maximally reduce the risk of contamination with AIDS.

4. Programs for the improvement of AIDS infected individuals' lives.

5. To publicize articles regarding the recent advances in HIV/AIDS treatment.

Conclusion

To sum up, AIDS is not just an illness or disease affecting the physical state or body of person. It is in fact actually afflicting his social, economic & psychological spheres of life.

Clearly no one man, organization or government can effectively control the spread of AIDS. It should be on a global scale with intercommunity, intercontinental, combined effort if not to eliminate this problem but adequately cope up with and curtail this disease.

PROBLEM OF AIDS (2)

Miss. J. I. Michelle Benedict (student of 3rd course, faculty of General Medicine; Vitebsk State Medical University)

Sri Lanca

Definition

AIDS is a chronic, life-threatening condition caused by the human immunodeficiency virus (HIV). By damaging your immune system, HIV interferes with your body's ability to fight off viruses, bacteria and fungi that cause disease. HIV makes you more susceptible to certain types of cancers and to infections your body would normally resist, such as pneumonia and meningitis. The

virus and the infection itself are known as HIV. «Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)» is the name given to the later stages of an HIV infection.

AIDS stands for Acquired Immune Deficiency Syndrome:

- *Acquired* means you can get infected with it;
- *Immune Deficiency* means a weakness in the body's system that fights diseases.
- *Syndrome* means a group of health problems that make up a disease.

How do You Get AIDS?

You don't actually «get» AIDS. You might get infected with HIV, and later you might develop AIDS. You can get infected with HIV from anyone who's infected, even if they don't look sick and even if they haven't tested HIV-positive yet. The blood, vaginal fluid, semen, and breast milk of people infected with HIV has enough of the virus in it to infect other people. Most people get the HIV virus by:

- having sex with an infected person;
- sharing a needle (shooting drugs) with someone who's infected;
- being born when their mother is infected, or drinking the breast milk of an infected woman.

Symptoms

HIV/AIDS Overview

HIV (*human immunodeficiency virus*) infection has now spread to every country in the world. Approximately 40 million people are currently living with HIV infection, and an estimated 25 stating in sub-Saharan Africa, but infection rates in other countries remain high. In the United States, approximately 1 million people are currently infected. Here are a few key points about the disease:

Globally, 85% of HIV transmission is heterosexual.

In the United States, approximately one-third of new diagnoses appear to be related to heterosexual transmission. Male-to-male sexual contact still accounts for approximately half of new diagnoses in the U.S. *Intravenous drug use* contributes to the

remaining cases. Because the diagnosis may occur years after infection, it is likely that a higher proportion of recent infections are due to heterosexual transmission.

Infections in women are increasing. Worldwide, 42% of people with HIV are women. In the United States, approximately 25% of new diagnoses are in women, and the proportion is rising.

Diagnosis

People are diagnosed with AIDS when they have certain signs or symptoms defined by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The CDC's definition of AIDS includes:

- Less than 200 CD4+ T cells per cubic millimeter of blood, compared with about 1,000 CD4+ T cells for healthy people. CD4+T cells are white blood cells that play an important role in the body's immune system. These cells are destroyed by HIV. Even when a HIV-positive person feels well and is not experiencing any symptoms of the disease, CD4+ T cells are being infected by HIV.

- CD4+ T cells accounting for less than 14 percent of all lymphocytes, a type of white blood cell.

Risk factors

- Have unprotected sex with multiple partners. You're at risk whether you're heterosexual, homosexual or bisexual. Unprotected sex means having sex without using a new latex or polyurethane condom every time.

- Have unprotected sex with someone who is HIV-positive.

- Have another sexually transmitted disease, such as syphilis, herpes, chlamydia, gonorrhea or bacterial vaginosis.

Complications

Bacterial infections

- Bacterial pneumonia. Mycobacterium avium complex (MAC). Tuberculosis (TB).

- Salmonellosis. Bacillary angiomatosis.

Viral infections

- Cytomegalovirus (CMV).

- Viral hepatitis. Herpes simplex virus (HSV). Human papillomavirus (HPV). Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML).

Fungal infections

- Candidiasis. Cryptococcal meningitis.

Parasitic infections

- Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) Toxoplasmosis Cryptosporidiosis.

Cancers

- Kaposi's sarcoma. Non-Hodgkin's lymphoma. Other complications.
- Wasting syndrome.
- Neurological complications.

Treatments and drugs

Anti-retroviral drugs

Anti-retroviral drugs inhibit the growth and replication of HIV at various stages of its life cycle. Seven classes of these drugs are available:

- Nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NRTIs).
- Protease inhibitors (PIs).
- Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs).
- Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NtRTIs)
- Fusion inhibitors.
- Integrase inhibitors.
- Chemokine co-receptor inhibitors.

Prevention

There's no vaccine to prevent HIV infection and no cure for AIDS.

- Educate yourself and others. Know the HIV status of any sexual partner. Use a new latex or polyurethane condom every time you have sex. Consider male circumcision. Use a clean needle.
- Be cautious about blood products in certain countries.
- Get regular screening tests.
- Don't become complacent.

- Follow safe-sex practices.
- Tell your sexual partners you have HIV.
- If your partner is pregnant, tell her you have HIV.
- Tell others who need to know.
- Don't share needles or syringes.
- Don't donate blood or organs.
- Don't share razor blades or toothbrushes.
- If you're pregnant, get medical care right away.

Why the World Needs an AIDS Vaccine

Despite the international community's best efforts- the HIV pandemic continues unabated. In 2007, 33.2 million people were living with HIV worldwide. About 2.5 million people became newly infected with HIV and an estimated 2.1 million lost their lives to AIDS. On average, people require life-saving antiretroviral treatment (ARVs) 7–10 years after becoming infected.

Herbal & Natural Treatment for AIDS

The medications which are curable with no harm and side effects that is the dietary supplements. So ultimately you have chosen a right place for your medications which are tried, tested and the proven ones with no side effects and no harm.

When we see the stats of the chronic diseases like aids, cancer and others are increasing in number than decreasing. This happens due to these main things that are improper diet, lack of nutrition, breathing impure air, having junk foods, getting addicted to the bad habits and many more. The people are really not thinking of the healthy living they just want to lead the life of their wish. And this is the main reason why the man is getting affected with such chronic diseases.

Anatomy of AIDS

According to Greek mythology, when curious Pandora opened a forbidden box she set loose all the miseries and evils known to the world. One of them was undoubtedly the virus the very name of which is Latin for slime, poison and stench (Eigen, 1993 p. 42).

Viral particles are so small that 100,000 gathered together are scarcely visible (and until the widespread use of electron

microscopes beginning in the 1930s, viruses could not be «seen»). Viruses have a genetic program whose purpose is to multiply inside its host. «All viruses, including HIV, are primitive creatures: tiny bundles of genes wrapped in protein, quite unable to reproduce until they've infected their chosen host» (Caldwell, 1993, p. 62).

HIV has morphological, biological, and molecular similarities to viruses affecting animals, but until now not known to affect humans. These viruses are «retroviruses» — ones that are regressive — they «go backward». A retrovirus changes the original molecular structure of its host cell... These cells become HIV cells forever.

Conclusion

To prevent the spreading of AIDS present day people will have to take measures in their daily life and also ensure that the more precaution is made, the more safer they will be which will lead themselves including the future generations to a healthy prospect...

Reference

1. Harrison internal medicine 17th edition.

СОДЕРЖАНИЕ

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	4
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	5
V МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»	6
ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ	7

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

V МЕЖДУНАРОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>И. Г. Жук, Е. М. Тишенко</i> ИСТОРИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ	12
<i>П. В. Гарелик, Г. Г. Мармыш, Э. В. Могилевец</i> О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ БИОЭТИКИ В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ	14
<i>Свящ. Александр Шибeko</i> ХРИСТИАНСКОЕ ВОЛОНТЁРСТВО КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РЕШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ	17
<i>М. Ю. Сурмач, Е. М. Тишенко</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	20
<i>А. А. Федосова</i> ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР: ДУХОВНО-ЭТИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ	24
<i>В. П. Дейкало, К. Б. Болобошко</i> ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ДОВЕРИЕ: К ПРОБЛЕМЕ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»	28

<i>Ю. В. Алексеенко</i> ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПРЕПОДАВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ	31
<i>О. В. Драгун, М. С. Дроздова, Л. В. Соболева, Е. А. Мишкевич</i> ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ	35
<i>Г. И. Юпатов, М. С. Дроздова, О. В. Драгун, Л. В. Соболева, Л. М. Немцов, И. В. Арбатская, Л. В. Бабенкова, В. Т. Валуй</i> ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	37
<i>В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрише, В. А. Киреенко</i> БИОМЕДИЦИНСКИЕ И БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	40
<i>В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрише, А. П. Грузневич</i> СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	44
<i>Д. В. Ампилогов, М. Н. Нурбаева</i> ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЭТИКИ	48
<i>Т. Ю. Крестьянинова, М. В. Шилина</i> ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ	52
<i>П. В. Подрез, К. М. Кубраков</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	55
<i>Г. Г. Бурак, Н. Г. Харкевич, И. В. Самсонова</i> ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ПРЕПОДАВАТЕЛЬ — СТУДЕНТ» КАК ПРЕДОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ	59
<i>Е. Н. Люшко</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И БОЛЕЮЩЕГО ПОДРОСТКА КАК ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ	62
<i>Ю. Ю. Земко</i> ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ С ПАЦИЕНТАМИ И РОДСТВЕННИКАМИ — СОСТАВЛЯЮЩАЯ УСПЕШНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ	66
<i>С. А. Сушков, Ю. С. Небылицин, Ю. В. Милодовская</i> СЛУЖА БОГУ И ХИРУРГИИ	68

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

<i>О. А. Лукин</i> ФАКТОР ДЕГРАДАЦИИ ЛИЧНОСТИ	72
<i>Свяш. Кшиштоф Витвицкий, свяш. Александр Сапель, М. Н. Нурбаева, С.В. Огризко, Л. Я. Ермолова, Я. С. Сипайло</i> ДУХОВНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ	75
<i>В. А. Клюев</i> ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ И ДЕФИЦИТОМ ЦИНКА	77
<i>И. И. Ефременко</i> МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕЗВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЁЖИ	81
<i>Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко</i> ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	85
<i>Dr. Pradeepan Vinayagamoorthy</i> PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM AND DRUG ADDITION	88
<i>Krishna Chaitanya Bevara</i> PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE	91
<i>Srilakshmi Balivada</i> PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM, DRUG ADDITION (1)	93
<i>Janith Chandima Wanigatunga</i> PROPHYLAXIS OF ALCOHOLISM, DRUG ADDITION (2)	99

III. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ

<i>Л. В. Лукина</i> ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МОРАЛЬ И НАУКА ВЫЖИВАТЬ	107
<i>Ю. В. Николаева</i> АБОРТ — НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ГРЕХ	110
<i>А. Ф. Хлопцев</i> ЦЕЛОМУДРИЕ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ СПИДА, ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АБОРТОВ	114
<i>Е. Н. Ермакова</i> НРАВСТВЕННЫЙ ВЫБОР ПСИХОЛОГА: «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» И «КУЛЬТУРА СМЕРТИ»	118

<i>Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, А. В. Комушенко</i> ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ В ВУЗЕ	121
<i>Е. Д. Смоленко</i> О ЦЕЛОМУДРИИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	126

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

<i>Е. Д. Смоленко</i> К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ОСНОВ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ БУДУЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	129
<i>О. М. Синявская, М. А. Шербакова</i> ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И АГРЕССИИ У УЧАЩИХСЯ ВЫПУСКНЫХ КЛАССОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА В МОМЕНТ СМЕНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	134
<i>М. А. Шербакова, А. В. Садовская</i> ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	137
<i>М. А. Шербакова, В. Ю. Павловская</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА	141
<i>А. Ф. Хлопцев</i> РАДИОФОБИЯ И РАДИАЦИОННЫЙ СТРЕСС И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	145
<i>Т. А. Ампилогова, М. Н. Нурбаева</i> ЗНАЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СИСТЕМЕ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ	149
<i>А. Н. Дударев</i> ПРОБЛЕМА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ	151
<i>И. И. Ефременко, Р. И. Фидельская</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САМОВОСПИТАНИЯ И САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ	155

И. В. Межуева

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	159
--	-----

**V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ
ПРОТИВ ВИЧ/СПИД**

<i>М. Н. Нурбаева, свящ. А. Сапель SDS, свящ. Т. Коханович SDS, Л. Я. Ермолова, Я. С. Сипайло</i>	
ОТНОШЕНИЕ К СПИДУ В СРЕДЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ	163
<i>Ks. Adam Dynak</i>	
ROZWAŻANIA NAD PERYKORĄ EWANGELICZNĄ O UZDROWIENIU CHOREGO NA TRĄD	168
<i>Dr. Srinivasulu Reddy Vaddiboyina</i>	
PROBLEM OF AIDS (1)	173
<i>J. I. Michelle Benedict</i>	
PROBLEM OF AIDS (2)	177

П78 **Проблемы** врачебной этики в современном мире : тезисы докладов V Междунар. мед. конф. (Витебск, 30 мая 2009 г.). — Минск : ПРО ХРИСТО, 2009. — 192 с.

ISBN 978-985-6825-25-8.

Тезисы V Международной медицинской конференции, которая была организована по инициативе Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом.

УДК 614.253(082)

ББК 51.1я43

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Тезисы докладов
V Международной
медицинской конференции

Ответственная за выпуск И. Бурак
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная верстка Г. Венславович
Корректор Ю. Шедько

Подписано к печати 16.04.2009.
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Гарнитура Орус.
Усл. печ. л. 9,87. Уч.-изд. л. 9,93.
Тираж 100 экз. Зак. № .

УП «Издательство „Про Христо“».
ЛИ № 02330/0494355 от 16.03.2009.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
http://pro-christo.catholic.by; e-mail: pro-christo@catholic.by

Напечатано в ЧП «ВЮА»
ЛП № 02330/0131540 от 30.04.2004.
220014 г. Минск, ул. Минина 23-213.

В V МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»
ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ МЕДИКИ,
СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛИ, ДИПЛОМАТЫ, УЧЁНЫЕ

БЕЛАРУСИ



ИНДИИ



РОССИИ



ВАТИКАНА



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



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
- НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД

