

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**6-7 июня
2019 г.**

Витебский облисполком
г. Витебск, ул. Гоголя, 6,
конференц-зал

Витебская епархия Римско-Католической Церкви
в Республике Беларусь
Управление по здравоохранению Витебского облисполкома

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XV Международная
медицинская конференция
(Витебск, 6–7 июня 2019 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2019

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

П78 **Проблемы** врачебной этики в современном мире : XV Международная медицинская конференция (Витебск, 6–7 июня 2019 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2019. — 184 с.

ISBN 978-985-7206-09-4.

Конференция организована по инициативе Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом.

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

ISBN 978-985-7206-09-4

© Витебская епархия Римско-Католической Церкви в РБ, 2019
© Оформление. УП «Издательство «Про Христо», 2019

Дорогие братья и сёстры во Христе!

6–7 июня 2019 г. Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь и Витебский облисполком проводят XV Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, учёных, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.

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

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

Официальные языки конференции:
белорусский, русский, английский.

Направления работы конференции:

- Биоэтика в современной медицине
- Современные методы диагностики и лечения болезней
- Современные тенденции зависимых форм поведения (алкогольного, наркотического, лекарственного, компьютерного и др.)
- Формирование духовно-нравственных ценностей и здорового образа жизни у молодёжи

Регистрация участников конференции состоится 6 июня 2019 г. с 10:00 до 10:30 (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

Конференция будет проходить:

6 июня 2019 г.	11:00–14:00
	15:00–18:00
7 июня 2019 г.	10:00–13:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 6 июня (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал)

Регламент устного выступления — до 30 минут.
Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

- Владимир ТЕРЕНТЬЕВ, председатель Витебского областного Совета депутатов
- Владимир ПЕНИН, заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета
- Епископ Олег БУТКЕВИЧ, ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь
- Священник Клеменс ВЕРТ SJ, модератор Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь (куратор проекта)
- Геннадий ЕГОРОВ, начальник главного управления идеологической работы и по делам молодёжи Витебского облисполкома
- Юрий ДЕРКАЧ, член Совета Республики, начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор
- Алексей ГАПАНОВИЧ, заместитель главного врача по ОМР УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Людмила ЕРМОЛОВА, врач УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Ядвига СИПАЙЛО, педагог ГУО «Гимназия № 7 г. Витебска»

ПРОГРАММА

XV Международной медицинской конференции «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

Регистрация участников состоится 06.06.2019 г. (Витебский обл-исполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал) с 10:00 до 10:30.

1-й день — 6 июня 2019 г.

Пленарное заседание.

10:30

Открытие конференции, приветствие участников

- ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич;
- председатель Витебского областного Совета депутатов Владимир Терентьев;
- заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета Владимир Пенин;
- Председатель Постоянной комиссии Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь по образованию, науке, культуре и социальному развитию Виктор Сиренко;
- начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома, член Совета Республики, д-р мед. наук, профессор Юрий Деркач;
- начальник Главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц Министерства здравоохранения Республики Беларусь, председатель комитета по биоэтике Республики Беларусь Елена Богдан;
- начальник главного управления по здравоохранению Могилевского облисполкома Александр Жилин.

PROGRAM

of the XV International Medical Conference “PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS IN THE CONTEMPORARY WORLD”

Registration of participants will take place on June 6, 2019 (Vitebsk Oblispolkom, 6 Gogol St., conference hall) from 10:00 to 10:30.

1st day – June 6, 2019

Plenary session.

10:30

Opening of the conference, welcoming of the participants:

- Bishop of the Vitebsk diocese of the Roman-Catholic Church in Belarus His Excellency Aleh Butkevich;
- Chairman of the Vitebsk Oblast Council of Deputies Vladimir Tserentsyev;
- Vice Chairman of the Vitebsk Oblast Executive Committee Vladimir Penin;
- Chairman of the Permanent Committee of the Council of the national Assembly of the Republic of Belarus on education, science, culture and social development Viktor Sirenko;
- Head of the Health Department of the Vitebsk Oblast Executive Committee, member of the Council of the Republic, Dr. med. sciences, Prof. Yuri Dzerkach;
- Head of the Main Department for the Organization of Medical Care, Expertise, Citizens and Legal Entities of the Ministry of Health of the Republic of Belarus; Chairman of the Committee on Bioethics of the Republic of Belarus Elena Bogdan;
- Head of the Health Department of the Mogiliov Oblast Executive Committee Aleksandr Zhylin.

Доклады:

11:00

Виктор Сиренко, председатель Постоянной комиссии Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь по образованию, науке, культуре и социальному развитию; Юрий Деркач, начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома, член Совета Республики, д-р мед. наук, профессор; Александр Жилин, начальник главного управления по здравоохранению Могилевского облисполкома (Беларусь)

«Закон о здравоохранении: решение современных проблем биоэтики»

11:30

Елена Богдан, начальник Главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц Министерства здравоохранения Республики Беларусь, председатель комитета по биоэтике Республики Беларусь (г. Минск, Беларусь)

«Принцип автономии пациента и принцип справедливости как основа современного здравоохранения»

12:00

Андрей Кирпиченко, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Зависимость от снотворных препаратов: проблемы диагностики и лечения»

12:30

Отец Кристофер Махар, профессор философии и моральной теологии, официальный Дикастерии по содействию целостному человеческому развитию (г. Рим, Ватикан)

«Целостное развитие человека в области здравоохранения. Решение современных проблем»

Presentations:

11:00

Viktor Sirenko, chairman of the Permanent Committee of the Council of the national Assembly of the Republic of Belarus on education, science, culture and social development; Yuri Dzerkach, head of the Health Department of the Vitebsk Oblast Executive Committee, member of the Council of the Republic, Dr. med. Sciences, Prof.; Aleksandr Zhylin, head of the Health Department of the Mogiliov Oblast Executive Committee

“Law on health care: solving modern problems of bioethics”

11:30

Elena Bogdan, Head of the Main Department for the Organization of Medical Care, Expertise, Citizens and Legal Entities of the Ministry of Health of the Republic of Belarus; Chairman of the Committee on Bioethics of the Republic of Belarus (Minsk, Belarus)

“The principle of patient’s autonomy and the principle of equity as the basis of modern healthcare”

12:00

Andrej Kirpichenko, Dr. med. sciences, Prof., Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the Vitebsk State Order of Peoples’ Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

“Dependence on sleeping pills: problems of diagnosis and treatment”

12:30

Fr. Christopher Mahar, Prof. Phd. Theol., Official – Dicastery for Promoting Integral Human Development (Rome, Vatican)

“New Charter of the Health Care Workers and new forms of addictions”

13:00

Александр Огороков, доктор мед. наук, профессор кафедры терапии № 2 ФПК и ПК; Олег Сычёв, ассистент кафедры терапии № 2 ФПК и ПК, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Алкогольные поражения сердца: актуальность, основы диагностики и лечения»

13:30

Отец Пётр Ашик SJ, профессор, ректор Collegium Bobolanum Папского богословского факультета (г. Варшава, Польша)

«Зависимости как способ растраты свободы: философская и теологическая точки зрения»

14:00–15:00

Перерыв

15:00

Любовь Барановская, преподаватель кафедры психиатрии и наркологии ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Профилактика компьютерной аддикции»

15:30

Любовь Коваленко, канд. пед. наук, доцент кафедры управления развития образовательных систем ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования» (г. Витебск, Беларусь)

«Духовно-нравственное воспитание на христианских традициях как условие психолого-педагогической профилактики аддиктивного поведения подростков»

16:00

Николай Харкевич, доктор мед. наук, профессор; Волде Тесфайе, канд. мед. наук, доцент кафедры нормальной анатомии, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«О пользе компьютера и вреде компьютерной зависимости»

13:00

Alexander Okorokov, Dr. med. sciences., Prof., Therapy Department № 2 of Faculty of Improvement of Qualification and Personnel Training; Oleg Sychiov, Associate Prof., Therapy Department № 2 of Faculty of Improvement of Qualification and Personnel Training, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"Alcoholic injuries of the heart: relevance, basic diagnosis and treatment"

13:30

Fr. Piotr Aszyk SJ, Dr., Prof., Rector of Collegium Bobolanum of the Pontifical Theological Faculty in Warsaw (Poland)

"Personal freedom and addictions: from a philosophical and theological point of view"

14:00 – 15:00

Break

15:00

Lyubov Baranovskaya, Lecturer, Department of Psychiatry and Narcology of the Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"Prevention of computer addiction"

15:30

Lyubov Kovalenko, PhD, Associate Professor, Department of Management of the Development of Educational Systems GUDOV, Vitebsk Regional Institute for the Development of Education (Vitebsk, Belarus)

"Spiritual and moral education in Christian traditions on the condition of psychological and pedagogical prevention of addictive behavior of adolescents"

16:00

Nikolai Harkevich, Dr., Prof.; Volde Tesfaye, PhD, Associate Professor, Department of regular anatomy of the Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"Benefits of the computer and the dangers of computer addiction"

16:30

Др. Роберто Аверна, специалист по детской и подростковой психиатрии клиники «Vambino Gesù», (г. Рим, Италия)

17:00

Дискуссия.

Заключительное слово — ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

В программе возможны изменения.

2-й день — 7 июня 2019 г.

10:00 – 13:00

Секционное заседание (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

Доклады:

10:00

Михаил Яблонский, доктор мед. наук, профессор кафедры судебно-медицинской экспертизы; Николай Харкевич, доктор мед. наук, профессор, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Алкогольная зависимость»

10:30

Екатерина Цыбульская, преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«К вопросу о наркотической зависимости у детей подросткового возраста»

16:30

Dr. Roberto Averna, specialist in Child and Adolescent Neuropsychiatry of the Pediatric Hospital «Bambino Gesù» (Rome, Italy)

17:00

Discussion.

Conclusion — Aleh Butkevich, Bishop of Vitebsk, Roman-Catholic Church of the Republic of Belarus.

The program is subject to change.

Day 2 – June 7, 2019

10:00 – 13:00

Sectional part (Vitebsk Oblast Executive Committee, Gogol St., 6, conference hall)

Presentations:

10:00

Mikhail Yablonsky, Dr. med. sciences, Prof., Department of Forensic Medicine Expertise, Nikolai Harkevich, Dr. med. sciences, Prof., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

“Alcohol addiction”

10:30

Ekaterina Tsybul'skaya, Lecturer, Department of Forensic Medical Expertise, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

“On the issue of drug addiction among adolescents”

11:00

Александр Буйнов, преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Влияние алкоголизма на взаимоотношения в семье»

11:30

Наталья Семенова, ст. преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы, ГУО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (г. Витебск, Беларусь)

«Правовые способы борьбы с алкогольной зависимостью»

12:00

Дискуссия.

Заключительное слово — ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

В программе возможны изменения.

11:00

Alexander Buynov, Lecturer, Department of Forensic Medicine Expertise, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"The effect of alcoholism on family relationships"

11:30

Natalia Semionova, Lecturer, Department of Forensic Medicine Expertise, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk, Belarus)

"State's ways to combat alcohol dependence"

12:00

Discussion.

Conclusion – Aleh Butkevich, Bishop of Vitebsk, Roman-Catholic Church of the Republic of Belarus

The program is subject to change.

Тезисы докладов
XV Международной
медицинской конференции

**«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»**

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

PATIENT-CENTERED CARE **For a medicine centered on patient as person**

Msgr. Jacques Suaudeau,
Member of the Pontifical Academy professor
(France)

The face of medicine does not stop changing since the bio-medical revolution of the sixties began. These changes have been impressive regarding the knowledge of diseases and the therapeutic answers. However, what medicine has acquired in terms of technical skills and efficiency, it has also lost in terms of humanity, becoming more impersonal, more distant, more difficult even to reach materially as soon as one lives away from large towns.

We had criticized the old medicine of Hippocratic tradition for its paternalism. Today we criticize medicine for its lack of communication, its aspect more technical than human, and the disappearance of the family doctor, the doctor who knew you and accompanied you.

In reaction against the excesses of this modern medicine practiced through computers and laboratory tests, without a human face, a new proposal has been moved forward since already a few years, which aims at restoring a true communication with the patient, taking him more fully into account in his wholeness of human person, and making him partner of the diagnosis and of the care. It is «patient-centered medicine» in opposition with modern, «westerner» medicine designated as «disease-centered medicine».

To understand this new way of conceiving the practice of the medicine it is indicated at first to describe the evolution which, starting with the end of past Hippocratic medicine, led to rediscover the importance of the patient, as person, in his/her wholeness. We will consider then what is patient-centered medicine, and will

look at the two developments that it has generated, the therapeutic education of the patient on one hand and the family-centered care on the other hand.

I - FROM HIPPOCRATIC MEDICINE TO PATIENT-CENTERED MEDICINE – 1960–1980

Medicine at all times has been centered on the relationship that is built between the medical doctor and the patient. This has been true of all medicines, traditional and non-traditional alike.

A - GENERALMEDICINE, AS AN EXPRESSION OF THE HIPPOCRATIC RELATIONSHIP BETWEEN THE MEDICAL DOCTORAND THEPATIENT

Before World War II medical doctors practiced according to the Hippocratic approach, which was that of a relationship between persons and not that of a contract. The traditional relationship between the medical doctor and «his» patient was very close and familiar. Most of the medical doctors were general practitioners and knew well their patients and the families of their patients. Thus they communicated with them and accompanied them in their daily life, up to and including in their death.

B - THE CHANGES FROM THE 1960s TO 1980s

This Hippocratic base of medicine remained unchanged, for the XIXth century up to the end of the Second World War, while the world evolved in an accelerated way. In the world of the post-war period, and in the following sixties, the ethical basis of medical practice appeared insufficient, «paternalist», not giving enough room to patient's autonomy. It was said necessary «to humanize» medicine, by taking more into account the self-determination capacity of the patient.

As Hippocratic medicine was so abandoned for the benefit of a medicine more respectful for the autonomy of the patient, biomedical sciences underwent, in the sixties, an explosive growth... Under the effect of the biomedical revolution, medicine changed. It became more and more effective technically. In the mean time, it lost a part of its human face. Medical doctors tended then to

become, according to David Rothman's expression, «strangers at the bed side».

These changes led to the following results:

- A greater distance between the medical doctor and the patient regarding communication.

- An increasing dissatisfaction of the patient regarding his consultation with the medical doctor.

- The feeling of the patients that they were neither listened nor understood.

- An increasing loss of confidence in the medical doctors, who started to be considered as more interested in money making than in caring for patients and, in the case of researchers or higher class clinicians and the specialists, as more interested in their own glory.

As commented it well by Eric Galam (2009): «paradoxically, the feats achieved by technical medicine and its increasing credibility» rendered «more and more unbearable its limits and failures». A need for humanity, also growing «appeared». After the almost exclusive fascination of the medical doctors and of the population for a machinebody to know and to explore at best, the need for taking into account the subjectivity of the patients developed. At the requirement for a quantitative precision (in the medical care) is added more and more clearly the need for the qualitative.

C - THE INCREASING REQUEST FOR A MORE HUMAN MEDICINE, LISTENING MORE TO THE PATIENT

In the middle of 1980s, the request for a change in the behavior of medical doctors towards their patients became insistent, supported in part by the movement of person's rights defense. People began to turn towards these authors whose doctor/patient relationship approach took into account the importance of patient's part in this exchange.

1) Carl Rogers

In the 1930s the North American psychologist-humanist Carl R. Rogers introduced the notion of «counseling» in clinical psychology. This notion refers to an approach of counseling and support of the patient. It rests on a base of empathy to the person, of respect for his/her private life, feelings, attitude and needs... Carl Rogers dedicated his professional life to work on the principles

of a relation of help and therapeutic accompaniment. In 1951 he published «*Client-centered therapy, its current practice, implications and theory*». The concept of «client-centered therapy» took its start.

2) The current of «psychosomatic medicine»: towards a holistic medicine

In the years 50-60 one another current made its appearance in psychiatry, that of the psychosomatic medicine, which takes into account the personality of the patient in his/her environment. In 1950, Franz Alexander, psychiatrist, director of the Chicago's Institute of Psychoanalysis, published «*The psychosomatic medicine*». He integrated in his approach medicine, psychoanalysis and biology. The psychosomatic disorder would appear from the conjunction of three factors: a specific type of conflict, a particular predisposition of the body of the subject and a current conflict situation.

3) Michael Balint and the «psychosomatic medicine»

Michael Balint (1896-1970), gave a new orientation to psychosomatic medicine. The purpose of Balint is within the framework of a group of medical doctors, to bring the physician to become aware of the psychic processes which intervene in the relation with his/her patient. The change in personality obtained within the doctor thanks to this work in group allows him/her to acquire a new capacity, that of listening to his/her patient during a long enough time. With his wife Enid, Michael Balint went to distinguish, in 1969, two approaches in medical practice: The one that they call «the illness-orientated medicine», the main objective of which is to make the diagnosis of a disease in order to treat it, and that of the «patient-centered medicine» in which, besides searching to individualize a disease, the physician takes into account the whole of the patient's person in order to reach an «overall diagnosis». That includes all what the doctor knows and understands of the patient.

4) The biopsychosocial model: George Engel

George L. Engel, North American psychiatrist, is the father of the biopsychosocial concept. In 1977 in «*The need for a New Medical Model: A challenge for Bio-medicine*», he underlines the need for a change in medical practice. He sharply criticizes the «biomedical reducer» model, and suggests widening the diagnosis approach by becoming interested in the social status of the patient. In 1980,

in «*The clinical application of the biopsychosocial model*», G. L. Engel widens his interest from the social status of the patient to his subjective state, that is to his/her thoughts, emotions, feelings.

5) The patient-centered approach

The patient-centered approach develop in the 80s, from the works of the Balint, and also from the psychosocial model, but in a perspective that is no more psychological or sociological, but of general medicine, in order to propose a new model of patient/doctor relationship.

The main contribution of this approach is to emphasize the personal, subjective aspects of the patient, as much as the psychosocial determining factors of his/hersickness, and to propose methods of interview to help the doctor to adopt an approach which will be actually centered on the patient. It is a question of proposing to the practitioners a way of functioning allowing a global diagnosis and a treatment which would take into account not only the disease but also the sick person.

Joseph Levenstein

In the 80s, Joseph Levenstein, a South African general practitioner, applied to general medicine the concept of «patient-centered medicine» developed by Michael and Enid Balint. He analyzes several hundreds of his medical consultations and discerns the crucial elements of these consultations which went well. He understands the importance of integrating the motivations of the patient into the clinical interview. In 1982, in an article published in the *Canadian Family Physician Journal*, he shows the weaknesses of a general medicine too much centered on the disease and forgetful of the social circumstances which influence this disease. In 1984, in a very detailed article published in the journal «*South African Family Practice*» JH Levenstein gives several examples of consultations according to the mode of the «patient-centered general practice consultation». In 1986, he publishes in association with EC. McCracken, IR McWhinney, MY Stewart, JB Brown JB, all general practitioners, three successive articles on «*Patient-centered clinical method*» which are at the origin of the development of the concept of a clinical approach centered on the patient.

II - PATIENT-CENTERED MEDICINE

A - DEFINITION

The Institute of Medicine: IOM, in its report published in 2001 «*Crossing the quality chasm: A new Health system for the 21st century*» defines the concept of patient-centered care as «*providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values and ensuring that patient values guide all other decisions*»¹.

It is a question of giving more place to the patient, of respecting better its individuality. The couple healthcare professional — patient has to form a real partnership in which each brings his knowledge.

The French High Authority of Health (Haute Autorité de Santé française) (HAS) in its document «*Approach centered on the patient*» (Démarche centrée sur le patient) published in May 2015 defined that way the approach centered on the patient: «*the approach centered on the patient leans on a partnership with the patient, his next of kin, and the healthcare professional or a pluriprofessional team to end in the building together of an option of care, in the follow-up of its implementation and in its adjustment in time. It considers that there is a complementarity between the expertise of the professionals and the experience of the patient acquired along life. It bases itself on a personalization of the care. . . the development and the strengthening of the skills of the patient to share the decisions with those who care for him and to make a commitment in his/hercares. . . a continuity of care in the time*».

It is a question of inciting the medical doctors to radically modify their way of functioning, by giving up definitively the strict biomedical model of decision and communication centered only on the disease to adopt permanently a different posture which integrates into the decision-making approach the patient as much as the disease.

¹ Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*, National academic Press, Washington DC, 2001, p. 6.

B - THE «RULES» OF MOIRA STEWART

For Moira Stewart, Canadian family doctor, the patient-centered approach gets organized around five rules²:

- (a) explore the patients' main reason for the visit, concerns, and need for information;
- (b) seek an integrated understanding of the patients' world — that is, their whole person, emotional needs, and life issues;
- (c) find common ground on what the problem is and mutually-agrees on management;
- (d) enhance prevention and health promotion;
- (e) enhance the continuing relationship between the patient and the doctor.

These rules have been a little more developed and clarified by the French «Collège National des Généralistes Enseignants» (1995), in the following way:

- 1) To explore the disease in its biomedical dimension and to recognize the perspectives of the patient through his representation of the disease, his expectations, his preferences.
- 2) To understand the person in his/her biopsychosocial entirety and his contextual dimension.
- 3) To get on with the patient on the problem, and negotiate the solutions, the sharing of responsibilities and the decisions.
- 4) To valorize the prevention and the promotion of health through collaborative relationship, partnership, and giving responsibilities.
- 5) To establish and maintain a doctor-patient relationship, a therapeutic alliance, a comprehensive attitude towards defenses and resistances.
- 6) To show realism, to adapt to every situation and to take into account its limits.

C - THE IMPORTANT POINTS IN PATIENT-CENTERED-MEDICINE

1) The importance of relations, interpersonal skills

Mouira Stewart, Carol Buck and Ian R McWhinney, in their ar-

² Stewart M, *Towards a global definition of patient centred care*, British Medical journal, 24 february 2001, vol.322, n°7284, pp. 444-445.

ticle of 1989 on doctor-patient relationship describe this relation as a pact which has its own therapeutic effects. In its essence, the patient-centered-medicine implies that the doctor takes care of feelings, of emotions and of moods at the same time as he specifies the diagnosis which underlies the problems of the patient. The attentive listening is the main quality of this new way of practicing the medicine.

2) The doctor has to look for the «hidden agenda» of the patient

In the patient-centered-medicine, the medical doctor should actively look for the «hidden agenda», that is the hidden motive of the patient bringing him to consultation.

During the interview the patient must be able to express his concerns without being interrupted. It has been demonstrated that when a patient begins to speak about a problem, it is not generally the main motive for the consultation that is often kept for the end. If the patient is interrupted at the end of twenty seconds of speech by the doctor who asks him/her questions, this expression is not done. «The important question is never discussed».

3) The patient passes on his experience, he conducts the anamnesis

The patient drives the anamnesis and the physician adapts to it (Blondeau, 1990). This approach emphasizes the receptivity of the medical doctor toward all the indications offered by the patient as well as to the topics that this one seems willing to avoid.

4) A personalization of care

In this new approach of the practice of medicine, the general practitioner has a function of care personalization, because he takes into account the subjective of the patient, his history, his environment. The personalized medicine within the framework of patient-centered-medicine aim at the person in its wholeness, taking into account all the aspects of his personality.

For the physician, in the patient-centered approach, it is as much important to take care of the experience of the disease as of the disease itself, because this approach improves the satisfaction of the patient and its level of observance.

5) The patient find himself positioned in the center, he is a «person»

In the patient-centered-medicine, the patient change of status: he is placed «*in the center of the system of care*».

In this setting, the patient is less considered as an object than as a person, «*the subjective experience of the disease takes place in the clinical look*».

Yes, the patient is not an addition of symptoms, he is an individual.

The patients do not believe any more blindly to what comes from the medical world, they become active.

For the authors who present the patient-centered-medicine, the medical doctor has to be able to answer the following five questions:

- Who is the patient? His/her interests, his/her work his /her relations etc.

- What are his/her expectations towards the medicine in general towards the medical doctor in particular?

- What is the influence of the disease in his/her life?

- What is his/her understanding of his/her disease?

- How does the patient live his disease?

In other words, they suggest to the doctor to have the curiosity, during the decision-making approach, to ask to the patient to speak about himself, and also to have the patience to wait and to listen to what he has to tell and to take it actually into account.

6) The medical doctor has to join the patient at the cognitive and emotional level

Moira Stewart observes that this medical practice of the «whole person» involves:

- an opening on behalf of the doctor toward inquiring about all the dimensions of the problems of the patient,

- a will on behalf of the doctor to join the patient at an emotional level, not only to understand his/her problems, but also to facilitate the cure of the person in its wholeness.

This way of practicing medicine requires a commitment of the doctor both at the cognitive level (the doctor learns more things on the patient) and at the emotional level (the doctor feels the pain and the suffering of the patient).

Furthermore, this approach affects the intuition of the doctor, its creative side. It puts together complex networks of various types of information (cognitive, emotional, intuitive), to form a new understanding of the patient, in communion with the patient.

The team of general practitioners with whom Moira Stewart works believes that this way of practicing this medicine which cure includes a change of heart as well as a change of mind.

D - THE RESULTS

1) The main effect of patient-centered-medicine is founding the quality of the doctor-patient relationship

This effect is difficult to estimate with the usual instruments of appraisal because it takes place at the level of the quality of the relation and cannot be measured, at least by the usual clinical criteria of results assessment (Epstein, on 2011).

It consists essentially in the shift, in the consultation, from a dialogue dominated by the doctor to a dialogue which commits the patient to be an active participant. The doctor who practices patient-centered medicine is more concerned, more attentive to the patient. His attitude of empathy changes his stand from a position of authority to a position of partnership, solidarity, empathy, collaboration.

The reception of this attitude by the patient depends much in fact many of his previous habits. The patient can be disconcerted by the invitation made by the doctor to speak more, on him and on his environment, and to participate in his own treatment. There is an education of the patient to this new approach that has to be done.

2) The patient-centered-medicine has positive effects on the doctor and on the patient

On the doctor's side:

On the doctor's side, the patient-centered-medicine:

- Explores at the same time the disease and the experience which the patient has of his disease.
- Takes the person in her wholeness.
- Finds a common ground with the patient (partnership).
- Integrates prevention and promotion of health.
- Improves the relation doctor/patient.
- Is realistic.

This approach brings to the doctor who practices it a greater satisfaction, a better use of time, and fewer complaints from the patient.

The patient-centered-medicine improves the doctor's knowledge of his patient, and, therefore, has a positive impact on the cure of the patient.

On the patient's side:

It is the criterion of its perception by the patient that allows judging better the contribution of patient-centered-medicine to the patient (Hudon, 2011).

The patient experiences a positive feeling, of empathy, encouragement, warmth.

The patient-centered-medicine approach brings to the patient:

- A greater satisfaction (Hall JA, 1988) (Dietrich 1982), (Linn 1982).

- A better adhesion of the patient to the treatment (Meagher F, 1982).

- An improvement of health.

- The expression of the feelings, ideas, and expectations of the patient is facilitated (Watered Stewart)... The patient is well informed.

- Patient and medical doctor agree on the aim of the treatment, chosen together.

- The patient plays an active role.

- The health of the patients is improved because they perceive that their visit was centered on the patient, and that they found themselves on common ground with the doctor. This approach reduces the expenses by reducing the recourse to laboratory tests for establishing the diagnosis (Stewart M and al, 2000).

Little P et al. (2001) have estimated the preference of the patients for an approach centered on the patient. They found that more than 75% of the questioned patients wish for this approach.

Griffin and al (2004): on 35 interventions of patient-centered-medicine most of the interventions (75%) improved the relations between the patient and the doctor. A positive effect on health was found in a significant way in 44% of the interventions.

Stewart and al (2000) have made a cohort study on the effects of patient-centered- medicine. It has interested 39 family doctors and 315 patients. When the patients have a good perception of patient-centered-medicine, they have also a better cure, a better emotional health. They need far less of laboratory diagnostic tests. It is the patient himself who conditions the results of patient-

centered-medicine according to the perception which he has of it: he is the ultimate arbiter of this medicine.

III - THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION

A logical corollary of patient-centered- medicine, which was not part of the first approach of this medicine, is the therapeutic patient education.

In patient-centered-medicine, the medical doctor has not only to make an effort to listen to the patient, and consider him in his wholeness, but the patient also has to understand what tells him/her the doctor and to cooperate with him, in order to become partner in the implementation and the follow up of his therapeutics. This is particularly true for the patients suffering from chronic diseases. That is why there is a necessary education of the patient.

A - THE ANALYSES OF THE YEARS 1990-2000

Analyses made for the end of 1990s showed that the patients with chronic diseases suffered from the lack of communication with the medical doctors and the nursing staff.

This lack of communication ended in a too often ineffective and inappropriate use of the professional capacities of the physician and in a relative failure of treatments. The sophisticated knowledge which had been accumulated for the treatment of these affections did not result in a system allowing delivering adequate care.

K Dracup et al.³ (1994).

Cooper H et al (2001)⁴.

K. Dickstein et T. Jaarsma (2005)⁵.

³ Dracup K, Baker DW, Dunbar SB, Dacey RA, Brooks NH, Johnson JC, Oken C, Massie BM., *Management of heart failure. II. Counseling, education, and lifestyle modifications*, JAMA, 9 November 1994, vol. 272, n°18, pp. 1442-1446.

⁴ Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G., *Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses*, Patient Education and Counseling, August 2001, vol. 44, n°2, pp. 107-117.

⁵ Dickstein K, Jaarsma, *Heart failure management programmes: delivering the message*, The European Journal of Heart Failure, 16 March 2005, vol.7, n°3, pp. 291-293.

T. Groves et EH Wagner (2005)⁶.

It was thus important to revise the way the doctors managed these diseases, and this revision had to consider at first a more adequate education of the patients, enabling them to self-manage their chronic disease.

In November, 1996 the Regional Office of WHO for Europe constituted a working group on this question, with the aim of preparing «a document indicating the content of a specific education programme for health care providers... in the field of prevention of chronic diseases and therapeutic patient education». The working group presented the result of its investigation in 1998, in the form of a report entitled «Therapeutic Patient Education». The aim of this programme was «to help health care providers acquire the competencies to help patients to self-manage their chronic disease».

B - DEFINITION OF THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION (TPE)

«Therapeutic Patient Education» (TPE) is in fact of the application at the therapeutic level of «patient-centered-medicine», in which a more particular attention is given to the training of patients so that they understand better the therapeutics which is proposed to them, the changes of behavior that they have to actualize, and the way they can improve the results of this therapeutics through self-management.

According to the WHO (1998), «*Therapeutic patient education should enable patients to acquire and maintain abilities to allow them to optimally manage their lives with their disease. It is therefore a continuous process, integrated in health care. It is patient-centered*»⁷.

⁶ Groves T, Wagner EH., *High quality care for people with chronic diseases*. BMJ, 19 March 2005, vol.330, n°7492, pp. 609-610.

⁷ *Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for health Care Providers in the field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen 1998, p.8.

C - THE PHILOSOPHY OF THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION

Within the framework of patient-centered-medicine⁸, the therapeutic patient education.

- Leans on a partnership between the patient, his relatives, and the healthcare professional, or the pluriprofessional team.

- Toget to build together an option of care, the follow-up of its implementation and in its adjustment in time.

- It considers that there is a complementarity between the expertise of professionals and the patient's experience, acquired along a life that has been lived with health or psychosocial problems, with the disease and with its repercussions on personal life and that of his/her relatives.

- It bases itself on a personalization of care through an attentive listening of the patient which brings to an understanding of what is important for him/her, and gives access to his/her knowledge, his/her representations, his/her feelings.

- It aims at the development and at the strengthening of the skills of the patient to share decisions with the health care provider and to commit him/herself in his/her own care, in the management of his/her life with the disease, thanks to information sharing, delivery of advices and of precautions to take, and thanks to therapeutic education .

D - THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION AIMES AT PATIENT'S SELF-MANAGEMENT

The Haut conseil de la Santé Publique (High Council of Public health), in France, in a report published in 2009 has a more complete definition of this therapeutic patient education, which includes the family of the patient.

«Therapeutic education aims at helping patients and their families to understand the disease and its treatment, to cooperate with the care givers, to live more healthily and to maintain or to improve their quality of life...»⁹.

⁸ HAS, Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, Mai 2015.

⁹ HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique, *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours*, rapport, 2009, p. 5, http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112_edthsoppre.pdf

It is not only a question of having the patient and his/her family understanding what it is all about and what is the treatment that is wanted to be established, but it is also a question that they cooperate with the care givers in order to become actually partners in the therapeutics, and that they self-manage optimally their life with the disease.

E - A CONTINUOUS PROCESS, INTEGRATED INTO THE CARE

According to the definition of the WHO (1998), therapeutic education of the patient is «*a continuous process, integrated in health care*» and «*patient-centered*».

It comprises organized activities of raising awareness, information, learning and psychosocial support concerning the disease, the treatment prescribed, the care, the hospitalization¹⁰.

According to the report of the Haut conseil de la Santé Publique (High Council of Public health, France, 2009) there is «*attherapeutic education integrated into the care*», when this «*therapeutic education*»:

- Is centered on the patient and not only on the disease or on the content's of learning.

- Is built from a global approach to the person.

- Acknowledge the patient in his/her singularity and in his/her complexity.

- Works on a holistic clinical reasoning which takes into account the needs, the expectations and the possibilities of the patient and of his/her environment, in their physical, psychological, cultural, social, religious or ethical dimensions.

- Relay on the listening of the patient and on the adoption by the care giver of an educational attitude, of a way of being in day-to-day life with the patients.

- Leans on a shared evaluation of the situation, between patient and care giver, and on joint decisions.

¹⁰ *Définition de l'éducation thérapeutique du patient*, airss-sapho.org., <http://www.airss-sapho.org/education-therapeutique-du-patient-etp>

F - RESULTS

The estimation of the effects of therapeutic patient education on the morbidity, the follow-up of therapeutics, or the patient's quality of life is difficult to achieve because the criteria of appreciation of these effects remain limited.

Haut Conseil de la Santé Publique (High Council of Public health, 2009): «*for a large number of pathologies, it is demonstrated that therapeutic patient education improves the efficiency of care and allows reducing the frequency and the gravity of complications...*»¹¹.

Generally speaking, the patient education in the self-management of their health problems seems to have a positive effect on the patients who receive it by decreasing the morbidity, the mortality, the readmission rate in hospital, and by improving the quality of life.

In practice, numerous programs of therapeutic patient education have been proposed, differing widely between them in their strategies, and of which it is difficult to draw conclusions as for their efficiency (Albano MG et al, 2014)¹². The involvement of such programs in the education of the patients suffering from chronic diseases appears still limited.

Jullière Y et al (2009)¹³, making the first evaluation of a therapeutic educational program (I-CARE) for patients suffering from cardiac insufficiency, implemented in 136 centers, observed that the pro-

¹¹ HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique, *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours*, rapport, 2009, p. 5, http://www.hcsp.fr/docspdf/avis-rapports/hcspr20091112_edthsoppre.pdf

¹² Albano MG, Jourdain P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, d'Ivernois JF, *Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme?* Archives of Cardiovascular Diseases, May 2014, vol. 107, n°5, pp. 328-339.

¹³ Jullière Y, Jourdain P, Roncalli J, Boireau A, Guibert H, Lambert H, Spinazze L, Jondeau G, Sonnier P, Rouanne C, Bidet A, Sandrin-Berthon B, Trochu JN, I-CARE participants of the Working Group on Heart Failure of the French Society of Cardiology. *Therapeutic education unit for heart failure: setting-up and difficulties. Initial evaluation of the I-CARE programme.* I-CARE participants of the Working Group on Heart Failure of the French Society of Cardiology, Archives of Cardiovascular Diseases, January 2009, vol. 102, n°1, pp. 19-27.

gram had some positive results, even though they were difficult to identify and to quantify. The concerned patients showed a lower morbidity, a reduction in mortality (15%), and a shorter length of the periods of hospitalization. The problem is that such an education of the patient is not so easy to set up and to manage, because of the associated expenses, and because of the lack of people able to lead them.

Arthurs G et al (2015)¹⁴ have examined, in a review of literature, the results of patient's education on the adherence to oral anticancer treatments. The results seem very heterogeneous and do not demonstrate a great efficiency of the intervention. It would seem that patient's therapeutic education in these conditions of cancer could have a positive effect on the quality of life and the survival of patients. The patients who had received such an education showed a greater adherence to oral anticancer medicine (96.8% against 87.2% in the control group).

Shin JC et al (2017)¹⁵ followed 109 patients with an injury of spinal cord and suffering from neurogenic pains. These patients participated in an educational program to pain control, specifically created for them. 72% of these patients took at the beginning of their follow-up more than two types of medication against the pain. This percentage fell to 33% after their participation in the program. The program brought to the patient's a reduction of the felt pain, and the decrease of the number of the medications used against pain. The authors concluded in the efficiency of the program and also in the fact that it had to be proposed very early to patients.

The Swedish Council on Health Technology Assessment has published a booklet on patient's education in the follow-up of type

¹⁴ Arthurs G, Simpson J, Brown A, Kyaw O, Shyrier S, Concert CM, The effectiveness of therapeutic patient education on adherence to oral anti-cancer medicines in adult cancer patients in ambulatory care settings: a systematic review. JBI Database on Systematic Review and Implementation Report, 12 June 2015, vol. 13, n°5, pp. 244-292.

¹⁵ Shin JC, Kim NY, Chang SH, Lee JJ, Park HK., *Effect of Patient Education on Reducing Medication in Spinal Cord Injury Patients With Neuropathic Pain*, Annals of Rehabilitation Medicine, August 2017, vol. 41, n°4, pp. 621-630.

2 diabetes mellitus¹⁶. It comes from this report that the education of patient with Diabetes 2, when it is done by expert people, who know well the therapeutic patient educational programs, can lower substantially the rate of glycosylated hemoglobin HbA1C (reflecting average plasma glucose) in patient's blood, after one or two years. The individual education of the patients gives a reduction of HbA1C after one year. The costs of the educational sessions are low.

As a whole the «therapeutic patient's education» seems to be still more an aim than a reality. It is difficult to evaluate the results of this education and to compare the efficiencies of programs. The numerous publications reporting today such educational programs strike by insufficient and limited character of the education so provided. None of the reports that have been examined mention a participation of families to the educational program.

IV - FAMILY-CENTERED CARE

Another way of practicing medicine was recently proposed in which families and more particularly the relatives are recognized as partner having an expertise. This approach called «family-centered care» implies a redefinition of the respective roles of relatives and of participants.

The «family-centered care» is well associated with patient's-centered- medicine, giving the «Patient and family-centered care» (PFCC).

A - HISTORY

The idea to collaborate with families is present in the scientific papers since 1926, but the way of working with them has much evolved.

In fact this collaboration with families was more considered.

- Within the framework of health services for children requiring special care.

¹⁶ Swedish Council on Health Technology Assessment. *Patient Education in Managing Diabetes: A Systematic Review* [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2009 Nov. SBU Yellow Report No. 195.

- Within the framework of intensive care in paediatrics.
- In the case of palliative care and end of life.

The concept of «patient and family-centered care» formed during the second half of XXth century, when was realized the importance of the role of families in the promotion of the health and of the well-being of their children.

This medicine was in fact practiced in paediatrics and in obstetrics (for the labor and the delivery) since already many years, but today the movement extends to the care given to adults. In 1992 was founded in the United States the «*Institute for family-centered care*» which has become since «*Institute for Patients and Family-centered care*». It has for mission to favor the development of a partnership between patients, families and care givers professionals and to promote the practice of care centered on the family.

B - DEFINITION

What is the «care centered on the patient, centered on the family» (PFCC)?

The «*Committee on hospital care and Institute for patient and family centered care*»¹⁷ define it that way: «*Patient and family-centered care is an innovative approach to the planning delivery and evaluation of health care that is grounded in a mutually beneficial partnership among patients, families and providers that recognizes the importance of the family in the Patient's life*».

Linda S. Baas gives in 2012 a detailed definition of this new concept:

- What PFCC is not?

It is not posting signs for extended visiting hours, nor is it providing a comfortable couch or Wi-Fi access for family visitors in the patient room.

- What it is PFCC?

It is much broader and should be considered more as a philosophy or mission of a health care facility.

¹⁷ Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-centered Care, *Patient- and family-centered care and the pediatrician's role*. Pediatrics, February 2012, vol. 129, n°2, pp. 394-404. .

PFCC is an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships.

It is about *an approach of the organization, about the application and about the evaluation of health care based on a partnership between the patient, its family and the professionals who give health care, mutually beneficial for each party.*

C - PHILOSOPHY OF THE PATIENT — AND FAMILY-CENTERED CARE

The healthcare professionals who practice such a care centered on the patient and on his family recognize the vital role which families play by ensuring the health and the well-being of the children and the members of any ages of the family.

They recognize that the emotional, social, developmental support provided by family is an integral component of health care.

D - CONCEPTS-PRINCIPLES OF PFCC

An institution dedicating itself to a medicine centered on the patient, centered on the family has to include the patients and their family in the decision-making process, and in all that regards the managing of treatment and the shift to a new program.

It recognizes the role which the members of the patient's family play in the planning of the care of the patient, at home, and in the realization of this care.

The term of «care centered on the family» does not mean that we remove from the competent patient the capacity to take decisions concerning the care which is given to him/her, but that the decisions taken by the patient regarding his/her health have to be contextualized in the wider frame of his/her family.

1) The concepts of the PFCC

The Institute for Patient- and Family-Centered Care has defined 4 concepts as essential for PFCC¹⁸:

- Dignity and respect. It is the responsibility of health care providers to follow the wishes of patients.

¹⁸ Baas LS, *Patient- and family-centered care*, Heart Lung, November-December 2012, vol. 41, n°6, pp. 534-535.

- Information sharing. Healthcare providers must provide unbiased information at the appropriate level of understanding for patients and family.

- Participation of patients and family should be encouraged and supported.

- Collaboration is an essential concept that must be included on an individual basis and at an institutional level. A truly PFCC institution will have patients and family included in decision-making on all aspects of policy and procedure development, new program development, and institutional design.

2) The principles of the PFCC

The principles of the care centered on the patient-care centered on the family, suggested in of numerous guide-lines¹⁹ include:

- listening of families,

- helping families and patients in their choices,

- sharing the information,

- building trust between patient, family and health-care providers,

ensuring,

- ensuring the participation of all in decision-making process.

3) The practical functioning of PFCC

Each group — patient, family, medical doctor and healthcare provider — must be equal in importance in the interrelation which unites them in order to assure the best result, for the benefit of all.

None of the three groups has to dominate the others.

Most of the time however the health care providers are those, who fix the rules or give the orders.

If one of the members of the family begins to take up too much room, intimidates the caregivers, makes unreasonable requests, or utters threats his/her makes derail the system.

¹⁹ American Hospital Association, *Strategies for leadership patient and family-centered care*, <http://www.aha.org/advocacy-issues/communicatingpts/pt-family-centered-care.shtml>.

Millenson ML, Shapiro E, Greenhouse PK, DiGioia AM III.

Patient- and Family-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care, American Medical Association Journal of Ethics, 1 January 2016, vol. 18, n°1, pp. 49-55..

The question of a fight for power between members of the family and health care team arises when the roles and the responsibilities are badly defined.

D - RESULTS

In practice the question of family-centered care is found in a more specific way in some settings:

- in the intensive care units in general,
- in the resuscitation care,
- in the intensive care units for newborns,
- in the intensive care units in paediatrics,
- in the participation of families in the visits made by the medical team (Big Rounds),
- in palliative care and at the end of life.

1) Presence of the family in the intensive care units (ICU)

The families of the patients in resuscitation or in an intensive care unit are suffering and have needs.

Suffering and needs of the members of the families of the patients in ICU

F Pochard and collaborators (2001)²⁰ on 920 members of the families of 637 patients treated in 43 French intensive care units have observed various symptoms of anxiety and depression in 72% of the members of the family of the patient treated in intensive care unit.

The combined effect of these symptoms on the members of the family can end up in what is called the «Post--intensive care family syndrome» (Davidson, 2012)²¹.

²⁰ Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, Grassin M, Zitoun R, le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group., *Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity*, Critical Care Medicine, October 2001, vol. 29, n°10, pp. 1893-1897. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P.

²¹ Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ., *Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family*, Critical Care Medicine, February 2012, vol. 40, n°2, pp. 618-624.

The families of the patients need at first adequate information. Communication appears in the eyes of families as important as the techniques of care (Molter, 1979)²².

They also need to know the specific role of each of the members of the health care team (Malacrida, 1998²³, Azoulay, 2001²⁴, Heyland, 2003²⁵).

The overcoming of reluctances in the introduction of the family-centered care in the ICU

The introduction of the family-centered care in the sector of the intensive care units was received in the beginning with great suspicion on behalf of the healthcare professionals who were afraid that the interference with families would disturb the good order of care. But, starting from the mid-90s studies began to be published showing that the benefits offered by this approach were superior to its inconveniences. In that way a study led in New England (2007)²⁶ s over the visiting hours in the intensive care units reported that a regime of unlimited time of visit could be instituted without trouble for the care, on the condition of certain adjustment on behalf of the healthcare providers. This was confirmed by other studies led in different countries²⁷.

²² Molter NC, *Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study*. Heart Lung, March-April 1979, vol. 8, n°2, pp. 332-339.

²³ Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, Martinez M, Badia F, Piazza J, Vizzardi N, Wullschlegler R, Rapin CH., *Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died*, Critical Care Medicine, July 1998, vol. 26, n°7, pp. 1187-1193.

²⁴ Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group, *Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study*, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, January 2001, vol. 163, n°1, pp. 135-139.

²⁵ Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, Dodek PM, Cook DJ. *Dying in the ICU: perspectives of family members*, Chest, July 2003, vol. 124, n°1, pp. 392-397.

²⁶ Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. *Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement*, Critical Care Medicine, February 2007, vol. 35, n°2, pp. 497-501.

²⁷ Giannini, *Open intensive care units: the case in favour*. Minerva Anestesiologica, May 2007, vol.73, n°5, pp.299-305. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Cati-neau J, de Tinténiac A. *A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units*, Intensive Care Medicine, October 2002, vol. 28, n°10, pp. 1389-1394.

Another concern was about the control of infections if families were admitted too easily near the patients. Even there it was shown that, as long as members of the family were educated in a procedure of asepsis (washing of hands, disinfection by a gel), the control of infections was not negatively affected by the suppression of the limits in the visits.

Today, intensive care units «opened», without limits of time in the visiting hours, with guidelines for the prevention of the infections through the education of the family members in asepsis, exist all around the world, but with a very uneven distribution. In Europe, Sweden has the highest percentage of them (80%) and Italy the lowest (1%).

The need of training the healthcare staff and the medical doctors in the communication

The satisfaction of families which are allowed to have more easily access to the treated person in intensive care depends not so much on this access, but on the quality of the communication which they were able to have with the nursing staff, and of the possibility which was offered to them to participate in the decision-making concerning the patient (Kirchhoff KT et al, 2004)²⁸.

That is why the reception of families in intensive care units requires on behalf of the staff of care a particular training in communication. The conflicts which could arise between the family and the medical doctors must be prevented by a higher attention to the autonomy of the subjects.

Importance of the communication when the patient is dying

Particular care must be given to communication with members of the family when the patient is dying in the intensive care unit, in order to reduce the weight of the mourning that they will have to assume. This care for communication includes longer periods of speaking with the family, and a more attentive listening of the members of the family, with an increase in the listening times.

²⁸ Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K, *Caring for the family of the critically ill patient*, Critical Care Clinics, July 2004, vol. 20, n°3, pp. 453-466.

Members of the family must be able to have more time to speak and to express themselves (Lautrette, 2007)²⁹.

Presence of families in the visits made by the medical team in ICU

An interesting initiative is the incorporation of members of the family in the rounds of the health care team, in intensive care units. Their participation in the rounds increases clearly the communication (Allen, 2017)³⁰.

It is necessary to pursue the investigations in this domain

The family-centered care should be considered today an important part of the high quality care given in any intensive care unit. Many strategies described in guidelines are based on common sense and can actualize without important financial investment and without any special equipment.

It is necessary to validate these measures which bring real benefits (Gerritsen, 2017).

2) Presence of the family during resuscitation

Despite the change of trends, the presence of the family during resuscitation stays a controversial topic.

The concerns

The concerns on this matter are centered on three points³¹:

²⁹ Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fieux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E., *A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU*, The New England Journal of Medicine, 1 February 2007, vol. 356, n°5, pp. 469-478.

³⁰ Allen SR, Pascual J, Martin N, Reilly P, Luckianow G, Datner E, Davis KA, Kaplan LJ., *A novel method of optimizing patient- and family-centered care in the ICU*, The Journal of Trauma and acute care surgery, March 2017, vol. 82, n°3, pp. 582-586.

³¹ La Fédération Européenne des Associations des Infirmiers en Soins Intensifs(EFCCNa), la Société Européenne de Soins Intensifs en Pédiatrie et en Néonatalogie (ESPNIC) et la Société Européenne du Conseil en Cardiologie d'Infirmiers Cardiovasculaire et de la Profession Alliés, *La Présence des Membres de la famille pendant les manoeuvres de Réanimation cardio-pulmonaires*, déclaration conjointe, Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs, 12 novembre 2017, <http://www.siznursing.be/attachment/88119/>.

- The first one is the risk that the presence of the family affects the performance of the medical team and increases its anxiety.

- The second is the risk that an anguished member of the family perturbs the process.

- The third is that by attending traumatizing experience members of the family may experience negative psychological and emotional consequences.

The positive points coming from the presence of the family

The family finds in fact its good being present during the care of resuscitation and during the emergency procedures effectuated on the patient:

- It realizes that all efforts are made to resuscitate the patient.

- It forges a link with the medical team.

- It has the satisfaction of knowing that their close relative is in good hands (Wagner, 2004)³².

If resuscitation fails it has the experience of a more human atmosphere which allows it more easily to mourn (Robinson, 1998³³, Van der Woning 1999³⁴, Eichhorn et al, 2001)³⁵.

The presence of the family in cardiopulmonary resuscitation has a positive effect on the family (Critchell, 2007)³⁶. Most of the

³² Wagner JM, *Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation*, American Journal of Critical Care, September 2004, vol. 13, n°5, pp. 416-420

³³ Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT., *Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives*, The Lancet, 22 August 1998, vol. 352, n°9128, pp. 614-617.

³⁴ Van der Woning M, *Relatives in the resuscitation area : a phenomenological study*, Nursing in critical Care, 1999, vol. 4, n°4, pp. 186-192.

³⁵ Clark AP, Calvin AO, Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. A research-based intervention*. Critical Care Nursing Clinics of North America, December 2001, vol.13, n°4, pp.569-575. Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Taliaferro E, Calvin AO, *During invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient*, American Journal of Nursing, May 2001, vol.101, n°5, pp.48-55.

³⁶ Critchell CD, Marik PE, *Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature*, American Journal of Hospice and Palliative Care, August-September 2007, vol. 24, n°4, pp. 311-317.

families wish to attend the resuscitation of the patient. Those who have had this experience indicate that they are ready to do it again if needed (Halm, 2005)³⁷. Besides, most of the care givers are favorable to the presence of the family during the cardiopulmonary resuscitation (MacLean, 2003³⁸, Fullbrook et al., 2005³⁹, 2006⁴⁰, Clift, 2006⁴¹, Fallis, 2008⁴²).

3) Presence of the family in the intensive care neonatal units

The family-centered care seems particularly indicated in the situation of the neonatal intensive care units (NICU). Indeed, in these units, the separation of the parents from their child is associated with parental problems such as depression, post-traumatic stress, anxiety or other conditions affecting the relation between the parents and the child. They have a negative effect on the social and emotional development of the child⁴³.

³⁷ Halm MA, *Family presence during resuscitation: a critical review of the literature*, American Journal of Critical Care, November 2005, vol. 14, n°6, pp. 494-511.

³⁸ MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, Déry P, *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses*. American Journal of Critical Care, May 2003, vol. 12, n°3, pp. 246-257.

³⁹ Fullbrook P, Albarran JW, Latour JM. *A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation*, International Journal of Nursing Studies, July 2005, vol. 42, n°5, pp. 557-568.

⁴⁰ Fullbrook P, Latour JM, Albarran JW. *Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey*. International Journal of Nursing Studies, September 2007, vol. 44, n°7, pp. 1238-1249.

⁴¹ Clift L, *Relatives in the resuscitation room: a review of benefits and risks*, Paediatric Nursing, June 2006, vol. 18, n°5, pp. 14-18.

⁴² Fallis WM, McClement S, Pereira A, *Family presence during resuscitation: a survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions*, Dynamics, Fall 2008, vol. 19, n°3, pp. 22-28.

⁴³ Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J., *Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby*, Journal of Perinatology, December 2015, vol. 35 Suppl 1, pp. S5-S8.

The family-centered care in NICU is based on the partnership between family and car giver⁴⁴. It becomes a reality through the absence of limitation in the presence of the parents in the NICU, the commitment of the parents in the care given to the child, and an opened communication between parents and the car givers (Griffin T, 2006)⁴⁵. The parents are considered the main agents in the care, the nurses playing more the role of educators, and emotional support (Malusky SK, 2005⁴⁶, Nyqvist, 2009)⁴⁷. This allows the early establishment of links between parents and the newborn (Maree, 2016)⁴⁸. In fact the parents not only play the role of main giver of care, but are also beneficiaries of care because they are subjected to a hard test (Hadian Shirazi, 2016)⁴⁹.

So that there be a good communication between the health care team and the parents in NICU it is necessary at first that the premises are arranged for that purpose. Then the nursing staff has to be trained in this perspective, which asks for a particular attention on behalf of the health systems (Shirazi, 2015)⁵⁰.

⁴⁴ Trajkovski S, Schmieid V, Vickers M, Jackson D., *Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study*, Journal of Clinical Nursing, September 2012, vol. 21, n°17-18, pp. 2477-2487.

⁴⁵ Griffin T, *Family-centered care in the NICU*. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, January-March 2006, vol. 20, n°1, pp.98-102.

⁴⁶ Malusky SK., *A concept analysis of family-centered care in the NICU*, Neonatal Network, November-December 2005, vol. 24, n°6, pp. 25-32.

⁴⁷ Nyqvist KH, Engvall G. *Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit*, Journal of Pediatric Nursing, April 2009, vol. 24, n°2, pp. 153-163.

⁴⁸ Maree C, Downes F, *Trends in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care*, Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, July-September 2016, vol. 30, n°3, pp. 265-269.

⁴⁹ Hadian Shirazi Z, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F, *Lived Experience of Caregivers of Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: "Evocation of Being at Home"*, The Iran Journal of Pediatrics, 26 July 2016, vol. 26, n°5:e3960.

⁵⁰ Hadian Shirazi Z, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F. *The Obstacles against Nurse-Family Communication in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: a Qualitative Study*, Journal of Caring Sciences, 1 September 2015, vol. 4, n°3, pp. 207-216.

The practice of family-centered care in NICU has unmistakably a positive impact on the parents (Gooding, 2011)⁵¹. It helps families to endure the stress of the hospitalization of their child⁵² and their parental role is increased (Balbino, 2016)⁵³. A statistically significant improvement is observed in these conditions in the perception of the care by the parents (Miyagishima, 2017)⁵⁴ and a better relation of the medical team with the family is noticed.

4) Presence of the family in the intensive care units, in paediatrics

The family-centered care has been introduced in a similar way in paediatrics intensive care. It ensures that a holistic care is given to the child and to the family of the child. The parents are encouraged to commit themselves in the care. With the development of the family-centered care and the participation of the family in the decisions concerning the health care of the child, the strict rules limiting the visits of families have been loosened, up to the admission of the family at the bedside of the child during invasive procedures or a resuscitation. This presence of the family is generally well accepted by the nursing staff when the child is in a stable condition (MacLean, 2003)⁵⁵.

The presence of the family when resuscitation or an invasive procedure is practiced on the child has been discussed since already two decades. This concept was presented in the 1980s when

⁵¹ Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD., *Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact*, Seminars in Perinatology, February 2011, vol. 35, n°1, pp. 20-28.

⁵² Malusky SK., *A concept analysis of family-centered care in the NICU*, Neonatal Network, November-December 2005, vol. 24, n°6, pp. 25-32.

⁵³ Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA., *Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit*, Revista Latino Americana de Enfermagem, 8 August 2016, vol. 24:e2753.

⁵⁴ Miyagishima S, Himuro N, Kozuka N, Mori M, Tsutsumi H. *Family-centered care for preterm infants: Parent and physical therapist perceptions*, Pediatrics International, June 2017, vol. 59, n°6, pp. 698-703.

⁵⁵ MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, Désy P. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses*, American Journal of Critical Care, May 2003, vol. 12, n°3, pp. 246-257.

the Foote hospital in Michigan began a program to facilitate the presence of members of the family during resuscitations (Doyle, 1987)⁵⁶. Hanson and Strawser⁵⁷ presented in 1992 the positive results of this program. The question remains controversial today.

SS McAlvin et A Carew-Lyons (2014)⁵⁸ has analyzed 113 articles concerning the presence of the parents in the paediatrics intensive care units. It emerges from these articles that the parents wish to be present during the invasive procedures or resuscitation practiced on their child in pediatric palliative care unit. The parents feel that their presence is beneficial to the child, and feel that their presence is also beneficial to them. They say that the physical contact with their child is very important. 81% of the parents say furthermore that their presence is beneficial to the healthcare team itself. 55% of the parents who were not able to be present during the resuscitation of their child say that they would have liked being there. 94% of the parents say that they would again choose to be present in an invasive procedure done to their child if this happened.

5) Presence of the family during the rounds of the medical team, in pediatrics

The participation of the family in the rounds made by the medical team has been introduced into the services of Paediatrics as a corollary of the family-centered care. The difference between the traditional rounds with teaching at the bedside of the patient and the rounds family-centered is in the active participation of the patient and the family in the discussion.

The round family-centered is an interdisciplinary visit at the bedside of the patient, in the presence of the parents whose point

⁵⁶ Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. *Family participation during resuscitation: an option.*, Annals of Emergency Medicine, June 1987, vol. 16, n°6, pp. 673-675.

⁵⁷ Hanson C, Strawser D. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective*, Journal of Emergency Nursing, April 1992, vol. 18, n°2, pp. 104-106.

⁵⁸ McAlvin SS, Carew-Lyons A, *Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review*, America Journal of Critical Care, November 2014, vol. 23, n°6, pp. 477-484.

of view and wishes are integrated into the medical decision process (Lecorguillé, 2016)⁵⁹. The participation of the family in the rounds at the bed side of the patient entails a modification of the way these visits are performed. They become place of communication and interaction between the health care team and the family (Sisterhen, 2007)⁶⁰.

This participation has some negative effects: the time of the visit is extended (additional 2, 7 minutes by patient (Rosen, 2009)⁶¹); it prevents certain discussions between the members of the medical team; it can increase the stress of the parents if decisions are taken during the visit (Thébaud et al, 2017)⁶². Finally the students who participate in these visits find that there is reduction of the educational part that these rounds should entail (Aronson, 2009)⁶³, and that could in directly be negative to the child (Cameron, 2009)⁶⁴.

This new practice also has unmistakably some positive effects on the patient and on the understanding of the pathology and of the treatment by the family (Mittal VS, 2010)⁶⁵. The satisfaction

⁵⁹ Lecorguillé M, Thébaud V, Sizun J., *Visite médicale centrée sur la famille en pédiatrie hospitalière*, Archives de Pédiatrie, Avril 2016, vol. 23, n°4, pp. 405-410.

⁶⁰ Sisterhen LL, Blaszak RT, Woods MB, Smith CE. *Defining family-centered rounds*, Teaching and learning in Medicine, Summer 2007, vol. 19, n°3, pp. 319-322.

⁶¹ Rosen P, Stenger E, Bochkoris M, Hannon MJ, Kwoh CK, *Family-centered multi-disciplinary rounds enhance the team approach in pediatrics*, Pediatrics, April 2009, vol. 123, n°4:e603-8.

⁶² Thébaud V, Lecorguillé M, Roué JM1,, Sizun J1, *Healthcare professional perceptions of family-centred rounds in French NICUs: a cross-sectional study*, BMJ Open, 2 July 2017, vol. 7, n°6:e013313.

⁶³ Aronson PL, Yau J, Helfaer MA, Morrison W., *Impact of family presence during pediatric intensive care unit rounds on the family and medical team*. Pediatrics, October 2009, vol. 124, n°4, pp. 1119-1125.

⁶⁴ Cameron MA, Schleien CL, Morris MC., *Parental presence on pediatric intensive care unit rounds*, *The Journal of Pediatrics*, October 2009, vol. 155, n°4, pp. 522-528.

⁶⁵ Mittal VS, Sigrest T, Ottolini MC, Rauch D, Lin H, Kit B, Landrigan CP, Flores G. *Family-centered rounds on pediatric wards: a PRIS network survey of US and Canadian hospitalists.*, Pediatrics, July 2010, vol. 126, n°1, pp. 37-43.

of the family is unquestionably increased (Knoderer, 2009⁶⁶, Voos, 2011⁶⁷).

CONCLUSION

He may look paradoxical that at a time when the medicine seems to become always more technical and more distant from the patient and from his/her family, less human also, a movement has taken shape since already several years, from the medical doctors and the care givers, for a rediscovery of the role of accompanying and partner that the care giver played in the Hippocratic tradition.

This movement originated from these medical doctors who had chosen to exercise as general practitioners, in a situation of proximity with the patient. We so passed from of a medicine centered on the disease to a medicine centered on the patient, considered in his dimension of person, with his/her dignity. The patient is considered there in its wholeness, which includes his/her family and his/her psychosocial environment.

Such a development exposed to a risk: that of giving more attention to the quality of the relationship between the medical doctor and the person than to the contents, scientific, of the medical act. This risk is averted by the parallel development of «therapeutic education». This one, that has come from the institutions, and at first from WHO, with the purpose to make more effective therapies of chronic diseases, lead to discover the real capacities of the patient and his family to self-manage the disease and to become active collaborators of the care givers. If therapeutic education of the patient does not sink into limited therapeutic projects, which is its risk today, it could make a valuable contribution to patient-centered medicine by making full use of the principle of subsidiarity.

The «family-centered care» is another development which goes too in the direction of a more human medicine, sensitive to the dis-

⁶⁶ Knoderer HM., *Inclusion of parents in pediatric subspecialty team rounds: attitudes of the family and medical team*, Academic Medicine, November 2009, vol. 84, n°11, pp. 1576-1581.

⁶⁷ Voos KC, Ross G, Ward MJ, Yohay AL, Osorio SN, Perlman JM, *Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU)*, - Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine, November 2011, vol. 24, n°11, pp. 1403-1406.

tress of people. It came from intensive care units, in the hospital setting. It aims at communicating more with the family of the patient in order to reduce the stress which it undergoes, by inviting it to participate in decision-making, and to become partner in the care.

Although coming from distinct and specific necessities, in different medical practices, patient-centered medicine, therapeutic education of the patient and family-centered care converge on:

- A medicine of the person where the patient is considered in his dignity and wholeness and where the dignity of the members of the family is recognized and taken into account.

- A passage of a medicine centered on the disease, paternalistic, to a partnership between patient, family, medical team and health care providers.

- An encouragement of the patient and his family to become collaborators in therapeutics and in the medical decisions.

- An encouragement of the patient to take an active part in his/her care and his/her treatment.

- An encouragement of the family to take in charge the care of patients.

We so find, in these three proposals a philosophy based on the consideration of the patient as person, with a dignity and a capacity to manage his/her own life.

Three principles ensuing from the consideration of the patient as the person:

- The respect for the dignity of the patient, for his rationality and for his/her capacity to self-management.

- The respect for the solidarity between people, here the solidarity between the patient, his/her family and the health care team.

- The respect for the subsidiarity between people with the invitation made to the patient and his/her family to take an active part in the care.

It is all in all about a new way of considering the medicine, centered no more on the disease but on the human being in his/her unique dimension of person, in relation with other people, in his/her psychosocial environment. This medicine, which do not renounce to its vocation to scientific efficiency, finds there its human and humanistic vocation.

К ВОПРОСУ О ПОЛИПРАГМАЗИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

*Л. М. Пасиешвили, д-р мед. наук, проф.; зав. кафедрой
общей практики — семейной медицины и внутренних болезней,*

Н. М. Железнякова, д-р мед. наук,

проф. кафедры внутренних болезней №1,

*Т. М. Пасиешвили, канд. мед. наук, доцент кафедры
общей практики — семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Современная клиника внутренних болезней характеризуется преобладанием лиц с сочетанной патологией, что ставит дополнительные вопросы перед практикующим врачом: как решить, какое заболевание является ведущим на этапе обращения больного в медицинское учреждение? На какие патогенетические звенья сделать упор при составлении лечебных мероприятий? Как будут взаимодействовать лекарственные препараты? И, что не менее важно, какие из назначенных препаратов может позволить себе приобрести пациент? Однако, несмотря на серьёзность проблем при работе с таким пациентом, довольно часто мы наблюдаем ситуацию, когда лечение нозологий «обрастает» неадекватным количеством лекарственных препаратов, которые используется при лечении. И тогда, лечение заболеваний, которое, якобы, назначено согласно «Протоколов ведения больных с...» приобретает вид снежного кома. Этому есть несколько, на наш взгляд, причин. Во-первых, существует довольно большое количество пациентов, которые целью своего пребывания в социуме считают регулярное обследование, особенно в случае «наличия аналогичного заболевания у очередного приятеля или знакомого»; регулярное посещение медицинских сайтов интернета, где довольно безграмотно трактуются симптомы и синдромы различных заболеваний, и, что самое невероятное — это настоятельно рекомендуемое обязательно помогающее лечение со ссылкой на громкое имя ученого или известного клинициста (о чем последние в боль-

шинстве своём не знают). Кроме того, такой контингент лиц предполагает посещение различных врачей. При этом взятые из рассказов знакомых симптомы, которые у них тоже есть, требуют обследования и, естественно, лечения. И в этой связи возникает вторая проблема: «раз пациент пришёл к врачу, да ещё по рекомендации, его необходимо обследовать и, конечно, лечить». Таким образом, полипрагмазия является не только результатом лечения самого пациента, но и создаётся врачами, которых данный пациент посещает. Т.е. довольно часто мы, медики, создаём предпосылки для лекарственной зависимости: не интересуемся, что назначил наш коллега или, не желая ввязываться в полемику с пациентом, соглашаемся с его лечением. И возникает порочный круг: назначается большое количество препаратов (каждый консультант добавляет свои лекарственные средства), которые могут не сочетаться между собой. А в этом вопросе нет единого мнения, тем более что нет данных о том, как взаимодействует одновременно 5-10 препаратов. Возникающая лекарственная зависимость на фоне определённого типа высшей нервной деятельности (ипохондрики, астеники) приводит к тому, что возникают состояния или заболевания, обусловленные избыточным использованием лекарственных препаратов — ятрогенные болезни [1,5].

Возникающие изменения со стороны вегетативной нервной системы, которая характеризуется высокой лабильностью, разнообразием клинической симптоматики и проявлениями на фоне хронических заболеваний внутренних органов, длительное время сохраняющихся после перенесенного заболевания, позволяют больным ходить по врачам и, таким образом, продолжать лечение, которое «обрастает» дополнительными назначениями.

Необходимо отметить, что лекарственная зависимость возникает и у лиц с тяжёлыми хроническими заболеваниями. Так, при системной красной волчанке патогенетически обоснованным является использование гормональных препаратов — глюкокортикоидов. В тоже время наличие умеренного болевого синдрома при поражении суставов у этих больных приводит к дополнительному использованию нестероидных

противовоспалительных препаратов (НПВП). И такие больные на определённом этапе становятся не управляемыми. Врач в случае отсутствия полиартрита не рекомендует использование НПВП и оговаривает снижение дозы глюкокортикоидов (побочные действия обеих групп препаратов более чем высоки), однако больной довольно часто не следует советам специалиста и дополнительно использует препараты других групп, проводя симптоматическое лечение [2].

В своей практике мы довольно часто сталкиваемся с самостоятельным лечением больных. Причём используемые препараты далеко не безобидны и не могут применяться без назначения врача [3]. Однако, все тот же интернет, те же бабушки со скамейки, друзья, знакомые и сослуживцы «успешно принимают препараты, которые очень помогают», следовательно, и мне нужно их принимать. Это в значительной мере касается препаратов, используемых при лечении сердечно-сосудистой патологии, заболеваний пищеварительного тракта и, особенно, в «качестве профилактики раковых заболеваний». И это, прежде всего, относится к пищевым добавкам, состав которых неизвестен, но помогают всегда и от всех болезней!

Кроме того, большое влияние на таких пациентов оказывает реклама лекарственных препаратов, передаваемая в средствах массовой информации. Красивая яркая мелькающая реклама с примерами хорошего эффекта от лечения, подаваемая актёрами, нужна для успешных продаж. И если в рекламе говорится, что препарат является панацеей при заболеваниях (причём очень многих, что практически невозможно), «то естественно, его необходимо принимать».

Проблема полипрагмазии особенно ярко проявляется у лиц пожилого возраста, как в силу наличия сопутствующих заболеваний, так и в результате активного обсуждения своих проблем со всеми желающими слушать и давать необходимые советы [4]. И многие «профессиональные больные» старших возрастных групп посещения поликлиник связывают не с посещением врача, а с беседами в коридорах под его кабинетом. И время занято, и ценный совет получен! Да ещё и обсуждён врач, который не хочет лечить всё и сразу.

Уговорить таких больных не использовать ненужные ему лекарственные средства порой бывает очень трудно. К сожалению, психология большинства пациентов уже изменила их образ жизни, подчинив его постоянному обследованию и лечению, а заключение специалиста о необходимости прекращения приёма необоснованных препаратов воспринимается в штыки. При этом чаще мы наблюдаем не отказ от приёма полюбившихся медикаментов, а поход к другому врачу. При этом последний или не хочет вступать в полемику с больным о необходимости прекратить самолечение или пускает все на самотёк — авось хуже не станет.

Так или иначе, на каком-то этапе такие пациенты оказываются на стационарном лечении, когда уже идёт констатация формирования ятрогенных (вызванных лечением) заболеваний [5].

Сейчас перестройка медицины идёт по принципу создания института семейного врача. Казалось бы, на этом этапе можно контролировать назначение лечения. Но мы, к сожалению, сталкиваемся с тем, что семейный врач также грешит полипрагмазией, стараясь лечить всё и сразу.

С наибольшей частотой в мире используются препараты следующих групп: антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, жаропонижающие, слабительные, спазмолитические и ферментные средства и ряд других. Количество закупок по данным препаратам с каждым годом растёт, и нет возможности остановить этот рост.

Наверное, всё-таки правильным был бы отпуск лекарственных препаратов только по рецепту врача (хотя некоторые из них идут на поводу больного), с обоснованием в амбулаторной карте их назначения. Однако данный вариант работы не приемлем для аптек, заработок которых в основном состоит из «вольных» пациентов.

Проблема полипрагмазии с каждым годом набирает обороты. И, к сожалению, и в дальнейшем мы будем иметь как лекарственную зависимость, так и полипрагмазию с формированием ятрогенных заболеваний. И проблемой врача практического здравоохранения будет уберечь больного от ненужного приёма препаратов, что уменьшит процент аллергических

осложнений и побочных реакций. Но это, к сожалению, проблема, которая ещё в течение многих лет будет стоять во главе угла при оценке лечения больного. Как же быть? Работать и дальше, ведь пока выбора нет! Необходимо совершенствовать свои знания, пытаясь «подавить» самолечение и полипрагмазию!

Литература

1. Авдеев А. И., Козлов С. В. Ятрогенные заболевания (медико-правовые аспекты проблемы) / Дальневосточный медицинский журнал – 2009. – № 2. – с. 111-115.
2. Baburkina E. P., Simenach B. I. The role of iatrogenic factor at pathologies caused by hereditary predisposition/ Ukrainian Rheumatology Journal. – № 59(1) 2015.
3. Blinderman CD. Opioids, iatrogenic harm and disclosure of medical error. J Pain Symptom Manage. 2010; 39(2) : 309–313. [PubMed]
4. Bloch F, Thibaud M, Dugue B, Breque C, Rigaud AS, Kemoun G. Laxatives as a risk factor for iatrogenic falls in elderly subjects: Myth or reality? Drugs Aging. 2010; 27(11) : 895–901. [PubMed]
5. Krishnan NR and AS Kasthuri, VSM Iatrogenic Disorders Med J Armed Forces India. 2011 Jan 21; 61(1) : 2–6. Doi : 10.1016/S0377-1237(05)80107-8.

THE END OF LIFE — MODERN ETHICAL DILEMMAS

*Piotr Aszyk SJ, professor, rector of Collegium Bobolanum
at the Pontifical Faculty of Theology in Warsaw*

Warsaw, Poland

The rapid expansion of new technologies, which we have been witnessing for the past decades, along with immense development of medical sciences in the fields of diagnostics, pharmacology, and methods of treatment seemed to fulfill the hopes of mankind for an unlimited means of saving and supporting life. Medicine has been able to overcome many of the problems that have plagued mankind since the dawn of time. However, the unquestioned progress has also brought negative aspects of invasive therapies, which have become apparent with time.

Paradoxically, with technological progress the list of moral problems related to the end of life is not getting shorter. Today modern societies have to deal with never-ending disputes about value of

life, the subject of establishing boundaries for certain medical interventions, moral shape of euthanasia, meaning of life, suffering and death.

Of course the scope of ethical problems related to the end of life is very broad. We may notice problem of euthanasia which could take various versions (active or passive, suicidal or killing, direct or indirect, voluntary or involuntary, legal or illegal etc.), assisted suicide, assisted dying, VSTD (voluntary stopping eating and drinking), overzealous therapy, medical futility, palliative care and many, many others.

One of the crucial questions is: how far one have to go with medical interventions in end of life situations? Should we use every possible means? This issue is not new. In fact, if we will look carefully, we will find an indication that since the ancient history, medical staff had similar dilemmas, even with very limited abilities of curing.

The oldest texts — for instance, the Code of Hammurabi and the Egyptian papyruses of Smith and Ebers — shows evidence that even then some medical practices were authoritatively prohibited because of their negative consequences. Also in the work of Hippocrates of Kos (around 460–377 B.C.) named “The Art”, one may find among three fundamental tasks of medicine: refrain from treating those patients who became completely overcome with disease, as medicine is helpless in such cases (other two tasks free patients from suffering and bring relief in illness).

If we look at Christian tradition the interesting indications we may find in the active and creative academic life of the Dominicans and Jesuits in the 16th and 17th centuries contributed to the creation of certain ethical standards related to typical moral dilemmas, which were emerging from medical practice of the time. The discussion held between theologians on the subject of refraining from treatment included three fundamental elements: the first, the absolute condemnation of suicide or killing – unquestionable in the Christian world; the second, the imperative to provide thoughtful protection of life and health, and the third, the possibility to withdraw from using too oppressive medications. They accepted the idea of abandoning therapy and even withdrawing from a special diet used in illness, mostly because of additional suffering related

to the treatment (especially surgery with no anesthesia caused tremendous fear and pain), as well as the psychological or financial barriers that were inseparably linked with treatment.

Christian philosophers have demonstrated great interest in the practical issues concerning human life and health and they coined long lasting tradition which distinguished ordinary and extraordinary means. Nowadays one may briefly point out that ordinary means of treatment are such: (1) financially accessible to the majority of people living in a given area/country; (2) does not induce excessive and prolonged suffering of the patient; (3) has the potential of recovery. In contrary, the extraordinary means: (1) are very expensive, i.e. are beyond the financial capability of the patient, family and the regular services of the social health care; (2) may result in severe and negative organic or psychical effects (e.g. brain surgery may lead to permanent disorders of psychical functions); (3) offers little hope for recovery. The use of the latter is left to the patient's sole discretion. However, nobody is morally obliged to use them.

Today, there is a significant drift to talk about proportionate and disproportionate medical measures, rather than ordinary and extraordinary means. This new approach is conditioned by specific cases, and the criteria for such differentiation are both objective and subjective. Objective criteria includes: the nature of applied measures, their financial cost and the consequences resulting from the principle of justice. Subjective criteria includes: the necessity to avoid anxiety and dread, distress, discomfort, and the psychological shock related to the implementation of those measures.

We may say, that over the centuries, the theory of withdrawing from futile medical interventions in certain cases was universally accepted, even though there were some isolated and sporadic voices of authors who strongly rejected the idea of renouncing therapy.

At present we follow the teaching of our ancestors, sometimes using new vocabulary. For instance, we may use – well known – document written by Pope John Paul II, called *Evangelium vitae* (nr 65). Where we may find an indication that one must distinguish “aggressive medical treatment” or in the other words overzeal-

ous therapy from the act of euthanasia. Pope marks that there are *“medical procedures which no longer correspond to the real situation of the patient, either because they are by now disproportionate to any expected results or because they impose an excessive burden on the patient and his family. In such situations, when death is clearly imminent and inevitable, one can in conscience «refuse forms of treatment that would only secure a precarious and burdensome prolongation of life, so long as the normal care due to the sick person in similar cases is not interrupted».* (...) *To forego extraordinary or disproportionate means is not the equivalent of suicide or euthanasia; – says Pope – it rather expresses acceptance of the human condition in the face of death».*

Overzealous therapy is the application of medical procedures with the goal of supporting vital functions in a terminally ill person that results in prolonged dying, and is associated with excessive suffering and/or with violation of the patient’s dignity. However, very important remark, overzealous therapy does not include basic nursing, control of pain and of other symptoms or feeding and fluid administration, as long as these actions are beneficial to the dying person.

We touch here another broad issue of palliative care, which is the impressive achievement of the modern medicine, but this area is not free from moral dilemmas. Recently, there was emotional debate about sedation, which may be in some cases an effective form of palliative care. It involves the application of pharmacological agents to relieve pain, anxiety and other negative symptoms of the disease. These medical interventions, depending on the type and amount of medication administered, it limits the patient awareness, may cause unconsciousness or deep sleep. Sedation, from the point of view of medicine, is an important way to help sick people, and its use goes far beyond the area of life-threatening diseases.

Studies shows that suffering in about fifty percent of patients in the terminal phase of cancer is worsening in the last days of their life to such an extent that it can only be controlled by sedation. The burdensome symptoms such as extensive pain, shortness of breath, delirium, continuous vomiting, for a few days before death become unbearable for the sick and cannot be controlled other-

wise than at the price of limiting the consciousness of the sick person. Of course, the degree of limitation of consciousness can be varied depending on the type of symptoms, their intensity, patient's condition etc.

The very phenomenon of sedation does not raise serious moral doubts and is acceptable and even necessary in some situations. Among the basic conditions that must be met before the implementation of sedation is the patient's consent, the fulfillment of personal life duties by him (saying goodbye to loved ones, making a will, fulfillment of religious duties, etc.) and the impossibility of effectively applying other methods of fighting suffering. It should be stressed, however, that one must always respect the will of the sick person, who wants to keep the full consciousness to the end of his life, despite the painful effects of the illness.

Ethical concern is drawn to the special form of sedation combined with the withdrawal of nutrition and fluid administration to the patient. The patient in a state of deep sedation cannot feed himself, therefore must be supported by medical personnel. There are controversial opinions that stopping any therapy and total starvation (including not adding fluids) is a reasonable option to relieve suffering at the end of life, as long as it provides sufficient removal of negative symptoms by painkillers or sedatives during the fasting period. The starving sedation/terminal sedation may last a week or two - or longer.

According to advocates of these questionable practices, the advantage of the procedure is the slowness of the process – a series of small steps gradually leading to death of the patient – which makes the efficient operation of the physician blur in this case act of killing. A patient undergoing deep sedation does not feel the negative effects of the disease, as well as, the effects of dehydration and starvation. In most cases, terminal sedation shortens the patient's life by only hours or days, but can also shorten life by a few weeks.

In the cause of a patient's terminal sedation death may be generated by disease or by dehydration and starvation. The ethical core of the problem lies in finding causal references that occur between the withdrawal of nutrition and hydration of the patient

and the death. If it occurs as a result of dehydration and starving of a sick person, we deal with the procedure, which is actually lethal and takes the form of "slow euthanasia". Which is morally wrong!

Another type of situation occurs when putting the patient into a state of deep sedation combined with not giving him fluids and foods does not directly affect the patient's death. In other words, the patient would still be dead regardless of whether he would take food and liquids or not. This procedure is permissible only in the phase of pre-agonal stage of disease.

Disease and dying are inseparable elements of life. Both situations provoke different types of behavior. They require different reactions, but in no way deprive the person of their rights. Death, whatever its cause: sickness, accident, old age, can never be the result of actions that are inherently lethal or suicidal. On the other hand, there should be disapproval to actions that artificially prolong agony and unnecessary increase suffering for the sick. Dying should be a painless process, and the uncomfortable effects of the disease should be minimized. The dying man needs an internal agreement for the coming death and acceptance of his declining health. The best scenario is when a person dies surrounded by love of the closest family or friends, saying goodbye to loved ones, experiencing reconciliation with the others and with God. Thus, the final stage of the disease can be a very important period of life, not only for the outgoing patient, but also for those close to him. Well-conducted therapy requires a doctor who is sensitive to the needs of the patient, who effectively counteract the pain and is also a prudent adviser.

Bibliography

D. W. Amundsen, *The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty without Classical Roots*, "Hastings Center Report" 1978, 23–30.

D. W. Amundsen, E. J. Larson, *A Different Death. Euthanasia & the Christian Tradition*, Dowers Grove 1998.

P. Aszyk, *Bioetyka*, w: Szlachta B. (ed.), *Słownik społeczny*, Kraków 2004, 51-55.

P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006.

P. Aszyk, *Withholding or withdrawing of medical treatment — historical perspective*, "Advances in Palliative Medicine" 2008, vol. 7, no. 3, 101-105.

J. H. Breasted (ed.), *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Published in Facsimile and Hieroglyphic Transliteration with Translation and Commentary in Two Volumes, vol. I, Chicago 1930.

C. P. Bryan (ed.), *The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World*, New York 1990.

M. J. Hanson, D. Callahan (ed.), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issue in Health Care Reform*, Washington 1999, 1–54.

P. Handcock, *The Code of Hammurabi*, London 1920;

R. F. Harper, *The Code of Hammurabi King of Babylon About 2250 B. C.*, Chicago 1904.

Hippocrates, ΠΕΡΙ ΑΡΘΡΩΝ, w: Withington E. T., *Hippocrates with an English Translation*, vol. III, Cambridge 1968, s. 200–397.

John Paul II, *Evangelium vitae*, AAS 87 (1995) 401–522.

G. Kelly, *Medico-Moral Problems*, Saint Louis 1958.

J. Lynn J, J. F. Childress, *Must Patients Always Be Given Food and Water*, w: Lynn J. (ed.), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life—Sustaining Food and Water*, Indianapolis 1989, 47–60.

W. E. May, R. Barry, O. Griese, *Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons*, in: Walter J. J., Shannon T. A. (ed.), *Quality of Life. The New Medical Dilemma*, New York 1990, 195–202.

National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections*, Washington 2001.

E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life: use and abuse of the concept of futility*, w: Correa J. V. & Sgreccia E. (ed.), *The Dignity of the Dying Person*. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life, Città del Vaticano 2000, 219–241.

T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994.

ОТ ВРАЧЕВАНИЯ К МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

*Ю. К. Абаев, главный редактор журнала «Здравоохранение»,
доктор медицинских наук, профессор.*

Редакция журнала «Здравоохранение»
г. Минск (Беларусь)

Несмотря на достижения медицины — продолжительность жизни увеличивается, смертность снижается, многие болезни, считавшиеся прежде фатальными теперь излечимы, в XXI век здравоохранение вошло с большим грузом нерешённых проблем. Продолжается рост частоты и омоложение сердечно-сосудистых, онкологических и других неинфекционных заболе-

ваний. Появилась ещё одна важная проблема — негативное отношение к врачам, и она никогда не была столь актуальна как теперь. К медикам стали относиться с подозрением и даже с враждебностью. Причина не только в том, что появились платные медицинские услуги и затраты на лечение увеличиваются, главное — медицина теряет свою духовную основу. Нарушен неписанный соблюдаемый веками закон гуманного общения врача и пациента. Медицинская профессия удаляется от врачевания, которое начинается с необходимости слушать пациента и подменяется безликой совокупностью симптомов, а то и просто набором лабораторно-инструментальных данных, что привело к закономерному сокращению общения врача с пациентом, его обезличиванию, деперсонализации. Отсюда недоверие, а порой и боязнь врачей, которое испытывает почти половина тех, кто обращается за медицинской помощью (Л. Б. Лихтерман, 2015).

Медицина тесно связана с судьбой человека, его здоровьем и жизнью, отсюда вытекают особые требования к личности и нравственному облику врача. Наиболее полно они выражаются понятием «гуманизм», составляющим этическую основу медицины. Без гуманизма медицина теряет смысл, ее научные принципы вступают в противоречие с основной целью — служить человеку. Сложность врачебного труда заключается в том, что здесь, как ни в одной другой специальности должны совмещаться профессионализм и психологическое мастерство. Многовековой опыт медицины свидетельствует о том, что хороший врач, это не только квалифицированный специалист в своей области, но и личность, глубоко разбирающаяся во всех тонкостях загадочной души пациента. Результативность медицинской помощи в значительной степени зависит от стремления врача и пациента к эффективному диалогу. Только диалог способен сделать их единомышленниками, не теми, кто мыслит одинаково, а теми, кто думает об одном.

Если раньше в медицине господствовала личность врача, то теперь — упрощённое восприятие пациента, увлечение медикаментозной терапией и лабораторно-инструментальными исследованиями. В такой медицине врачам не обязательно

запоминать лица больных, а пациентам — врачей. Диалог носит формальный характер и реализуется в основном через историю болезни, анализы и различные исследования. Установив диагноз, врач стремится быстрее выписать рецепт и «покончить» с очередным больным. Ирония судьбы — стетоскоп, созданный для того, чтобы «отделить» врача от больного, сегодня оказался, чуть ли не единственным средством, заставляющим врача физически прикоснуться к нему (А. С. Батышев, Т. Т. Батышева, 2009).

Пациент, обживая неуютные больничные пространства, все чаще ловит себя на грустной мысли, что отношения с врачами утрачивают искренность, доверие, теплоту и душевность. Пациентам хотелось бы, чтобы все врачи были святыми и бессребрениками, раз они доверяют им свою жизнь, а врачи обыкновенные люди, как в любой профессии в ней есть и посредственные специалисты, и творцы от Бога, но вторых, как и в других специальностях, немного. Поэтому здравоохранение всегда испытывало дефицит в Пироговых, Боткиных, Вишневских, Бурденко, Амосовых, Фёдоровых.

Надежда на встречу со своим единственным доктором начинает угасать, а больные все те же, что и во времена Гиппократа, ждут своего доктора Айболита. Они не желают, чтобы врач отгораживался от них медицинской техникой, хотят видеть в нем человека, которому можно верить, чтобы на них смотрели, слушали, разговаривали. Ждут улыбки, ласковой врачебной строгости, хотят знать, что с ними происходит, быть не только потребителями, но и со-творцами своего здоровья. Именно в этом в большинстве случаев заключается причина недовольства и конфликтов. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушие и формализм. И это нельзя объяснить невысокой зарплатой медиков, такая же ситуация складывается и в других странах.

Введение клинических протоколов в лечебный процесс, казалось бы, должно решить эти проблемы — врач и пациент больше не попадают в поле отрицательного эмоционального взаимодействия, их отношения фактически определяет медико-экономический стандарт. Постановка диагноза с помощью

неинвазивных инструментальных методик также должна сводить к минимуму конфликтные ситуации, уменьшив время непосредственного контакта обеих сторон лечебного процесса. И хотя в этой схеме нет места проявлениям яркого харизматического таланта врача, но нет и чрезмерной психологической нагрузки от физического обследования пациента и сопереживания его состоянию. Однако оказалось, что сокращается не время общения, теряется сам факт общения. Перед врачом уже не больной, а абстрактный «образ болезни» и знать, кто за ним стоит в ряду медицинских специализаций вообще не обязательно.

В результате произошедших трансформаций «неконфликтная» обезличенность ставит перед врачом и пациентом ряд проблем. Дело в том, что медиков благодарят не только за излечение, но и за душевное отношение, чуткость, то есть за качества, которые медико-экономическим стандартом не предусмотрены. Врачи в свою очередь задаются вопросом, нормальна ли ситуация, когда вместо пациента перед ними его абстрактный образ, а иногда нет и такового. Это порождает конфликты, где врач и больной начинают «по старинке» выяснять отношения, переходя на личности. Отсюда переходящая разумные пределы необоснованная требовательность пациентов и столь популярные обвинения медиков в равнодушии и халатности, что вызывает массу взаимных упреков. Врачам рекомендуют повышать свой профессиональный и нравственный уровень, апеллируя к гуманности медицины. При этом не учитывается важнейший фактор — в обществе, находящемся в состоянии, изменяющем личностные характеристики его членов, стандартные рекомендации «работайте, как вас учили» все меньше «работают», поскольку учили, опираясь на принципы обществом стремительно утрачиваемые (О. Л. Церпинская с соавт., 2016).

Дискуссия об изменении отношений врача и пациента не нова, однако нуждается в расширении дисциплинарного подхода и требует представления о социальных процессах, которые привели к такой конфигурации проблем медицинской этики. Развитие общества свидетельствует о том, что отношения

врача и пациента зависят не только от медицинского образования и качества оказания медицинской помощи, но и от изменения принципов функционирования межличностных отношений, вызванных глобальной трансформацией общественного устройства, которое называют состоянием (эпохой) «постмодерна».

Исторически общество прошло долгий путь от состояния «премодерна», для которого характерны иерархичность, религиозность, имперскость, этничность к эпохе «модерна», опиравшейся уже на права человека, светскость, национальное государство и нацию. Современная общественная система «постмодерн» гораздо более «размыта» чем предыдущие эпохи, что характеризуют отражающие её категории: произвольность отношения с другим индивидуумом, индифферентность к религии либо принятие «своей» религии (личное мифотворчество), глобализация и космополитизм (Э. Гидденс, 2004; Ж. Деррида, 2004).

Эпоха постмодерна трансформирует общественное и личное сознание, заставляя общество развиваться в рамках агностицизма (истиной становится общепринятое мнение, особенно многократно отражённое в СМИ), прагматизма (единственное мерило успеха — деньги), эклектизма (главный принцип — цель оправдывает средства), анархо-демократизма (любое объединение, вплоть до государства воспринимается как угнетающее личность). Если добавить сюда основные характеристики состояния постмодерна — нестабильность, случайность, дискретность, то главным отличием постмодерна от предыдущих эпох является отсутствие чёткой границы между добром (есть только категория «лучше») и злом («хуже»). В различных ситуациях зло вполне может быть добром и, наоборот — все зависит от цели и обстоятельств. При этом исчезает главное, на чем базируется этика любой профессиональной сферы — нравственность. Она, по сути, условна или вообще не нужна, она неудобна (А. Г. Дугин, 2007).

Современная трансформация общества приводит к изменению человеческой личности. Фактически она теряется, чему во многом способствует интернет и следствие антропоцентризм

ма — выраженное одиночество индивидуума. Человек смятен, его ментальность подавлена страхом. Постмодерн «мыслит» сугубо абстрактными категориями, причём абстрактность, как следствие страха часто негативна. Обвинения из разряда «конечно, это же наши врачи...» уже не зависят от личностных характеристик конкретного врача — он абстрактен. Свою лепту в формирование негативного образа медицинских работников вносят завладевшие ушами и глазами населения средства массовой информации. В популярных ток-шоу обсуждают продажных «айболитов», которые только и умеют подставлять карманы под заранее оговорённые суммы и продвигать дорогие бесполезные лекарственные средства, проплаченные фармацевтическими фирмами. И вот уже перед населением два образа — врача и больного, причём образ пациента более реален, по крайней мере, реальна его болезнь, а вот образ врача складывается из общественного мнения и собственных ожиданий пациента.

Медицина премодерна была сродни служению, пациент полностью доверял доктору, все зависело от врача, его совести и опыта. В рамках патерналистской медицины отношения между врачом и пациентом напоминали взаимоотношения отца и ребёнка. Лишь отец решал, как поступить наилучшим образом при болезни ребёнка. На смену премодерну пришла эпоха модерна, которая внесла чёткую границу между нормой в состоянии здоровья и отклонением от неё, пациент был осведомлён о состоянии, к которому в результате лечения его необходимо приблизить. Постепенно и эта модель, сформированная эпохой модерна, на которой до сих пор базируется медицинское образование, утрачивается. Уходит в прошлое патернализм в отношениях врача и пациента. Для современной цивилизации важнейшей ценностью становится свободная личность и её неотъемлемые права. Пациент превратился из послушного и пассивного объекта врачебного воздействия в полноправного участника лечебного процесса. Болезнь оказывается как бы собственностью этой личности и, стало быть, пациент может распоряжаться этой собственностью как ему заблагорассудится. При подобном взгляде только больной вправе решать —

лечиться ему или нет, а если лечиться, то у кого и как. Логическое развитие этого постулата приводит к тому, что болезнь перестаёт быть безусловным злом, с которым врач обязан немедленно вступить в борьбу не ожидая разрешения пациента.

В постмодерне категория «норма» отсутствует или размыта. Пациент эпохи постмодерна стремится не только к излечению и гармонии, но и к известному ему одному состоянию — «каким я хочу быть», что автоматически переводит медицину в сферу услуг, уравнивая врача с парикмахером и стилистом. В сознании современного пациента норма — это его «образ реальности», которую он хочет обрести, и это не всегда синоним гармонии или исцеления (М. Foucault, 2005). Невозможность или отказ привести его в состояние этого образа неизменно сказывается на оценке действий врача. Причём как показывают примеры с судебным преследованием, нанесением увечий и даже убийством врача пациентом недовольным пластической операцией, оценка, может быть самой радикальной (О. Л. Церпинская с соавт., 2016).

Однако эволюция взаимоотношений между врачом и пациентом на этом не завершилась. Медицина патерналистская, превратившись в медицину клиентскую, постепенно становится медициной оборонительной. Что это значит? Разрушение патерналистской модели медицины превращает врача в наёмного работника, которого надо контролировать, чтобы он не злоупотребил доверием пациента. Выражением этой перемены в отношении общества к врачу стало увеличение числа судебных преследований, обрушившихся на медиков в последние годы. В результате отношение врача к больному становится двойственным. Если у отца лишь одна забота — помочь заболевшему ребёнку, то теперь врач посматривает на своего подопечного с некоторой опаской — а не вздумает ли он вместо благодарности обратиться в суд и потребовать компенсацию за неудовлетворительное с его точки зрения лечение? Врач становится гораздо более осторожным в своих действиях. К заботе о благе пациента невольно примешивается тревога за собственное благополучие. Поведение врача становится оборонительным. Стремясь обезопасить себя, он старается при-

менить все доступные методы обследования, за лишнее никто не упрекнёт, но неприятно услышать на суде вопрос: «Доктор, а почему вы не произвели это исследование?»

Перемены, происходящие в обществе, оказывают колоссальное влияние, способствуя трансформации медицины, где врач наряду с медицинскими приборами становится лишь единицей производства. Нравственность и душевные отношения исчезают и медицина, её блистательная практическая составляющая из служения во имя борьбы с недугом пациента все больше превращается в сферу обычной услуги.

Залог успешного лечения — это взаимоотношения между врачом и пациентом основанные на уважении, доверии, поддержке и понимании. Для этого технически оснащённый врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать с больным человеком. Сочувствие — ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами, понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания, все то, что испытывает и переживает пациент, его представление о болезни и её причинах. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами. Состояние душевного комфорта пациента — главный критерий деонтологии, тест на её эффективность. Хороший врач — это не только профессионализм, энциклопедические знания, взвешенные решения и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение говорить с больным. Кстати, слово «врач» происходит от всем известного «врать», которое в старину имело другое значение — говорить, заговаривать.

Опытный врач больше внимания уделяет общению с пациентом, сбору анамнеза и физикальному обследованию, а данные лабораторных и инструментальных исследований ставит рангом ниже. Правильный диагноз по данным анамнеза ставится у 45–50% пациентов, на основании опроса и физикальных методов обследования — у 80–85% больных и лишь у 15–20% пациентов для постановки диагноза требуется углублённое лабораторное и инструментальное исследование. К сожалению, навыками общения врачи овладевают стихийно, это приходит

с годами и приобретённым опытом, специально этому в медицинских колледжах и вузах практически не обучают.

Всем известна легенда об Аполлоне — боге-целителе, прорицателе, покровителе искусств и его сыне Асклепии. Память об Асклепии сохранилась, его почитают как основоположника медицины. Однако у Аполлона был второй сын — Платон. Асклепий врачевал тело, Платон — душу и только вместе они достигали успеха. К сожалению, о Платоне и его искусстве сегодня забыли, медицина всё больше развивается как наука и ремесло, тогда как психологии и врачевания уделяется мало внимания. Между тем, важнейшими составляющими в работе медика как были, так и остались знание психологии и искусство общения с больным человеком. Сочувствие, внимание, готовность прийти на помощь всегда были и останутся основой работы врача. Они никогда не устареют и не выйдут из моды, как бы ни были стремительны прогресс медицины и развитие общества.

К ВОПРОСУ БИОЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент

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

Актуальность. Расширение круга биоэтических проблем, в разрешение которых вовлечена медицина, индуцировало необходимость биоэтической подготовки медицинских судебных экспертов. В связи с этим биоэтическое образование стало необходимой составляющей подготовки не только врачей, но и будущих медицинских судебных экспертов [1-3].

Цель биоэтического образования в судебной медицине — формирование у экспертов уважения человеческого достоинства посредством воспитания нравственного отношения при проведении экспертиз живых лиц, мёртвого человека и при выезде на место происшествия.

Врачебная деонтология едина для всех медицинских работников. С одной стороны деятельность врача регламентируется законодательством и его правовыми нормами, с другой — врачебной деонтологией. В ходе расследования и судебных разбирательств у правоохранительных органов, следователей и судей возникают вопросы, касающиеся преступлений против жизни, здоровья, чести, достоинства, половой неприкосновенности и свободы личности. Медицинские судебные эксперты помогают следствию и суду в решении данных вопросов. При освидетельствовании потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц на амбулаторном приёме медицинский судебный эксперт должен соблюдать такие нормы медицинской этики как чуткость, внимательность, тактичность, а также избегать при их опросе высказываний, которые могут привести к ятрогении. В случаях, когда свидетелем будет пытаться ввести в заблуждение эксперта, сообщая о неверных данных об обстоятельствах дела, давности происшествия и т.д. он не должен раздражаться, высказывать вслух своё недоверие. Эксперт в таких случаях должен тактично выслушать свидетелем и основываясь на объективных данных, может высказать своё мотивированное суждение о возможности или невозможности возникновения повреждений при указанных им обстоятельствах. При выяснении обстоятельств дела и жалоб у свидетелем эксперт должен проявлять терпимость, не придирается к неудачным или неграмотным выражениям, не высказывать недоверия и не иронизировать. Беседу необходимо вести спокойно, а вопросы должны быть достаточно понятными и заданы тактично. Важную роль играет и материальное окружение — освещение, оформление, интерьер кабинета, внешний вид эксперта. Особенно чуткое и внимательное отношение следует предьявлять к детям и несовершеннолетним. При освидетельствовании потерпевших по поводу половых состояний или половых преступлений эксперт должен соблюдать тактичность и избегать лишних вопросов, затрагивающих личную и интимную стороны их жизни. Следует отметить, что опрос свидетелем эксперт должен проводить лично, не перепоручая это другому эксперту, среднему и младшему

медицинскому персоналу. В ходе проведения экспертиз следует не забывать также о следственной и врачебной тайне. Медицинская деонтология должна соблюдаться при беседе с родственниками умершего, лечащим врачом, правоохранительными органами. В пределах комнаты ожидания и траурного зала не должно быть слышно громкого разговора, крика, шума, смеха и шуток от всех штатных сотрудников. При экспертизе трупа умершего человека эксперт должен не забывать о том, что он недавно был живым и у него есть близкие родственники, переживающие за его утрату. При вскрытии необходимо избегать дополнительной травматизации тела умершего. В дальнейшем умершему человеку необходимо придать подобающий вид для последующего прощания родственников. В ходе беседы с родственниками умершего человека эксперт должен соблюдать осторожность, такт и стараться избегать дополнительного их психического травмирования. Однако эксперт может сообщать лишь ту информацию, которая не является следственной или врачебной тайной. На месте происшествия эксперт должен придать пристойное положение трупу и помнить о переживаниях родственников умершего при выполнении различного рода манипуляций с трупом. В ходе осмотра трупа на месте происшествия также недопустимы громкая речь, смех, шуточки и т.п. В последующем необходимо соблюдать осторожность и не наносить каких-либо телесных повреждений и загрязнений трупу.

Выводы. Таким образом, в судебной медицине, при проведении экспертами экспертиз живых лиц, трупов умерших людей и при выездах на место происшествия им следует учитывать и соблюдать нормы деонтологии и биоэтики, так как несут за собой социальные последствия, затрагиваемые профессиональную компетентность и ответственность эксперта. С позиций биоэтики при производстве экспертиз необходимо предупреждать и разрешать нравственные коллизии, возникающие в ходе работы эксперта.

Литература

1. Грандо, А. А. Врачебная этики и медицинская деонтология: учеб. пос. для мед. ин-тов / А. А. Грандо // К. – Издание 2-е перераб. и доп., 1988. – 186 с.

2. Макшанов, И. Я. Врачебная деонтология / И. Я. Макшанов // Мн., 1998. – 217 с.

3. Мишаткина, Т. В. Биомедицинская этика: учеб. пособ. / Т. В. Мишаткина // Мн. – 2003. – 320 с.

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ

*К. Н. Шарейко, студентка факультета ветеринарной медицины,
С. Ю. Девярых, заведующий кафедрой экономической теории
и истории*

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

Ксенотрансплантация (гетеротрансплантация) — трансплантация органа или ткани от животного человеку или животному другого вида. Попытки переливать кровь от животных человеку и пересаживать органы имеют давнюю историю. Единичные попытки пересадки органов животных оказывались всё же успешными. В 1963 году К. Римстма пересадил человеку почку шимпанзе, которая функционировала в течение девяти месяцев. Позднее пробовали пересадить человеку сердце и печень приматов.

Вплоть до последнего времени сама возможность межвидовых трансплантаций рассматривалась только теоретически, поскольку казалось невозможным предотвратить отторжение таких органов.

Сегодня общественный интерес к проблеме ксенотрансплантологии подогревается неуклонно растущим дефицитом человеческих донорских органов и тканей. Так спрос на органы растёт примерно на 15% в год, что превосходит предложение, которое в большинстве стран снижается. Помимо возражений медицинского и биологического характера, ксенотрансплантация сталкивается с контраргументами и чисто морального свойства [1].

Помимо немалых технологических трудностей, связанных с феноменом сверхострого отторжения инородных тканей, наблюдающегося при пересадках органов от животных, принадлежащих к другим биологическим видам, одной из самых острых моральных проблем ксенотрансплантологии указывают на проблему оправданного риска, риска перенести человеку целый ряд других инфекций, не наблюдающихся в обычных условиях у человека. Причём этот риск значительно усиливается в связи с использованием циклоспорина, подавляющего иммунологические реакции организма реципиента.

Помимо возражений медико-биологического характера, ксенотрансплантация сталкивается с возражениями морально-психологического свойства. Общественное мнение подвергает сомнению саму философию ксенотрансплантологии. Массовые опросы, осуществлённые в Европе по поручению Еврокомиссии (1996 г.) зафиксировали, что подавляющее большинство граждан стран Евросоюза высказались категорически против ксенотрансплантологии [3].

Ксенотрансплантология создаёт предпосылки для возникновения межвидовых гибридов человека и животных. В исследованиях было показано, что трансплантация человеку печени бабуина приводит к формированию химеры бабуина и человека. ДНК лейкоцитов бабуина учёный обнаруживал спустя 70 дней после операции во всех тканях пациента, включая сердце, лёгкие, почки и лимфатические узлы [2]. Причём специалисты рассматривают возникающий при ксенотрансплантации химеризм в качестве обязательной предпосылки успешности пересадки органа.

Проблема химеризма вызывает у специалистов тревогу по той причине, что неясны физические изменения в организме реципиента вследствие трансплантации.

Можно предположить, что химеризм имеет не только физические последствия. Большую опасность для человечества представляет не факт изменения его тела, а гипотетическая возможность того, что пересадка человеку-реципиенту органов от животных приведёт к изменениям эмоциональной сфе-

ры и его психики в целом. Иначе говоря, никто сегодня не даёт гарантию того, что химеризм способен привести к одичанию или деградации человека-реципиента.

Кроме того, социологический опрос показывал [3], что пациенты не готовы психологически изменить свою анатомию, физиологию и биохимию. И хотя часть опрошенных согласны иметь в составе своего тела донорский орган, однако перспективу химеризации их личности они категорически отвергают.

Очевидно, что человеческое общество должно быть более информировано в отношении ксенотрансплантологии и её возможных последствий в виде химеризации реципиента. Нужно всесторонне осмыслить также возникающие в связи с ксенотрансплантацией этические проблемы, а это предполагает, что должно быть организовано самое широкое общественное обсуждение рассматриваемой проблемы с привлечением экспертов из разных областей знаний.

Литература

1. Силуянова И. В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: Учебн. пособие / И. В. Силуянова. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 224 с.
2. Starzl TE, Demetris AJ, Noriko M, Ildstad ST, Ricordi C, Trucco M // *Lancet* / 1992. — № 339, P. 1579-1582.
3. Langley G., D'Silva J. Animal organs in humans: uncalculated risks and unanswered questions. London: A report produced jointly by British Union for the Abolition of Vivisection and Compassion in World Farming, October, 1998. — Режим доступа : <https://www.ciwf.org.uk/media/3816926/animal-organs-in-humans.pdf> — Дата доступа : 05.12.2018.

БИМЕДИЦИНСКИЕ ОПЫТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИВОТНЫХ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

*О. С. Кутаков, студент биотехнологического факультета,
С. Ю. Девярых, заведующий кафедрой экономической теории
и истории*

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

Биомедицинские опыты на людях и животных является важнейшим элементом разрешения и обновление новых лекарственных препаратов. Причём использование животных в таких экспериментах является одним из наиболее распространённых случаев. Так по самым скромным оценкам [3], около 50 миллионов животных в год используется для экспериментов.

Все эксперименты, проводимые на животных можно разделить на несколько категорий:

- эксперименты в фундаментальных исследованиях, нацеленных на изучение функционирования и развития организма;
- прикладные исследования, включающие в себя изучение лекарственных средств, вакцин, новых медицинских приборов и использование животных в качестве моделей заболеваний;
- тесты на токсичность, которые позволяют проверить безопасность вновь созданных веществ, прежде чем будет выдано разрешение на использование их людьми.

Заметим, что эксперименты на людях, даже если они могут таить в себе опасность для их участников, всегда нацелены на спасение людей, хоть и с известным риском. В экспериментах на животных польза для самих животных не всегда очевидна. Вместе с тем сторонники таких экспериментов, оправдывая свою позицию, обычно приводят следующие аргументы:

- большинство достижений медицины были получены в результате исследований биомедицинского использования животных;
- прекращение таких исследований окажет неблагоприятное воздействие на здоровье и благосостояние людей;
- нет альтернативы экспериментам на животных, поскольку

в качестве моделей использовать человека нельзя из-за высокого риска смерти в результате эксперимента;

- эксперименты на животных оправданы из-за биологического сходства физиологии человека и животных.

Приведённые аргументы сегодня не всех убеждают. Многие исследователями видят в биомедицинском использовании этическую проблему, поэтому всё чаще поднимается вопрос, чего больше в них: вреда или пользы.

Следует признать, что на сегодняшний день нет общепринятых норм, регламентирующих такого рода деятельность. В этой связи возникает необходимость рассмотреть некоторые принятые международным сообществом нормы клинических испытаний лекарств на людях.

Прежде всего, обратим внимание на положения Нюрнбергского кодекса (1947 г.), в котором представлены основные принципы проведения медицинских экспериментов [2]. Его положения не только устанавливают необходимость свободной и сознательной воли пациента, но и налагают запрет на использование вредных методов, как на физическом, так и на психическом уровнях.

В свою очередь, Хельсинкская декларация Всемирной ассоциации врачей [3] устанавливает ещё более жёсткие стандарты для так называемых «нетерапевтических» исследований, то есть тех, которые ориентированы только на получение новой информации.

Важнейшими принципом проведения медицинских экспериментов являются обязанность информирования пациента ещё до получения его сознательного и полного согласия о рисках и целях проводимых экспериментов. Этот принцип отражён в ст. 7 «Международного пакта о правах человека» [1].

Итак, экстраполируя приведённые выше положения на ситуацию биомедицинского использования животных, отметим, что проведение экспериментов на животных ещё более спорный вопрос, чем их проведение на людях. Всё дело в том, что животные, в отличие от людей, не могут согласиться на проведение эксперимента или предпринять против него какие-либо действия. Таким образом, животные беззащитны, а их жизнь зависит только от неограниченного произвола человека.

Сегодня представители так называемого «патоцентризма» (от греческого *«pathos»* — страдание, болезнь) полагают, что субъектами морального отношения должны считаться все живые существа, способные испытывать боль. Их более радикальные собратья, те, кто придерживается идеи биоцентризма, требуют, в свою очередь, распространить моральные отношения на всю живую природу [3].

Однако напомним, что эксперименты на животных обычно проводятся для расширения фундаментальных знаний, тестирования и разработки новых лекарств, методов и процедур лечения. Те знания, которые будут в них получены, смогут помочь человечеству. Но даже это возможное благо для человека не исключает эксперименты с животными из сферы морали, а это значит, что в них следует соблюдать этические принципы организации и проведения эксперимента, обращая внимание на то, не пострадают ли люди. Кроме того, не следует забывать и о животных, обращая внимание на то, не страдают ли они.

Мы убеждены, что конечной целью экспериментов с животными не должно быть только человеческое удовольствие, например, когда весь смысл их сводится только к тестированию новых косметических средств, предполагающих получение прибыли их производителями и подобные случаи. Полагаем, что единственным оправданием биомедицинских экспериментов над животными на сегодняшний день может быть сохранение человеческой жизни и здоровья.

Литература

1. Международный пакт о гражданских и политических правах [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml – Дата доступа : 20.10.2018.

2. Нюрнбергский кодекс 1947 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.psychopravo.ru/law/int/nyurnbergskij-kodeks.htm> – Дата доступа : 20.10.2018.

3. Baranowska B. Badania naukowe i testowanie nowych leków na ludziach i zwierzętach – aspekt prawny i etyczny // Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny. – 2014. – № 3. – S. 5 – 13.

4. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://web.archive.org/web/20140101202246/http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> – Дата доступа : 20.10.2018.

О НОВОЙ ОТРАСЛИ ЗНАНИЙ — БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

*М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, проф.,
Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель, О. А. Федчук ст. преподаватель*
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Высокая профессиональная подготовка врача, позволяющая оказывать пациентам квалифицированную диагностическую и врачебную помощь, является основой для успешной его деятельности. Однако профессионализм медицинского работника должен сочетаться с высокими моральными качествами, гуманизмом, соблюдением принципов и норм общечеловеческой морали, что является традиционной профессиональной этикой – медицинской деонтологией.

Цель работы: определить значимость биомедицинской этики в условиях профессиональной деятельности. Были изучены и проанализированы: Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», Уголовный кодекс Республики Беларусь, а также литературные источники, освещающие данный вопрос [1,2,3,4].

Новейшие достижения медицинской науки, новых медико-биологических технологий породили множество проблем морального и правового порядка. Например, для того, чтобы было возможным произвести трансплантацию органов или тканей, необходимо было издание закона, в котором вопросы юридического характера тесно переплетаются с вопросами этического характера.

Необходимостью существования биомедицинской этики является дальнейшее развитие вопросов нового понимания характера взаимоотношений медицинских учреждений, врачей и их пациентов, вопроса об ответственности за разглашение третьему лицу сведений, составляющих врачебную тайну, а также развитие методов искусственного оплодотворения,

суррогатного материнства, категорического установления отцовства и материнства и др.

Одним из важных условий развития биомедицинской этики является необходимость этического и правового регулирования научных исследований в биологии и медицине, которые не всегда могут оказать существенное и не всегда однозначное влияние на судьбы многих людей. В некоторых странах существуют серьёзные этико-правовые вопросы, связанные с распространением целительства знахарями, экстрасенсами и т.п.

Всё вышеизложенное позволяет охарактеризовать биомедицинскую этику как новую отрасль знания и осмысления человека при формировании этико-правовых взаимоотношений в человеческом обществе и в области здравоохранения.

Таким образом, биомедицинская этика – это одна из форм защиты человека, его права на жизнь, на охрану здоровья, на свободное самоопределение своей жизни.

Многие вопросы деонтологии нашли своё правовое решение. Регламентация действий медицинских работников стала юридической. Примером может служить долго обсуждаемый вопрос об эвтаназии. Законодательство запрещает эвтаназию, а уголовный кодекс устанавливает уголовную ответственность за её осуществление.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII: в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 № 433-3 // Консультант Плюс. Беларусь. / Технология 3000 ООО; «ЮрСпектр». – Минск, 2018.

2. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: 9 июля 1999 г., № 275-3 : принят Палатой представителей 02 июня 1999 г. : одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г.: с внесёнными изм. и доп. по состоянию на 01 апр. 2003 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.

3. Хохлов, В. В. Судебная медицина: Руководство. / В. В. Хохлов. – 3-е изд. перераб. и доп. – Смоленск, 2010. – 992 с.

4. Матышев, А. А. Судебная медицина: Руководство для врачей / А. А. Матышев. – 3-е изд. перераб. и доп. – СПб.; Гиппократ, 1998. – 544 с.

II. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ

РОЛЬ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

О. Н. Ковалева, д-р мед. наук, проф., Е. В. Козакова, врач-интерн
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Доказательная медицина (англ. *evidence-based medicine*; син.: научно обоснованная медицинская практика) — такой способ ведения ежедневной медицинской практики (профилактика, диагностика и лечение различных состояний и заболеваний), который базируется на использовании данных, полученных в ходе проведения качественных медицинских исследований. Клинические исследования проводятся с целью оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов и инвазивных или не инвазивных методов диагностики и лечения. Качественные клинические исследования невозможно провести без участия в них людей. Несмотря на то, что анализ доклинических исследований необходим для предварительной оценки вероятности, характера и степени тяжести возможных побочных эффектов, расчёта стартовой дозы препарата, данные, полученные в результате исследований проведённых у животных или на биологических моделях, не могут быть полностью экстраполированы на человека. Любое клиническое исследование может проводиться только после получения одобрения этического комитета и положительного решения уполномоченного органа здравоохранения той страны, где будет проводиться исследование.

Клинические исследования проводятся по правилам, общепринятым в большинстве стран. Они изложены в стандарте

GCP (*good clinical practice*, «надлежащая клиническая практика»). Также существуют правила производства лекарственных средств (стандарт GMP) и выполнения лабораторных исследований (стандарт GLP). В начале 1990-х годов, когда был предложен и сам термин «доказательная медицина», была введена рейтинговая система оценки качества клинических исследований. Существует также упрощённая шкала уровней доказательности, предложенная Американским Агентством политики в сфере здравоохранения и научных исследований (*Agency for Health Care Policy and Research*). Для практикующих врачей, которые имеют лишь элементарные представления о клинической эпидемиологии и статистике, вполне достаточной может быть оценка вероятности доказательств с различных источников согласно рекомендациям Шведского совета по оценке методологии в здравоохранении (*Swedish Council on Technology Assessment in Health Care*). Это даёт возможность практикующему врачу ориентироваться в большом количестве публикаций медицинских данных.

И всё же, количество медицинской информации растёт в геометрической прогрессии. Качество этих исследований также растёт. Практикующему врачу крайне сложно разобраться в непрерывно растущем информационном потоке. Существенную помощь в этом могут оказать систематизированные обзоры различных аспектов диагностики и лечения многих состояний и заболеваний. Главным преимуществом систематизированных обзоров является объединение информации с нескольких исследований, что даёт возможность сформулировать объективное представление об исследуемой проблеме. Одной из разновидностей систематизированных обзоров является метаанализ. Часто метаанализ рассматривается как эталон, высшая степень доказательности и становится основополагающим в выборе максимально эффективного лечебного или диагностического вмешательства. Цель метаанализа заключается в оценке эффективности исследуемого вмешательства, а также в выявлении и объяснении неоднородности результатов исследований в подгруппах испытуемых.

С другой стороны, результаты различных клинических ис-

следований влияют не только на разработку новых стандартов и протоколов ведения пациентов, но также они закладывают вектор развития фармацевтического бизнеса. Поэтому крайне актуальной становится проблема анализа информации, которую различные медицинские издания, представители фармацевтических компаний и другие, заинтересованные в коммерческой выгоде лица, часто навязывают практикующим врачам.

Врачу необходимо научиться самостоятельно оценивать качество получаемой информации и отличать её от скрытой рекламы. Также, нужно осторожно использовать в своей практике мнения отдельных экспертов и чужой опыт. Очень важно оказать пациенту качественную помощь. Но не менее важно, не причинить ему вреда своими неоправданными вмешательствами. Для этого практикующим врачам и нужны источники достоверной информации. К ним можно отнести, прежде всего, рекомендации министерства здравоохранения той страны, где проводится медицинская деятельность, а также такие источники информации, как данные Кокрановского содружества (*«Cochrane collaboration»*), *FDA (U.S. Food and Drug Administration)*, *NCBI (The National Center for Biotechnology Information)*, *PubMed*, *Clinical Evidence*, *Clinical Trials*, *Clinical practice guidelines*, *eMedicine*, *Medscape*, *CDC — Center for Disease Control and Prevention*, *ACP Journal Club*, *Access Medicine*, *Healio*, *Medical World Search*, *British Medical Journal*, *The New England Journal of Medicine*, *Evidence-based Medicine Reviews (OVID)*, *UpToDate*, *SUM Search2*, *The Lancet*, *National Institute for Health and Clinical Excellence*, *Centre for Evidence based medicine*, *Annals of Internal Medicine* и др.

Современное общество и современный пациент требуют от врача умения использовать современные инструменты профессиональной медицинской деятельности, такие как достижения доказательной медицины. Если же врач не руководствуется принципами доказательной медицины, то он повышает риски нанесения ущерба здоровью и жизни пациента, а также экономике страны. Сегодня есть множество информационных ресурсов для использования в повседневной клинической практике. Задача врача состоит в том, что нужно найти достоверную информацию и правильно её применить.

III. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ (АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ЛЕКАРСТВЕННОГО, КОМПЬЮТЕРНОГО И ДР.)

FEATURES OF INTERNET-ADDICTION AMONG MEDICAL STUDENTS

*Alina Andrusha, Ph.D., associate professor, Department
of General Practice-Family Medicine and Internal Diseases*

Kharkiv National Medical University
Kharkov (Ukraine)

Currently, the relevance of the study of the problem of Internet addiction is becoming increasingly apparent due to the growing number of Internet users in the world [3,4]. This problem has only increased over the years, and the line between reasonable use of the Internet for the purpose of self-education or professional activity and excessive use of Internet resources has gradually disappeared.

In the era of high technology, any of the latest technical innovations from smartphones to watches, has the ability to connect to the Internet, it is becoming more and more likely to become dependent on it. This is especially true of young people, as a technically more educated interactive part of society, in particular, students who are forced to spend more time on the Internet to search for information on the subjects being studied [3,4,5].

In addition, in his youth, a person is most efficient, stands the maximum physical and mental stress, is capable of mastering complex ways of intellectual activity [1].

The structure of youth leisure has also changed significantly, as modern gadgets combine the capabilities of a music center,

a book, a TV, a DVD, and communicative means of communication. That is why in recent years Internet addiction among students has become particularly relevant, namely the young people are the most frequent users of modern gadgets due to their educational activities related to receiving and analyzing large amounts of information.

Young people, in particular students, are a technically more educated interactive part of society, which is forced to spend more time on the Internet to search for information on the studied subjects [2,5]. At the same time, students of various professions have the need to stay on the Internet for a long time, respectively, the likelihood of Internet addiction in this category of people is higher.

The purpose of the study is to identify the presence and determine the degree of Internet addiction of students of higher medical school, to analyze the main causes of this phenomenon.

Material and methods. We carried out a survey of 27 sixth year students of medical university, the age of the respondents was 22-25 years old. To identify Internet addiction, the Kimberley Young Internet Addiction Test was used (translation and modification by V. A. Burova). The results were evaluated and interpreted depending on the number of points: score 20–49 points is a regular Internet user, 50–79 points — there are some problems associated with excessive Internet hobbies, 80–100 points is Internet addiction.

To find out the reasons for this type of addiction, we also used specially designed questionnaires, including a number of questions that reveal the preferences of Internet users.

Results. Students were asked to indicate the primary goals of using the Internet. As it turned out, 70.4% of respondents use the Internet for education (searching for necessary information for studying), 40.7% — for leisure (watching videos, movies, listening to music), 1/5 of the respondents perceive the Internet as the main source of news, 55.6% of people use the Internet as a means of communication (communication in social networks, instant messengers, forums), 14.8% prefer game servers, and only 3.7% are visitors of dating websites.

The main reasons for using the Internet were as follows: 85.2% — accessibility, 70.4% — confidentiality, and 44.4% — ease of use.

Preferred gadgets for surfing the Internet were smartphones (92.6%), tablets (33.3%), laptops (81.5%), desktops (14.8%).

Analyzing the frequency and duration of stay on the Internet, we found that all students log on to the network every day, with 51.9% of students surfing the Internet for three hours or more, less than half for half an hour — 1 hour and only 7.4% — briefly, if necessary (basically, check emails or messages in instant messengers).

Evaluating the answers the question “Do you notice that you have stopped making progress in education, since you spend too much time on the network?” 48% of the students answered “yes”, one fourth of the respondents did not agree and about 25% of young people found it difficult to answer this question.

Answering the question “Do you neglect sleep because of a long stay on the Internet?”, only 7.4% of users gave a positive answer (they were game server fans).

Analyzing the answers the question “Instead of going somewhere with friends, do you choose the Internet?”, we found that only one fifth of the young people answered positively.

Interpreting the scores for Internet addiction, we found that 18.5% of medical students are ordinary Internet users, 59.3% are overly addicted to the Internet, 22.2% suffer from Internet addiction.

Conclusion. A survey of the 6th year course medical students showed that the overwhelming majority of young people have problems related to using the Internet. Only 1/5 of the students control the time spent online. Most respondents are aware of this, but do not pay attention, since the Internet has already become an integral part of their lives.

A smaller half of students have effects of excessively surfing the Internet in the form of deteriorating academic performance, but almost all students do not allow sleep disturbances associated with prolonged surfing the Internet. A possible explanation for this phenomenon is their professional awareness of the health effects of sleep disorders.

The preferred devices for accessing the Internet are smartphones and laptops, due to their portability, accessibility to the Internet and ease of use.

Most of the online time in the network, students spend on education (search and analysis of information necessary for study) and communication, a little less — on leisure, which is explained by the availability of free time, unlike first-year students.

One of the possible explanations for partial control of the time spent on the Internet is a high level of education, professional medical knowledge, high cognitive motivation, the highest social activity, intellectual and social maturity, and, of course, the humane profession of this category of students.

References.

1. Beard KW. Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*. 2005 Feb; 8(1): 7–14. [PubMed]
2. Cash H., Rae C., Steel A. Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice *Current Psychiatry Reviews* 2012 Nov; 8 (4): 292–298.
3. Chou C, Condrón L, Belland JC. A review of the research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*. 2005 Dec; 17 (4): 363–88.
4. O'Brien CP. Commentary on Tao et al. (2010): Internet addiction and DSM-V. *Addiction*. [Comment/Reply] 2010 Mar; 105 (3): 565.
5. Wolfing K, Buhler M, Lemenager T, Morsen C, Mann K. Gambling and internet addiction. Review and research agenda. *Der Nervenarzt*. 2009 Sep; 80 (9): 1030–9. [PubMed]

ADDICTION TO SLEEPING MEDICINES. THE CONSEQUENCES AND THE SOLUTIONS TO THESE ISSUES

Chris Harris
Colombo (Sri Lanka)

Introduction: Addiction to sleeping medicines has become a growing issue worldwide. Modern sophisticated lifestyle has paved the way for all common people to fall victim to insomnia. As sedative hypnotics are so rampantly accessible at one's fingertips, it has become the go-to option of choice for most people to help them doze off. Though it seems very satisfying at the beginning, but over the long run the consequences become extremely devastating.

A legend of the music world Michael Jackson, someone whom I loved so dearly and greatly admired had died an ultimate tragic death in 2009 because of his addiction to sleeping drugs. I have never been able to stop grieving over him since. This tragedy is the driving force which inspired me to choose this topic for this year 2019, which will be the 10th anniversary since the passing of my world renowned hero and I hope my project work will benefit many people. And by doing so I hope to be a follower in his same motive, which was to do good for humanity.

- What problems can be solved, what questions could be asked and answered within the topic?
- What is sleep? How much sleep do we actually need?
- Melatonin and its roles in sleep.
- What are sedative hypnotics?
- How sedative hypnotics work, their effects and side-effects.
- How can we overcome this issue? What are the alternatives to sedative hypnotics?

What is sleep?

We tend to think of sleep as a time when the mind and body shut down. But this is not the case; sleep is an active period in which a lot of important processing, restoration, and strengthening occurs. Exactly how this happens and why our bodies are programmed for such a long period of slumber is still somewhat of a mystery. But scientists do understand some of sleep's critical functions, and the reasons we need it for optimal health and wellbeing.

One of the vital roles of sleep is to help us solidify and consolidate memories. As we go about our day, our brains take in an incredible amount of information. Rather than being directly logged and recorded, however, these facts and experiences first need to be processed and stored; and many of these steps happen while we sleep. Overnight, bits and pieces of information are transferred from more tentative, short-term memory to stronger, long-term memory—a process called “consolidation.” Researchers have also shown that after people sleep, they tend to retain information and perform better on memory tasks. Our bodies all require long periods of sleep in order to restore and rejuvenate, to grow muscle, repair tissue, and synthesize hormones.

How much sleep do we actually need?

Healthy sleep is critical for everyone, since we all need to retain information and learn skills to thrive in life. But this is likely part of the reason children—who acquire language, social, and motor skills at a breathtaking pace throughout their development—need more sleep than adults. While adults need 7-9 hours of sleep per night, one-year-olds need roughly 11 to 14 hours, school age children between 9 and 11, and teenagers between 8 and 10. During these critical periods of growth and learning, younger people need a heavy dose of slumber for optimal development and alertness.

Unfortunately, a person can't just accumulate sleep deprivation and then log many hours of sleep to make up for it (although paying back "sleep debt" is always a good idea if you're sleep deprived). The best sleep habits are consistent, healthy routines that allow all of us, regardless of our age, to meet our sleep needs every night, and keep on top of life's challenges every day.

Melatonin and its roles in sleep

Melatonin is a hormone made by the pineal gland. That's a pea-sized gland found just above the middle of your brain. It helps your body know when it's time to sleep and wake up.

Normally, your body makes more melatonin at night. Levels usually start to go up in the evening once the sun sets. They drop in the morning when the sun goes up. The amount of light you get each day -- plus your own body clock -- set how much your body makes.

Melatonin is a sign of darkness or night-time, and is a cue for innate night-time behavior. In humans, melatonin induces heat loss, reduces arousal and related brain activity and delays production of cortisol, which increases blood pressure and blood sugar, in preparation for sleep.

Why are so many people suffering from insomnia nowadays?

There are many possible reasons for sleeplessness, including sleeping habits, lifestyle choices, and medical conditions. Some causes are minor and may improve with self-care, while others may require medical attention.

Causes of sleeplessness may include aging, too much stimulation before bedtime (such as watching television, playing video

games, or exercising), consuming too much caffeine, noise disturbances, an uncomfortable bedroom, or a feeling of excitement.

Sleeping too much during the day, lack of exposure to sunlight, frequent urination, physical pain, jet lag, and some prescription medications may also lead to difficulty sleeping.

Sleeplessness may also occur in infants. It's normal for newborns to wake up several times throughout the night. However, most infants will sleep through the night after they're 6 months old. If an older infant is showing signs of sleeplessness, it may be a sign that they are teething, sick, hungry, or bothered by gas or digestive problems.

For many people, stress, worry, depression, or work schedules may also affect their sleep. For others, sleep issues are due to a sleep disorder such as insomnia, sleep apnea, and restless legs syndrome.

What are sedative hypnotics?

To put it simply, sedative hypnotics are drugs which contain artificial melatonin. They come in various brand names, can be synthesized using a variety of organic compounds and can be obtained in various doses. Most commercial products are offered at dosages that cause melatonin levels in the blood to rise to much higher levels than are naturally produced in the body. Taking a typical dose (1 to 3 mg) may elevate your blood melatonin levels to 1 to 20 times normal.

How sedative hypnotics work, their effects and side-effects **(A) Effects**

For first time users of sleeping pills, the effect will be immediate. The user finds themselves dozing off instantly, has a very good strong sleepy night. The next he/she feels so relaxed and satisfied because they feel they have had a good sleep like never before.

Soon there comes a craving to this drug because of its strong effect. It only then takes no more than a week or two to become addicted. And after about a month's use, the body stops producing melatonin on its own because of the disruptive influence of the sedative hypnotic. Their body reaches a point where they become unable to fall asleep without the use of a sedative hypnotic.

As the practice continues, the body gets used to the sedative and thus the effect of the sedative diminishes. The patient will then need to go for sleeping pills with heavier doses to regain the level of effect. This becomes extremely detrimental as there can be side effects from the organic chemical that come with the drug. Eventually the patient may find themselves using extreme drugs that possess life-threatening risks.

This was exactly the case with Michael Jackson. His addiction to sedative hypnotics had taken the better of him. After his death, autopsies revealed that Jackson had taken six drugs for the sole sake of sleeping. Two of them were propofol and lorazepam, both of which were drugs with intense sleep effect. In fact propofol is an anesthetic, something only administered to patients undergoing surgery. Administration of this drug requires the attention and monitoring of specialized surgeons in the field of anesthesia.

(B) Side effects

To list all side effects, sleeping pills like clonazepam can cause drowsiness, poor concentration, ataxia (difficulty in walking), difficulty in speaking, driving, vision problems, muscle weakness, dizziness and mental confusion. Benzodiazepines also induce anterograde amnesia where new memories cannot be formed so patient cannot register new events into their memory. Sometimes, they even forget the people they meet. These effects slow down reaction time and impair driving skills, increasing the risk of motor vehicle crashes in patients subject to such agents. Benzodiazepines are also harmful to fetuses and suckling children. If someone suddenly stops using sleeping pills, symptoms of anxiety and increased heart rate and blood pressure level, tremors in hands, excessive sweating, insomnia and pain symptoms can develop.

How can we overcome this issue? What are the alternatives to sedative hypnotics?

Those addicted to sedative hypnotics have to be treated with therapy. A therapy similar to Harm reduction; which was implemented by the Swiss government to their victims of drug abuse would be a very effective strategy in combatting addiction to sedative hypnotics.

In the following part of the article I will cover 14 techniques which will help people fall asleep naturally. This by far will be the most important part of the article as the content of this section is useful for absolutely everyone. In this modern digitalized world getting proper sleep is something that most, if not all of us struggle with. These methods have been scientifically tested and proven very beneficial in acquiring quality sleep.

1. Lower the Room Temperature

Your body temperature changes as you fall asleep. Core temperature decreases, while the temperature of your hands and feet increases. If your room is too warm, you might have a hard time falling asleep. Setting your thermostat to a cool temperature between 60–75°F (15–23°C) could help. Individual preferences will vary, so find the temperature that works best for you.

Taking a warm bath or shower could also help speed up the body's temperature changes. As your body cools down afterwards, this can help send a signal to your brain to go to sleep

2. Use the «4-7-8» Breathing Method

The «4-7-8» method is a simple but powerful breathing method that promotes calmness and relaxation. It might also help you unwind before bed. It consists of a breathing pattern that relaxes the nervous system. It can be practiced anytime you feel anxious or stressed.

3. Get on a Schedule

Many people find that setting a sleep schedule helps them fall asleep easier. Your body has its own regulatory system called the circadian rhythm. This internal clock cues your body to feel alert during the day but sleepy at night. Waking up and going to bed at the same times each day can help your internal clock keep a regular schedule. Once your body adjusts to this schedule, it will be easier to fall asleep and wake up around the same time every day. It is also important to get seven to nine hours of sleep each night. This has been shown to be the optimal sleep duration for adults.

Lastly, give yourself 30 minutes to an hour to wind down in the evening before getting in bed. This allows your body and mind to relax and prepare for sleep.

4. Experience Both Daylight and Darkness

Light can influence your body's internal clock, which regulates sleep and wakefulness. Irregular light exposure can lead to disruption of circadian rhythms, making it harder to fall asleep and stay awake. During the day, exposing your body to bright light tells it to stay alert. At night, darkness promotes feelings of sleepiness. In fact, research shows that darkness boosts the production of melatonin, an essential hormone for sleep. Get out and expose your body to sunlight or artificial bright light throughout the day. If possible, use blackout curtains to make your room dark at night.

5. Practice Yoga, Meditation and Mindfulness

When people are stressed, they tend to have difficulty falling asleep. Yoga, meditation and mindfulness are tools to calm the mind and relax the body. Moreover, they have been shown to improve sleep. Yoga encourages the practice of breathing patterns and body movements that release stress and tension accumulated in your body. Meditation can enhance melatonin levels and assist the brain in achieving a specific state where sleep is easily achieved.

Lastly, mindfulness may help you maintain focus on the present and worry less while falling asleep. Practicing one or all of these techniques can help you get a good night's rest and wake up reenergized.

6. Watch What and When You Eat

It seems that the food you eat before bed may affect your sleep. For example, research has shown that high-carb meals may be detrimental to a good night's rest. A review of studies concluded that even though a high-carb diet can get you to fall asleep faster, it will not be restful sleep. Instead, high-fat meals could promote a deeper and more restful sleep. In fact, several studies agree that a high-carb/low-fat diet significantly decreased the quality of sleep compared to a low-carb/high-fat diet with the same amount of calories for both diets. If you still want to eat a high-carb meal for dinner, you should eat it at least four hours before bed, so you have enough time to digest it.

7. Exercise during the Day

Physical activity is often considered beneficial to healthy sleep. Exercise can increase the duration and quality of sleep by boosting

the production of serotonin in the brain and decreasing levels of cortisol, the stress hormone. However, it is important to maintain a moderate-intensity exercise routine and not overdo it. Excessive training has been linked to poor sleep. The time of the day when you exercise is also critical. To promote better quality sleep, working out early in the morning appears to be better than working out later in the day.

Therefore, moderate-to-vigorous exercise in the morning could significantly improve the quality and quantity of your sleep.

8. Get Comfortable

It has been shown that having a comfortable mattress and bedding can have a remarkable effect on the depth and quality of sleep. A medium-firm mattress has been shown to positively affect sleep quality and prevent sleep disturbances and muscular discomfort. The quality of your pillow is also crucial. It can affect your neck curve, temperature and comfort. A study determined that orthopedic pillows may be better than feather or memory foam pillows.

Additionally, the use of a weighted blanket could reduce body stress and help improve your sleep. Lastly, the fabric of the clothes you wear to bed can affect how well you sleep. It is crucial you choose comfortable clothing made of fabric that helps you keep a pleasant temperature throughout the night.

9. Turn off All Electronics

Using electronic devices late at night is terrible for sleep. Watching TV, playing video games, using a mobile phone and social networking can make it significantly harder for you to fall and stay asleep. It is recommended that you disconnect all electronics and put away computers and mobile phones so you can ensure a quiet place, free of distractions. You will be able to fall asleep much faster.

10. Try Aromatherapy

Aromatherapy involves the use of essential oils. Aromatherapy is commonly used by those who have trouble falling asleep, as it may help with relaxation. A systematic review of 12 studies revealed that the use of aromatherapy was effective in improving sleep quality.

Additionally, it seems that lavender and damask rose are popular scents with positive effects on sleep. An essential oil diffuser could be helpful in infusing your room with relaxing scents that encourage sleep.

11. Limit Caffeine and Drink a Soothing Beverage

Caffeine is widely used among people to fight fatigue and stimulate alertness. It can be found in foods and beverages like chocolate, coffee, sodas and energy drinks. Unfortunately, caffeine can have disastrous effects on your sleep. Although the effects of caffeine vary from person to person, it is recommended that you refrain from consuming caffeine at least six hours before bedtime. Instead, you could drink a soothing tea like chamomile tea, which has been shown to promote sleep and relaxation.

12. Adjust Your Sleep Position

Good quality sleep may depend on your body position during the night. There are three main sleeping positions: back, stomach or side. Traditionally, it was believed that back sleepers had a better quality of sleep. However, research has shown that this might not be the best position to sleep in, as it could lead to blocked airways, sleep apnea and snoring. In fact, a study done on 16 people determined that the participants who reported consistent poor sleep spent more time on their back. Although individual preferences play an important role in choosing sleep position, the side position seems to be linked to high-quality sleep.

13. Read Something

Reading could be a good activity to help you wind down before bed. At least for kids, it seems that bedtime reading may promote longer sleep. However, it is important to understand the difference between reading from an electronic book and a traditional paper book. Electronic books emit a kind of light that can reduce melatonin secretion, making it harder for you to fall asleep and causing you to feel tired the next day. Therefore, it is recommended to read from a physical book in order to relax and improve your sleep.

14. Visualize Things That Make You Happy

Instead of lying in bed worrying and thinking about stressful things, visualize a place that makes you feel happy and calm. This

technique helps you occupy your mind with good thoughts instead of engaging with worries and concerns during the pre-sleep time. Picturing and concentrating on an environment that makes you feel peaceful and relaxed can take your mind away from the thoughts that keep you up at night.

ПРОБЛЕМА КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

*В. С. Глушанко, д-р мед. наук, проф., А. А. Герберг, ст. преподаватель
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Актуальность. Либерализация общественного сознания, высокий уровень личной свободы, достижения научно-технического прогресса, компьютеризация и технизация большинства сфер нашей жизни, процессы урбанизации, обусловившие повышение ритма жизни и психическое перенапряжение, привели к росту и разнообразию форм поведенческих зависимостей человека — одной из важнейших психомедицинских проблем XXI века («болезнь цивилизации») [1].

Человек от природы слаб и манипулятивен. Любое поведение человека всегда чем-то предопределено и от чего-то зависит. Успешные поведенческие стратегии возможны только при адекватной оценке всего многообразия влияний и отношений. В буквальном смысле слова независимого поведения быть не может. В реальной жизни возможны лишь различные модальности, векторы, степени и уровни зависимости.

Всестороннее изучение проблемы взаимодействия врача и пациентов, имеющих различные зависимости, в современных условиях становится наиболее актуальной задачей. Для врача-специалиста важно знание и применение арсенала особых коммуникативных средств и приёмов при работе с пациентами с девиантным поведением.

Цель. Изучить основные тенденции современных зависимых форм поведения человека и выявить особенности комму-

никативного взаимодействия врача и пациента с девиантным поведением.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали литературные источники и данные электронных ресурсов. Метод исследования: аналитический.

Результаты исследования. Любая форма зависимого поведения ведёт к нарушению нормального функционирования личности, т.е. к девиации (проблемному, отклоняющемуся от нормы поведению). Человек начинает существовать в сюрреалистичном, виртуальном мире, перестаёт развиваться и даже деградирует. Девиантное поведение подразумевает поступки, нарушающие какие-либо социальные и культурные нормы, в том числе правовые, а также наличие явной или скрытой психопатологии.

Зависимое поведение как вариант отклоняющегося становится при следующих характеристиках:

1. Непреодолимая подчинённость другим интересам.
2. Чрезмерная фиксация внимания на определённых видах деятельности или предметах.
3. Снижение способности выбирать и контролировать своё поведение, его стереотипность.
4. Увеличение толерантности (терпимости) к иному мировоззрению, поведению, образу жизни.
5. Утрата альтернативных интересов.
6. Пренебрежение осложнениями и вредными последствиями.
7. Появление абстинентного синдрома.

К зависимому поведению относят:

1) «химическую зависимость», или зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) — алкоголя, опиатов, каннабиноидов, кокаина, стимуляторов ЦНС, галлюциногенов, седативных и снотворных препаратов, табака, летучих растворителей (согласно МКБ-10);

2) зависимость от приёма пищи — анорексия и булимия;

3) сексуальные девиации и перверсии (парафилии), в т.ч. виртуальные;

4) психостимулирующие нехимические зависимости — экстремальная спортивная деятельность, гемблинг, kleptomания, пиромания, серийные убийства;

5) викарные зависимости (занимающие психологическую пустоту) — накопительство/мотовство, шопоголизм, трудоголизм, светские развлечения, созависимость, «запойное» чтение, чрезмерное увлечение пирсингом и шрамированием, нанесение сознательных увечий девиантом самому себе;

6) фанатизм (религиозный, политический, спортивный, национальный) как зависимость от референтной группы или лидера;

7) «состояние перманентной войны» — вымещение злобы на окружающих людях и животных, уничтожение чужого творчества;

8) электронные формы зависимости — кино/телевизионная зависимость, компьютерные игры, интернет-аддикция, интернет-преступления;

9) суицидальное поведение [1, 2].

Наиболее распространёнными формами зависимости в современном обществе являются курение табака и употребление алкоголя. Всё более широкое распространение получает употребления наркотических и токсических веществ, особенно подростками и молодёжью.

По официально зарегистрированным данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в 2017 г. показатель заболеваемости населения с диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз составил 18 238 человек (число пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни). За последнее десятилетие число наркозависимых увеличилось в 1,4 раза и составило на начало 2017 г. 8 649 человек, а число пациентов с установленным впервые в жизни диагнозом наркомания и токсикомания — 626 человек (2017) [3].

В результате масштабного исследования факторов риска возникновения неинфекционных заболеваний (STEPS), проведённого по инициативе ВОЗ, выявлено, что в Беларуси на 2017 г. курящих — 29,6% населения [4].

Непосредственно от мотивов, которые влияют на формирование негативных черт и толкают на «запрещённые» поступки, зависит выбор метода работы врача с девиантом (психокоррекция). Среди множества причин (мотивов) девиантного поведения можно выделить три основных:

1. Социальное и психологическое основания. Сюда относятся нарушения воли, установок, неправильные ценности (нравственные, духовные). Люди с неврозами, депрессивными расстройствами, навязчивостями, страхами, которые пришли из детства, в большей степени склонны к саморазрушению и суицидальным попыткам. Причины: неправильное воспитание, нарушение внутрисемейного климата, неполная семья и т.п.

2. Личностное развитие. Подразумеваются имеющиеся у индивида, склонного к девиантному поведению, деформации личности (личностного развития). Понимается наличие выраженных акцентуаций и нарушений характера, которые могут привести к развитию психопатий или иных форм психических проблем.

3. Биологическое основание. Соматические (телесные, физиологические) заболевания, психосоматика, особенности проявления темперамента, врождённых свойств нервной системы.

Понимание врачом причин поведенческих зависимостей пациента важно для формирования психотерапевтических стратегий и подбора актуальных методов исправления состояния. Наряду с социальным или психотерапевтическим (психологическим) воздействием может использоваться медикаментозная терапия с акцентом на психическое либо физиологическое состояние [2].

Психологическая коррекция направлена на трансформацию поведения, идей и ценностей, строится как «обучение правильному поведению» и включает в себя научение ведению конструктивного диалога, избавление от внутренних барьеров, формирование личностных черт, помощь в адаптации. Психотерапевтическая работа может осуществляться как в индивидуальном порядке, так и в форме групповой работы (коммуникативные тренинги).

Проводится целенаправленная беседа с пациентом. В ходе неё желательно говорить максимально просто и доверительно, в спокойной обстановке, избегая шаблонов и чтения морали. Советы даются в виде позитивных рекомендаций. Наиболее эффективен и психологически приемлем для большинства режим

одномоментного отказа. Закрепляются основные установки по преодолению зависимости. Врач в процессе психокоррекции:

1. Находит отклонения в поведении, нарушения психической деятельности, психопатии (неврозы, реактивные состояния и пр.).

2. Выявляет причины аддиктивного поведения.

3. Устанавливает диагноз, оценивает состояние психического здоровья, определяет дееспособность.

4. Назначает лечение и выписывает лекарственные средства (при необходимости) [1].

Выводы.

1. Зависимые формы поведения стали обязательными атрибутами современного общества. Количество их видов постоянно увеличивается, а место и роль в социуме всё более многообразны и многофункциональны. Они являются одной из важнейших причин системных и эпидемических социальных недугов, бросающих вызов современной цивилизации.

2. Коммуникативная компетентность врача — залог проведения эффективной лечебно-профилактической и реабилитационной работы.

Литература

1. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учебно-метод. пособие / А. Т. Щастный, В. С. Глушанко, С. П. Кулик, Т. В. Мишаткина, А. А. Герберг, М. Г. Королев, И. А. Мартинкевич, А. М. Мясоедов, Н. У. Тиханович, А. Л. Церковский; под ред. А. Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.

2. Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб.-метод. пособие / Глушанко В. С., Тимофеева А. П., Герберг А. А., Шефиев Р. Ш. / Под. ред. проф. В. С. Глушанко. – Витебск, ВГМУ 2017. – 301 с.

3. Демографическая и социальная статистика. Здравоохранение // Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. 2017. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/socialnaya-sfera/zdravooхранenie_2/. – Дата доступа : 31.01.2019.

4. Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017) // ВОЗ: Европейское региональное бюро [Электронный ресурс]. 2016. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>. – Дата доступа : 31.01.2019.

ЖИЗНЬ МОЛОДЁЖИ ВНЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ

*Н. М. Медвецкая, доц. кафедры ТМФК и спортивной медицины,
М. В. Папко*

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

Актуальность. Данные исследования представляют практический интерес для студентов и всей молодёжи, поскольку их здоровье и всего населения является главной задачей успешного развития и национальной безопасности современного общества.

Повышение внимания связано с тем, что основной причиной смерти являются хронические неинфекционные (потенциально предотвратимые) заболевания, но болезни современного человека обусловлены, прежде всего, его повседневным образом жизни. В настоящее время здоровый образ жизни (ЗОЖ) рассматривается как основа профилактики заболеваний и увеличения ожидаемой средней продолжительности жизни.

Вместе с тем, по данным статистики в нашей стране 78% мужчин и 52% женщин ведут нездоровый образ жизни [1].

Одним из актуальных направлений сохранения здорового общества является пропаганда ЗОЖ среди населения. Тем более, формирование ЗОЖ является одним из направлений профессиональной подготовки врачей и преподавателей, в чьи обязанности входит профилактическая работа с населением по пропаганде ЗОЖ и борьбе с вредными привычками и различными пристрастиями, которые приобретают формы зависимостей.

Цель. Проанализировать актуальность формирования современных научных знаний и умений при обучении молодёжи специальным дисциплинам в учреждениях образования и практического применения их для эффективной пропаганды ЗОЖ среди населения.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели были использованы аналитический метод, проанализированы источники информации по вопросам ЗОЖ,

проведено анонимное анкетирование студентов по наличию у них знаний и умений о понятиях здоровье и здоровый образ жизни.

Результаты и их обсуждение. Среди опрошенных студентов и даже школьников имеются данные нарушения ими норм здорового образа жизни. Из данных анкет и многолетних наблюдений за студентами во время свободного время проведения и перерывов привлекают пристальное внимание табакокурение. Вызывает настороженность факт организации мест для курения вне территории учебных заведений, где учащиеся проводят перерывы между занятиями иногда в ущерб принятию пищи.

Несмотря на наличие графиков контроля преподавателями и проведения необходимых замечаний и рекомендаций отмечен значительный процент курящих среди студентов первых курсов, что может отрицательно отразиться на их состоянии здоровья и учёбе.

Результаты проведённого анонимного анкетирования студентов по наличию у них знаний о понятиях здоровье и ЗОЖ представлены в виде ответов на предложенные вопросы.

На вопрос об их отношении к табакокурению все студенты (в 100%) ответили, что не курят, осуждают и пропагандируют ЗОЖ. К сожалению, результаты многолетних наблюдений и анонимного анкетирования учащихся и студентов педагогического и медицинского университета выявляют факты наличия такой вредной привычки и даже постоянной зависимости к никотину (выкуривают пачку сигарет в день). Обращает пристальное внимание значительный процент курящих девушек, не берегущих свой организм и оказывающих вредное влияние на их детородную функцию.

В тоже время представляет интерес ответ на вопрос отношения их к алкоголю. Так, только в 50% случаев анкетированные ответили «не употребляю», а половина «употребляют редко», что далеко от истинного результата.

Свободное от учебных занятий время и даже в процессе обучения учащиеся уделяют компьютерным играм, просмотру фильмов. Век прогресса и значительного объёма научной ин-

формации вызывает острую необходимость в постоянном использовании информационных технологий, что оказывает отрицательное воздействие на их зрение и нервную систему.

Заключение:

1. Установлена актуальность формирования современных научных знаний и умений при обучении студентов и возможные пути практического применения эффективной пропаганды здорового образа жизни среди учащейся молодёжи.

2. Для достижения желаемых результатов необходимо создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения.

3. Требуется усиление мер по снижению распространённости курения и потребления табачных изделий, уменьшению алкоголизации населения, профилактике потребления наркотиков, повышению заинтересованности населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом для замены ими других вредных пристрастий.

Литература

Михалевиц, П. Н. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. В 2 ч. Ч. 1 / П.Н. Михалевиц [и др.]. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2014. — 720 с. : ил.

МНОГОФАКТОРНОСТЬ АДДИКЦИИ

Л. В. Лукина, канд. ист. наук, доц.

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

Навязчивая потребность (желание), аддикция, внутреннее состояние человека, проявляющееся в рефлексивно-обусловленных (эмоционально доминирующие) формах поведения при совершении определённой деятельности, несмотря на осознание личностью неблагоприятных последствий

медицинского, психологического, социального характера: зависимое поведение — позиционируется как многофакторное явление. Разнообразие свойств личности подчинено образцам привычных простых форм («паттерны») поведения зависимой личности.

Теоретические подходы и эмпирические данные исследователей свидетельствуют о внешних социальных факторах и индивидуальных (внутренние) особенностей личности человека. Так, к внешним социальным факторам, способствующим формированию зависимого поведения, относят технический прогресс в пищевой, фармацевтической, медицинской индустрии, поставляющей на рынок новую продукцию, новые товары — потенциальные объекты зависимости. К этой же группе факторов примыкает и деятельность наркоторговцев, вовлекающих, прежде всего, молодёжь в потребление всевозможных химических веществ. К зависимому поведению приводит и рост урбанизации, с его стремлением к независимости, утрате поддержки, ослабляющий межличностные связи, заменяя их достижениями цивилизации (компьютер, информационные технологии). Субкультура, проявляющаяся в многообразии форм, вариативности содержания воздействует на личность, зависимое поведение которой идентифицируется в проявлении групповой динамики, чувстве единения. Ведущая роль в происхождении аддиктивного поведения отводится семье играющей роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения (проблема со-зависимости), в которой прослеживается определённая связь между поведением взрослых, родителей и поведением детей (гипер- или гипопека, зависимое поведение самих родителей). Одну из первых теорий зависимого поведения предложил З. Фрейд в работе «Неудовлетворённость культурой» (1931 г.). Так, адаптация к требованиям родителей, являющаяся для ребёнка средством управления родителями, постепенно порождает чувство беспомощности и неудовлетворённости, замещающая их способами отказаться от индивидуальной обусловленности и ответственности.

Таким образом, аддиктивная зависимая личность, проецируя ответственность за деятельность на специфические

объекты внешнего мира, наполняет собственное поведение простыми рефлексивными формами, испытывая трудности в поддержании самоуважения.

Люди отличаются индивидуальной особенностью личности, предрасположенностью к специфическим действиям объекта на организм человека, ведущим, вызывающим зависимое поведение. В группу риска по возникновению зависимого поведения попадают по причине половой избирательности зависимого поведения. Одни виды навязчивой потребности (желания) преимущественно характерны для женщин, другие — для мужчин. Сказывается и возрастной фактор на влияние объекта аддикции. В исследованиях, к примеру, отмечается, что наркоманией страдают преимущественно лица в возрасте от 14 до 25 лет. Алкоголизм охватывает более старшее поколение, но зафиксированы случаи и подросткового и детского алкоголизма. Психофизиологические особенности человека могут влиять на динамику объекта зависимости, темп формирования, степень выраженности и возможность преодоления. Психологический дискомфорт возникает и по внутренним и внешним факторам. Колебания настроения сопровождают всю нашу жизнь и, люди по-разному воспринимают и реагируют на эти состояния. Готовность и способность одних противостоять кризисным ситуациям и принимать решения, другие — не переносят и незначительный психофизический тонус. Психологическому комфорту способствуют алкоголь, наркотические (токсические, лекарственные) вещества. На изменение настроения влияют увлечённость играми, компьютером, сексом, переедание (голодание), работа, длительное прослушивание ритмичной музыки.

Рассматривая наследственную предрасположенность формирования зависимого поведения, зачастую встречается позиция, согласно которой ведут речь о семейной предрасположенности к аддиктивному поведению. Возникновение зависимого поведения просматривается и в низких адаптивных возможностях, неустойчивости, нарушении механизмов перед разного рода стрессорами. Выделяют и дополнительные факторы риска: стремление непременно выделиться из общей

массы, азартность, психологическая неустойчивость, одиночество, восприятие обычных житейских обстоятельств в качестве неблагоприятных, скудность эмоций.

Однозначные причины развития аддиктивного поведения выделить практически невозможно, как правило, происходит влияние сочетания различных неблагоприятных факторов, как внешней среды, так и личностных особенностей конкретного человека.

Литература

1. Акопов А. Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни личности. – 2-е изд. – СПб. : Речь, 2009. – 230 с.
2. Болескина Е. Л. Потребители игровой компьютерной культуры // Социологические исследования. – 2002. – №9. – С. 80-87.
3. Гримак Л. П. Грядущий век – век одиночества (к проблеме Интернета) // Мир психологии. – 2003. – №2. – С. 37-42.
4. Психология зависимости : хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. – Минск : Харвест, 2007. – 592 с.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Н. В. Малик, канд. мед. наук, доц. кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Вопреки сложности ситуации, сложившейся в Украине, наше государство изменяется и развивается. Это особенно заметно, когда в фокус внимания попадают темы, покрытые предубеждением и неинформированностью. Медленно, но бесповоротно тема психического здоровья теряет свою закрытость и таинственность и всё реже становится предметом стыда. Украина пребывает на стадии подготовки к реформированию системы здравоохранения в целом, и в частности, системы охраны психического здоровья. Забота о психическом здоровье должна стать неотъемлемой составляющей организационной полити-

ки. Тема психического здоровья перестаёт быть секретной и всё больше становится предметом обсуждений не только в кабинетах специалистов, но и на государственном уровне. Улучшение оказания психиатрической помощи населению врачами общей практики — одна из актуальных проблем современного здравоохранения.

В сегодняшний век компьютерных технологий и технического прогресса мы часто сталкиваемся с нарушенными формами поведения от компьютерной, наркотической, алкогольной зависимости у людей разных возрастных групп, и, особенно, у молодёжи. Так, в связи с высокими темпами компьютеризации у подростков может возникать компьютерная зависимость, приводящая к нарушению их психики. Причиной этого, с одной стороны, могут быть скрытые конфликтные ситуации в семье (эмоционально-психологическое напряжение), а с другой, подростки часто предоставлены сами себе из-за постоянной занятости родителей, т.е. возникает детская безнадзорность. Во избежание этого напряжения, дети уходят в виртуальный мир. В частности, опасность компьютерной зависимости среди подростков заключается в том, что они ищут ответы на свои вопросы не в семье, а в интернете, что часто приводит к депрессивно-тревожным нарушениям и суицидальным поступкам. К сожалению, до сих пор сохраняется среди населения страх обращения к психиатрам и лишь иногда такие подростки обращаются к врачам общей практики и начинают проходить долгий путь консультаций и обследований.

Задача медиков — увеличить информированность о психическом здоровье, т.к. часто люди не знают, как эта проблема влияет на качество жизни и труда, поэтому усиление знаний в этой сфере является необходимым. Об этом необходимо говорить в школах, высших учебных заведениях, на рабочих местах. Необходимо доводить до сведения населения, что выход есть, психические нарушения можно преодолеть, психологические проблемы можно разрешить, а вместо страданий нужно искать своевременную профессиональную помощь.

Сегодня в мире активно развиваются общественные центры здоровья, расположенные преимущественно в местах

проживания человека. В таких центрах забота о психическом здоровье сочетается с соматической медициной и социальной помощью. Т.к. в большинстве случаев, это люди трудоспособного возраста, то специализированная поддержка должна быть интегрирована в рабочий процесс.

В результате таких действий возрастёт возможность применения превентивных мероприятий, своевременного выявления поведенческих нарушений и должной коррекции при оказании первой помощи, организации благоприятной и поддерживающей атмосферы.

Так, в Харькове создана «Клиника, дружественная к молодёжи», где на основе анонимности, конфиденциальности и добровольности осуществляется медико-социальная помощь детям и подросткам, находящимся в сложных жизненных ситуациях, а также профилактика девиантных форм поведения лиц повышенного риска. Подростки могут приходить к докторам и психологам за помощью, не боясь, что их проблемы станут известны родителям. Лишь при тщательном расспросе подростки неохотно признают наличие нарушений внутрисемейного функционирования, при этом отмечают неуверенность в себе, недоверчивость, замкнутость, чувство обиды по отношению к членам семьи. Среди жалоб обращает на себя внимание наличие у них головной боли, неприятных ощущений в области сердца, различных страхов, тревоги, апатии, тоски, что можно расценивать как проявление маскированной депрессии.

Значительную роль в лечении тревожно-депрессивных состояний и психовегетативных проявлений играют психотерапия, аутогенная тренировка, лечебная физкультура, физиотерапия.

В специализированной психиатрической сети психокоррекция и психотерапия являются единственными средствами психосоциальной реабилитации больных с психическими нарушениями для восстановления уровня их социального функционирования и повышения качества жизни.

Объём применения методов психологического воздействия как профессиональной деятельности психолога в лечебно-профилактических учреждениях включают: определение, коррек-

цию, реабилитацию, профилактику нарушений взаимодействия с окружающей социальной средой человека; психологическое обеспечение учебно-воспитательного процесса (определение психофизического развития детей, психолого-педагогическая коррекция, профилактика, реабилитация).

К сожалению, лишь немногие пациенты с психологической зависимостью обращаются за медицинской помощью. Эта проблема является сложной и требует улучшения подготовки врачей в области психиатрии, особенно семейных врачей, поскольку обращаемость к ним таких пациентов остаётся более реальной.

Поэтому одной из главных задач медиков является оказание комплексной и эффективной лечебной помощи по месту проживания (включая психотерапию и медикаментозное лечение), особенно, если речь идёт о молодых людях, у которых впервые развилась проблема поведенческих видов зависимости, разрабатывать и внедрять политику и практику решения проблем с психическим здоровьем. Одним их эффективных способов помощи людям с нарушениями психического здоровья является приближение их к общественности, привлечение к активной жизни.

Литература

1. Берн Э. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – М., : Эксмо, 2012. – 264с.
2. Войскунский А. Е. Концепции зависимости и присутствия применительно к поведению в интернете / А. Е. Войскунский // Журн. Медицинская психология в России, №4 (33). – 2015.
3. Зінченко О. В. Інтернет-спілкування як чинник когнітивних перетворень підлітків / О. В. Зінченко// Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України , Т.12 (20), 2014. – С.106 – 113.
4. Литвинчук Л. М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів/ Актуальні проблеми психології, Т.7 (44), 2017. – С.84 – 94.
5. Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь / В. Д. Москаленко – М.: ПЕР СЭ, 2006. –352с.
6. Первая психологическая помощь/ Пособие для членов отряда быстрого реагирования Общества Красного Креста Украины/ под ред. Л. Кидом. – Киев, 2017. – С.42.

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ УЧИЛИЩА ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА

*А. Н. Дударев, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии,
О. Н. Малах, доцент кафедры анатомии и физиологии,
канд. биол. наук, доц.*

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

Стратегия развития педагогического процесса ставит новые ориентиры в образовательных и воспитательных целях школ и средних специальных учебных заведений, что требует совершенствования структуры и содержания образования, повышение квалификации педагогов, их становление как профессионалов, легко ориентирующихся в инновациях, владеющих разными здоровьесберегающими технологиями преподавания.

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами, такими как табак, алкоголь, наркотики признаётся как чрезвычайно важная задача. Ряд исследований показали, что в корковых структурах головного мозга в момент наслаждения выделяются медиаторы — эндоэтанол и эндоморфин. Каждый человек способен вырабатывать своё собственное наркотически подобное вещество – внутренний алкоголь или внутренний морфин. Через определённое время употребления алкоголя, наркотиков или других токсических веществ подкорковые структуры головного мозга практически перестают вырабатывать медиаторы удовольствия, что проявляется синдромом абстиненции, то есть патологической зависимостью.

В исследованиях Т. М. Брук [1] показано, что врождённую предрасположенность к приёму психоактивных веществ имеют люди, в организме которых эндогенные опиоидные пептиды синтезируются в недостаточном количестве, поэтому они стремятся восполнить имеющийся дефицит, принимая эйфоризирующие вещества.

Мотив удовольствия от физической активности важен тем, что опирается на физиологические механизмы метаболизма опиоидных пептидов, что является и физиологическим меха-

низмом развития наркомании [1, 2]. Разница в том, что выделение бета-эндорфина при некоторых физических нагрузках является естественным биологическим процессом, употребление же наркотических веществ нарушает естественные процессы и приводит к неблагоприятным последствиям для организма.

По мере употребления наркотика его действие слабеет и для достижения прежнего эффекта наркоман вынужден увеличивать дозу: идёт привыкание к наркотику. У наркоманов в начале болезни появляется расстройство психики (раздражительность, подавленность, неспособность сосредоточиться и др.), а затем появляются признаки нарушения физического состояния: потливость, сердцебиение, сухость во рту, мышечная слабость, дрожание конечностей, расширение зрачков, исчезает аппетит. В абстинентном периоде могут возникнуть судорожные припадки и острый психоз с нарушением сознания, наплывом галлюцинаций, бредом. Нарушаются функции всего организма [2].

Цель работы — анализ уровня знаний учащихся училища олимпийского резерва в области потребления наркотических и токсических веществ.

Материал и методы исследования. Естественно-педагогический эксперимент, позволяющий своевременно определить проблемные зоны в организации деятельности по сохранению здоровья старшеклассников проводился на базе УО «Витебское государственное училище олимпийского резерва». Исследование проходило в форме анкетирования, в котором принимало участие 92 учащихся 14-19 лет.

Работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств и испытуемых; подготовка стимульного материала; мотивация испытуемых; обработка и оформление результатов. Анкета содержала 42 вопроса. Контролируемыми параметрами являлись пол, возраст, систематичность занятия физкультурой, отношение к допингу, курению, алкоголю, наркотикам и др. Проанализируем ответы учащихся о наркотической зависимости.

Результаты и их обсуждение. Анализ ответов на вопросы показал, что подавляющая часть респондентов (97,8%)

отрицает потребление наркотиков, но 2,2% учащихся признались, что 1-2 раза их пробовали. При этом с проблемой наркомании среди молодёжи знакомы в полной мере 18,68%, в некоторой степени 51,65%, более 30% практически никогда не интересовались этой темой.

Об опасности для здоровья при употреблении курительных смесей и других химических веществ одурманивающего действия слышали 95,60%, а не знают лишь 4,4%. Абсолютное большинство 91,21% считает, что курительные смеси (спайсы) являются наркотиками, не владеют информацией (не знают) — 6,59% и только 2,2% думает, что они близки к сигаретам.

На вопрос «Кто формирует Ваше личное отношение (позитивное или негативное) к токсическим и наркотическим веществам?» респонденты ответили: интернет (32,6%), семья (27,4%), училище (14,62%), собственные убеждения (12,28%), друзья (7,1%), средства массовой информации (6%). Осведомлённые учащиеся считают, что больше всего молодёжь курит марихуану и употребляет спайсы, точно назвать другие наркотики затруднялись или не захотели ответить.

Основными причинами, которые удерживают от употребления наркотических и токсических веществ, обучаемые ответили:

- отрицательные примеры из жизни знакомых (2,2%);
- боязнь заразиться СПИДом или другой опасной инфекцией (4,4%);
- опасаются получить привыкание к наркотику (6,6%);
- мои принципы и взгляды на жизнь (8,7%);
- боятся осуждения со стороны семьи (11%);
- забота о своём здоровье и образе жизни (17,6%);
- занятия спортом (49,5%).

Малах О. Н. с соавторами разработано рационализаторское предложение «Способ оценки мотивов употребления наркотиков» (удостоверение № 20 выдано 27 апреля 2016 г.). Может использоваться в учебно-воспитательном процессе учреждений образования. Предназначено для автоматизации оценки мотивов употребления наркотических средств в молодёжной среде

и выявления «групп риска», т.е. скрытой наркомании. В разработке реализована возможность повышения эффективности и результативности воспитательной работы общеобразовательных учреждений по своевременному выявлению учащихся группы риска употребления наркотических средств и проведения с ними профилактической и коррекционной работы.

Большинство респондентов выразило мнение о том, что обсуждать темы, которые касаются негативного влияния алкоголя, никотина, наркотических средств на организм человека, болезней, передаваемых половым путем необходимо начинать с 10 лет. Следовательно, можно сказать, что профилактические беседы необходимо проводить не только для старшеклассников, но и для детей средней школы.

Заключение. Таким образом, более эффективным способом борьбы с наркотиками респонденты считают усиление наказаний за их распространение, особенно среди несовершеннолетних. Чем старше становятся учащиеся, тем больше возможностей для возникновения вредных привычек. Целесообразно вовлечение молодых людей в беседы, дискуссии, направленные не только на изложение теоретического материала, сколько на обсуждение и оценку информации, для поиска правильного самостоятельного решения.

Литература

1. Брук, Т. М. Реакция эндогенной опиоидной системы на физическую нагрузку у лиц различных спортивных специализаций/ Т. М. Брук // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 1. – С. 24-27.

2. Derungs A., Schwaninger A.E., Mansella G., Bingisser R., Kraemer T., Liechti M.E. Symptoms, toxicities, and analytical results for a patient after smoking herbs containing the novel synthetic cannabinoid MAM-2201 // Forensic Toxicology – 2013. – Vol. 31, № 1. – P. 164–171.

К ВОПРОСУ О НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Цыбульская, преподаватель, А. А. Буйнов, ст. преподаватель
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Проблема распространения наркозависимости приобретает всё более угрожающий характер в современном обществе. О сохраняющейся наркоугрозе в Республике Беларусь свидетельствует количество изымаемых из незаконного оборота психоактивных веществ. Так, за период с января по октябрь 2018 года правоохранительными органами было изъято более 660 кг наркотических средств и почти 42 кг психотропных веществ [1]. Одной из самых страшных составляющих этой проблемы является высокий уровень потребления наркотиков среди подростков. Дети — будущее нашего государства, надежда на его процветание и развитие. Но, в большей степени именно не сформированная личность больше уязвима и подвержена негативному воздействию. К причинам, приводящим к наркомании в среде подростков, можно отнести:

- недостаток любви и внимания со стороны близких людей;
- любопытство;
- протест против тех ценностей, которые исповедует общество и семья;
- импульсивные действия;
- конфликтное поведение.

В ряде случаев эти симптомы характерны для тех личностей, у которых очень низкая самооценка, кто считает себя хуже других. У них преобладает ощущение неудовлетворённости, несчастья, тревоги, скуки, неуверенности в себе, депрессия. Для большинства детей подросткового возраста наркотики — это средство борьбы с депрессией. Находясь в трудном эмоциональном состоянии, многие считают, что, употребив наркотики, можно избежать состояния глубокой депрессии. Но, тем самым не замечают, что последовательно приводят свой организм к серьёзному заболеванию — наркомании.

Наркомания — заболевание, обусловленное психической и/или физической зависимостью от наркотических средств, психотропных веществ, аналогов [2]. Наркотические средства, психотропные вещества — вещества природного или синтетического происхождения, включённые в Республиканский перечень [2]. В Республике Беларусь некоторые наркотические средства и психотропные вещества используются в медицинских целях для облегчения боли и физического (психического) страдания, связанных с заболеванием и/или медицинским вмешательством, в соответствии с медицинскими показаниями на основании клинических протоколов, утверждённых Министерством здравоохранения Республики Беларусь [2]. Но, к сожалению, в современном мире потребление наркотиков в большинстве случаев не имеет отношения к медицинским показаниям. В связи с этим введена административная ответственность за появление в общественном месте в состоянии, вызванном потреблением без назначения врача психоактивных веществ, — штраф от 5 до 10 базовых величин [3]. Наркомания у детей в подростковом периоде остаётся одной из самых актуальных и болезненных тем на сегодняшний день. Основная задача в борьбе с наркозависимостью детей и подростков возложена на семью. В первую очередь родители своим поведением и образом жизни должны подавать пример своим детям, с раннего возраста необходимо внушать ценность здорового образа жизни и стремление к нему, прививать отрицательное отношение к вредным и опасным привычкам. Кроме того, в семье должно быть открытое общение и доверительные отношения. В том случае, если родители заметили что-тостораживающее в поведении своего ребёнка, необходимо его окружить заботой и любовью, дать понять ему, что в любой ситуации семья — это защита и поддержка, благодаря которой любые трудности преодолимы.

Наркоманию легче предупредить, чем вылечить, а для этого необходимо активное взаимодействие родителей, педагогических работников, правоохранительных органов и всей ответственности. С этой целью, считаем целесообразным предложить в качестве способа предотвращения распространения

наркомании среди детей подросткового возраста рассмотреть возможность усиления антинаркотической пропаганды, посредством введения в общеобразовательных школах факультативных курсов, направленных на противодействие наркомании.

Литература

1. Официальный сайт Министерства внутренних дел Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.mvd.gov.by – Дата доступа : 21.11.2018.

2. О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах : Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа : pravo.by. – Дата доступа : 21.11.2018

3. О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков: Декрет Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа : pravo.by. – Дата доступа : 21.11.2018.

ПРОФИЛАКТИКА НИКОТИНОВОЙ, АЛКОГОЛЬНОЙ, НАРКОТИЧЕСКОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ

М. В. Папко, психолог

г. Витебск (Беларусь)

Природа создала человека для долгой и счастливой жизни. Однако, ряд привычек, которые человек начинает приобретать ещё в школьные годы и от которых не может избавиться в течение всей жизни, серьёзно вредят его здоровью. К таким вредным привычкам относятся никотиновая, алкогольная, наркотическая и компьютерная зависимость.

Компьютерная зависимость является наиболее распространённой на сегодняшний день. В большинстве случаев зависимость у взрослого человека приобретает физиологическую форму, а у подростка, наоборот, психологическую. Она проникает намного глубже в его сознание, так как оно ещё не окончательно сформировалось. Таким образом, пристрастие форми-

руется на долгие годы. И, если за проблему не взяться сразу, то зависимость впоследствии будет намного сложнее вылечить.

Прежде всего, ребёнок должен расти в любви. В психологически здоровой семье зависимость у ребёнка попросту не сформируется. Необходимо заложить в нём фундамент — что важно в жизни, а что нет. До определённого возраста нужно тщательно следить за успеваемостью в школе, а после занятий помогать ребёнку делать домашнее задание. В свободное время занимать его каким-нибудь полезным хобби. Он должен выбрать самостоятельно то дело, которое действительно его очень интересует, будь то шахматы или рисование. Оно заменит ребёнку компьютерные игры и дурные компании. Нужно тщательно следить за внутренними изменениями, которые проходят у ребёнка. Контроль за всем, что происходит в жизни ребёнка, важен, но только в разумных пределах. Во многих семьях зависимость была спровоцирована жестоким обращением с детьми. Для того чтобы это выявить, нужно стараться быть в постоянном контакте с ребёнком. Нужно делать выбор в пользу ребёнка, даже если есть другие более важные дела. Если вы увидели, что ваш ребёнок стал долго засиживаться за компьютером, у него снизился аппетит, либо нарушился сон, внешне ребёнок кажется уставшим, бледным и измождённым, у него часто трясутся руки, появляются несвязные ответы, ухудшилось поведение и оценки в школе — необходимо бить тревогу и распознать причину. Если такие изменения были спровоцированы зависимостью, то нужно обратиться к грамотным специалистам.

В результате курения у подростков незаметно возникает привычка к никотину, который является нейротропным ядом, действует на проведение и передачу нервного импульса, нарушает действия центральной и периферической нервных систем. К нему привыкают, и без него становится трудно обходиться. При курении у подростков сильно страдает память, снижается скорость заучивания и объём памяти, замедляется реакция в движении, снижается мышечная сила; под влиянием никотина ухудшается острота зрения.

В подростковом возрасте любой алкоголь, даже в очень малом количестве, наносит организму непоправимый вред.

Подростковый алкоголизм начинается с семейных застолий. Иногда детям легкомысленно дают попробовать пиво или сладкое вино. Отмечается доступность и дешевизна спиртных напитков, яркие и красочные этикетки которых так и бросаются в глаза. В подростковом возрасте к положительному восприятию алкоголя добавляется стремление подражать старшим или другим подросткам в кругу своего общения. Приобщённый к алкоголю подросток меняет свои привычки и ценности, появляются нервные и психические расстройства: грубость, недоверчивость, вспыльчивость.

С каждым днём в процесс потребления наркотиков вовлекается все больше и больше молодых людей, как правило, в подростковом возрасте (13 лет). Особая опасность возникает тогда, когда наркотик, принятый из любопытства или от скуки, вызывает приятные ощущения. В результате у подростка возникает желание повторно испытать те же чувства. Употребление наркотиков в молодёжных кругах часто становится чем-то вроде попытки считаться взрослым человеком.

Одним из факторов подростковой наркомании является неумение справляться с жизненными трудностями. Последствия злоупотребления наркотиками обнаруживаются спустя 1-2 месяца. У подростков утрачивается интерес к учёбе, появляются прогулы, исчезновения из дома. Затем появляется раздражительность, конфликтность, колебания настроения, отмечается снижение интеллекта.

У детей интернет-зависимость формируется быстрее, чем у взрослых. Детская психика податливее, виртуальный мир быстро становится для ребёнка более комфортным, чем реальность, в которой надо слушаться родителей, ходить в школу и подчиняться скучным правилам.

1. Ребёнок проводит за компьютером менее 7 часов в неделю, его деятельность в сети разнообразна, он охотно рассказывает, чем занят. Сам выключает компьютер, «отлучение» от интернета и необходимость прерваться воспринимает спокойно, проблем со сном и аппетитом нет. Учёба в норме, одевается как всегда, в комнате порядок.

2. Ребёнок находится за компьютером до 15 часов в неделю, деятельность разнообразна, но однонаправлена, рассказывает

не обо всем. Компьютер выключает после напоминания, необходимость прерваться воспринимает по-разному, в том числе и негативно. Иногда объедается у компьютера или забывает поесть, изредка бывают ночные кошмары, учёба в норме, может неаккуратно одеться, захламить комнату.

3. Ребёнок пребывает за компьютером до 22 часов в неделю, деятельность узконаправлена, неохотно рассказывает о ней. Компьютер выключает после нескольких напоминаний, перерывы воспринимает негативно. Аппетит заметно снижен или повышен, сон нарушен — спит, то мало, то много, кричит и мечется во сне. учёба страдает, одежда часто неаккуратна, в комнате беспорядок. Несколько меняется круг общения и интересы.

4. Ребёнок засиживается за компьютером более 3-х часов в день, ежедневно, не отрываясь. Компьютер старается не выключать вообще, на просьбы прерваться или рассказать, чем занят, реагирует агрессивно. Аппетит и сон сильно нарушены, успеваемость сильно упала, одежда и комната в беспорядке, круг общения и интересы сменились.

Первая-вторая стадия почти не требуют вмешательства — это естественный интерес, необходимый для жизни в современном мире. Достаточно разговаривать с детьми об их увлечениях и ненавязчиво отслеживать, чем они заняты, о чем пишут в соцсетях, во что играют. Третья стадия свидетельствует о необходимости серьёзного вмешательства, консультаций с психологом. Надо обеспечить ребёнку полноценную жизнь в реальности — сильные впечатления, дружную компанию, полезное занятие. Четвертая стадия, к сожалению, без вмешательства профессионалов может окончиться печально.

С подростками нельзя обращаться, как с детьми: они не терпят снисходительности и приказного тона. А вот дружеское общение, искренний интерес к делам и чувствам подростков помогут родителям установить с ними тесный контакт, наладить и укрепить отношения. Главное — ориентировать ребёнка на здоровый образ жизни. Научить ребёнка бережно относиться к своему здоровью, строить гармонично свои отношения с окружающим миром — важнейшая задача родителей.

Если ребёнок будет расти в тоталитарной семье, где от него будут требовать беспрекословного подчинения и выполнения всех требований, то (если он, конечно, вовремя не взбунтуется против подобной диктатуры), скорее всего, он вырастет легко внушаемым, не верящим в свои силы и возможности человеком с крайней низкой самооценкой. Вполне возможно, это приведёт к тому, что, став взрослым, он даже не будет пытаться каким-либо образом самореализоваться и самоутвердиться в значимых жизненных сферах, а утешение и удовлетворение будет находить в каких-то простых и легкодоступных зависимостях (алкогольной, наркотической, игровой и т.д.).

К подобному же результату может привести и противоположная воспитательная тактика. Если родители с малых лет будут чересчур сильно «любить» и опекать своего малыша, делая всё за него и выполняя любой его каприз, то вряд это будет стимулировать его развивать свой природный потенциал. Он будет расти избалованным, лишённым силы воли, несамостоятельным и уверенным в том, что все его желания будут мгновенно исполняться. При столкновении с реальным миром, где все стремятся самореализоваться, и никто не торопится удовлетворять его капризы, он, скорее всего, будет чувствовать себя неудачником, мало на что способным без помощи родителей, что опять же будет способствовать возникновению у него различных пагубных зависимостей, в которых он и будет «самоутверждаться».

Старайтесь избегать подобных крайностей в воспитании. Не нужно ни чересчур давить на них, ни чрезмерно их опекать.

Если они будут расти самостоятельными, уверенными в своих силах, разносторонне развитыми, обладающими адекватной самооценкой и стремящимися максимально реализовать свой природный потенциал, то вряд ли у них будут какие-то веские причины для того, что уходить от реального мира в алкоголь, наркотики, компьютерные игры, виртуальное общение и т.д.

Не нужно для профилактики запугивать детей пагубными последствиями наркотическо-алкогольной жизни. Страх — это не самый лучший учитель. Лучше научите детей получать удовольствие от естественных вещей: от прогулок и физических

упражнений на свежем воздухе, от простой и натуральной еды, от общения с хорошими людьми и т.д. Большое значение имеет воспитание у ребёнка твёрдости характера и способности отстаивать свою точку зрения, чтобы никакая дурная компания и никакие сверстники не заставили его свернуть с пути истинного. Для этого, опять же, нужно не давить на ребёнка, а всячески приветствовать и поощрять любую его инициативу, собственную точку зрения по любым вопросам и умение доказывать свою правоту.

Одна из главных психологических причин возникновения различного рода зависимостей — это невозможность реализоваться в жизни и найти своё призвание, а также скучная, однообразная и непривлекательная жизнь. Важно, чтобы у ребёнка была интересная, насыщенная разнообразными событиями и приятными приключениями жизнь, которую ему не захотелось бы променять на какую-то виртуальную реальность, компьютерные игры и т.д. (в будущем, конечно, он должен сам обеспечить себе такую интересную жизнь). Умение контролировать свои эмоции не позволит проявиться пагубным зависимостям. Поводом для развития патологических зависимостей является и отсутствие должного количества разнообразных хобби и увлечений. Серьёзные эмоциональные зависимости, чаще всего, возникают из-за того, что человек чересчур сильно «зависает» на чём-то одном, и не может переключить внимание на какие-то другие свои жизненные пристрастия. Пусть учится не привязываться к чему-то до такой степени, чтобы от этого зависела вся его жизнь. Чтобы этого не произошло, у ребёнка должно быть множество всевозможных занятий, хобби и увлечений. Это сделает его менее зависимым от какой-то одной сферы.

В любом случае, вовремя объясните своему ребёнку, что не стоит зависеть от чего-то одного до такой степени, чтобы забыть про всё остальное. В этом мире столько прекрасного и удивительного, что сводить всю его прелесть к какому-то одну «кадру» — это психологическое преступление против самого себя. Пусть не он зависит от каких-то увлечений, занятий и субстанций, а они от него.

АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ

О. Н. Ковалева, д-р мед. наук, проф.

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

В историческом аспекте формировались различные взгляды на последствия употребления алкоголя в повсеместной жизни человека. На основании накопленных данных доминирует точка зрения о повреждающих эффектах алкоголя, как на мужчин, так и женщин, со значительным усилением токсических эффектов на детский организм. Неблагоприятное действие алкоголя проявляется практически по отношению ко всем системам жизнедеятельности человека, приводя как к краткосрочным эффектам, а в случае стойкой приверженности к этой пагубной привычке завершается необратимыми изменениями в наиболее важных органах человека, что завершается такими медицинскими последствиями как инвалидизация, сокращение продолжительности жизни, преждевременная смерть.

У лиц, злоупотребляющих алкоголем, возникают значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Характерно развитие алкогольной кардиомиопатии, потенциально смертельного заболевания, так как возникают фатальные нарушения ритма, такие как фибрилляция предсердий. Наряду с этим, происходят изменения свёртывающей системы крови и на фоне аритмии увеличивается риск тромбозов в различных сосудистых бассейнах, в первую очередь, в сосудах головного мозга с исходом в ишемический инсульт. Нарушения проводимости — синусовая и атриовентрикулярные блокады у этих пациентов требуют имплантации кардиостимуляторов. Серьёзным осложнением кардиомиопатии следует рассматривать прогрессирующую сердечную недостаточность, которая является не курабельной и основная причина смерти этой когорты людей. Алкоголь влияет на гормональный баланс, приводя к усилению эффектов вазоконстрикторов, повышая артериальное давление, которое не контролируется антигипертензивными препаратами. Стойкая артериальная гипер-

тензия способствует акселерации атеросклероза, развитию ишемической болезни сердца с клиническими проявлениями — стенокардия, инфаркт миокарда.

В связи с тем, что алкоголь поступает в организм через желудочно-кишечный тракт, существенные изменения происходят в пищеварительной системе. При частом и значительном употреблении алкогольных напитков появляются жалобы на изжогу, тошноту, боли в желудке, в правом подреберье, отрыжку кислым. При инструментальном исследовании таких больных выявляется рефлюкс-эзофагит, гастрит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В результате токсического действия алкоголя поражается печень в виде алкогольного стеатоза, гепатита с последующим развитием цирроза, который может осложниться смертельным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. При алкоголизме также поражается поджелудочная железа. Нарушения в работе пищеварительной системы приводят к ухудшению абсорбции питательных веществ, витаминов, необходимых для организма. Алкоголь способен угнетать гемопоэз, что проявляется развитием анемии, которая имеет комплексное происхождение — как правило, неполноценное питание, хронические кровопотери из эрозированной слизистой желудочно-кишечного тракта.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что алкоголизм служит фактором риска развития опухолей различных органов, прежде всего тех, которые непосредственно контактируют с токсическими субстанциями алкоголя, являющимися потенциальными канцерогенами, а именно — полость рта, пищевод, желудок, колоректальная область, печень. Усугубляет этот риск тот факт, что большинство лиц, злоупотребляющих алкоголем, являются заядлыми курильщиками. Существуют убедительные научные доказательства, что алкоголь можно рассматривать как канцероген, при этом установлена ассоциация между количеством и продолжительностью потребления алкогольных напитков и повышением риска развития опухолей.

Хронический алкоголизм существенно снижает иммунитет человека, который становится восприимчивым ко многим инфекционным заболеваниям, включая вирусные и бактериаль-

ные инфекции. У этой категории людей чаще регистрируются пневмония, туберкулёз, ВИЧ-инфекция, трансформация острых состояний в хронические формы, резистентные к проводимой терапии.

У женщин, употребляющих алкоголь, отмечается тенденция к самопроизвольным абортам, мертворождениям, аномалиям развития плода.

Алкоголь влияет на обмен кальция, продукцию витамина D, кортизола, тем самым может драматически повышать риск потери костной массы и развитие остеопороза, последствия которого переломы костей, преимущественно у лиц младше 20 лет и в пожилом, старческом возрасте.

Наиболее чувствительными к токсическому действию алкоголя являются структуры головного мозга. Алкогольная интоксикация проявляется когнитивными нарушениями: снижением памяти, внимания, способности к обучению, изменяется психологический баланс в сторону депрессии, иногда преобладает агрессия. Особенно неблагоприятно употребление алкоголя подростками, потому что это отражается на познавательных способностях, создаёт конфликтные ситуации в семье и среде сверстников. У пожилых людей возникают проблемы с физиологическими возрастными процессами, алкоголь провоцирует преждевременное раннее старение и деменцию.

Алкоголизм представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, повышая частоту дорожно-транспортных событий, семейные конфликты, не контролируемые сексуальные контакты, потерю профессиональных способностей и соответственно место работы, склонность к суициду, психические нарушения.

Тактику борьбы с алкоголизмом разрабатывают эксперты Всемирной Организации Здравоохранения, которые приняли в 2014 году в Женеве на Всемирной ассамблее «Глобальную стратегию по снижению злоупотребления алкоголем». Эксперты констатируют, что вредное употребление алкоголя имеет серьёзные последствия для здоровья населения и рассматривается в качестве одного из четырёх основных факторов риска, выделенных в плане действий по осуществлению глобальной

стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями. Термин «вредное употребление алкоголя» охватывает употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения и общества в целом.

В качестве мероприятий, направленных на борьбу со злоупотреблением алкоголем, предлагаются следующие положения: ограничение рекламы и разумное сокращение мест продажи спиртных напитков, мониторинг тенденций в потреблении алкоголя и другие. Необходима дальнейшая широкая информированность населения о вреде алкоголя и систематическая консолидация специалистов в этой области — медиков, социальных работников, теологов, философов, биоэтиков.

Литература

1. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Sechler NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion External. Alcohol & Alcoholism 2002; 37(1) : 87–92.

2. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview External. Addiction. 2010; 105(5) : 817–43.

3. Ridley NJ, Draper B, Withall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. Alzheimers Res Ther. 2013; 5(1) : 3.

4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014 External. Geneva, Switzerland : World Health Organization; 2014.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор,

Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор,

А. А. Буйнов, ст. преподаватель, О. А. Федчук, ст. преподаватель,

Н. Н. Семенова, ст. преподаватель, Е. В. Цыбульская, преподаватель

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

г. Витебск (Беларусь)

Алкоголизм характеризуется патологическим влечением к употреблению спиртных напитков, развитием абстинентного (похмельного) синдрома при прекращении употребления

алкоголя, а в дальнейшем — стойких соматических и неврологических расстройств и психической деградации.

Зависимость от алкоголя определяют по изучению процессов, происходящих в ЦНС и других органах при отмене этанола.

В организме это связано с механизмами обмена специфических белков, которые участвуют в формировании алкогольной зависимости.

Алкоголизм развивается медленно при систематическом продолжительном употреблении спиртных напитков. Для хронического употребления алкоголя свойственны два главных процесса: развитие толерантности к алкоголю и алкогольной зависимости. Толерантность характеризуется уменьшением эффекта алкоголя после его повторного применения. При последующих приёмах каждый раз требуется большая доля алкоголя.

Физическая алкогольная зависимость относится к адаптивным состояниям. Психологическая зависимость описывается как состояние, при котором алкоголь вызывает страстное желание периодически или постоянно употреблять его с целью вызвать удовольствие или избежать дискомфорта. Существует мнение, что физическая и психологическая зависимости характеризуют единое аддиктивное состояние, так как они имеют сходные молекулярные и клеточные механизмы.

Явления толерантности и физической зависимости при хроническом введении этанола в настоящее время хорошо изучены на клеточном уровне (на животных). Этанол является универсальным внутриклеточным ядом, разрушающе действующим на все системы и органы человека. Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности, укорачивает жизнь на 15-20 лет.

В клинической картине и течении алкоголизма принято выделять три стадии.

В первой стадии алкоголизма отмечается первичное патологическое влечение к алкоголю, ускоряется дальнейшее употребление алкоголя до состояния более выраженного опьянения, появляется симптом снижения контроля приёма алкоголя, рост толерантности к нему, некоторое снижение памяти.

Во второй стадии утяжеляются все симптомы, характерные для первой стадии болезни и появляется типичный для этой стадии абстинентный синдромом с тяжёлыми соматическими и психопатологическими признаками, начинают проявляться изменения личности.

В третьей стадии алкоголизма утяжеляются все проявления болезни. Затем больные становятся раздражительными, придирчивыми, напряжёнными, вплоть до злобы, агрессивно настроены, наступает тотальная амнезия, развиваются истинные запои, наступает алкогольная деградация личности. Работой такие больные не дорожат и часто её лишаются.

Если учесть количество и контингент лиц, страдающих алкоголизмом, становится понятной актуальность профилактики распространения этой болезни и важность своевременного выявления и лечения лиц, пристрастившихся к пьянству.

Известно, что к алкоголизму и пьянству могут приводить многие факторы. Из них важнейшее значение имеют низкий духовный и культурный уровень, нездоровый образ жизни, отсутствие или недостаточность трезвеннических установок, слабость волевых качеств личности на фоне алкогольных влияний и традиций ближайшего окружения. Однако эти факторы риска не неизбежны, не фатальны, они преодолимы и влекут уверенность в успешной борьбе с алкоголизмом и пьянством.

Литература

1. Афанасьев, В. В. Руководство по неотложной токсикологии / В.В. Афанасьев. – Краснодар: Просвещение: Юг, 2012. – 575 с.
2. Буйнов, А. А. Анализ судебно-медицинских экспертиз умерших от отравления этиловым спиртом и другими одноатомными алифатическими спиртами в Республике Беларусь за период с 1996 по 2003 гг. / А. А. Буйнов // Вес. Витебск. гос. мед. ун-та.– 2004. – Т.3, № 3. – С. 107-111.
3. Медицинская токсикология. Национальное руководство / Е. А. Лужников [и др.]; под ред. Е. А. Лужникова. – М.: «ГЭОТАР–Медиа», 2014. – 928 с.
4. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений / Я. С. Смусин [и др.]; под ред. Я. С. Смусина, Р. В. Бережного, В. В. Томилина, П. П. Ширинского. – М.: Медицина, 1980. – 424 с.
5. Шабанов, П. Д. Наркология: руководство для врачей / П. Д. Шабанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: «ГЭОТАР–Медиа», 2015. – 829 с.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА: АКТУАЛЬНОСТЬ, ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*А. Н. Ожороков, д.мед.наук, профессор кафедры терапии № 2 ФПК и ПК,
О. Ю. Сычёв, ассистент кафедры терапии № 2 ФПК и ПК
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, инсульты, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, тяжёлые нарушения сердечного ритма) являются ведущей причиной смерти людей во всем мире. Наряду с этим значительный вклад в мировую смертность вносит злоупотребление алкоголем. Согласно данным ВОЗ, в результате злоупотребления алкоголем ежегодно во всем мире умирает 3,3 миллиона человек, что составляет 5,9% всех случаев смерти (*Global status report on alcohol and health 2014. WHO. 2014*). Алкоголь является также ведущим фактором риска преждевременной смертности и инвалидности в возрастной группе от 15 до 49 лет, на которую приходится 20% всех смертей (1).

Огромная роль злоупотребления алкоголем в летальности и развитии инвалидности объясняется развитием алкогольной кардиопатии, значительным ухудшением течения вышеназванных коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний, а также поражением нервной, дыхательной, эндокринной, мочеполовой, костно-суставной, кроветворной систем.

В настоящее время развенчан миф о пользе малых доз алкоголя. Минимальная, не представляющая вреда для здоровья доза алкоголя, является нулевой, т.е. не следует вообще употреблять алкоголь, так как даже минимальные его количества опасны для здоровья. К такому единодушному мнению пришли 512 экспертов из 243 различных медицинских центров после детального анализа данных, относящихся к последствиям потребления алкоголя, включая архивные данные смерти и заболеваний людей в 195 странах за период с 1990

по 2016 год, результаты исследования опубликованы в журнале «Lancet» (1).

Алкогольная кардиомиопатия — поражение миокарда, обусловленное избыточным приёмом алкоголя, характеризующееся расширением полостей сердца и нарушением сократительной функции миокарда и его электрофизиологических свойств. В МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) алкогольная кардиомиопатия (АКМП) выделена в отдельную нозологическую форму (I 42.6). АКМП можно рассматривать как вторичную токсическую дилатационную кардиомиопатию.

Судить о точной распространённости АКМП сложно, так как многие лица, злоупотребляющие алкоголем, тщательно скрывают или отрицают этот факт. Клинические признаки поражения сердца диагностируют у 35,5% больных алкоголизмом I–II стадии, и у 95,8% больных с III стадией заболевания [2]. По данным *V. R. Preedy* и соавторов, в европейских странах АКМП может составлять около 1/3 всех случаев дилатационной кардиомиопатии (3,4).

В развитии АЛКП имеют значение следующие неблагоприятные воздействия алкоголя и его чрезвычайно токсического метаболита ацетальдегида на миокард: 1) нарушение метаболизма и энергообеспечение миокардиоцитов; 2) угнетение синтеза белка в миокардиоцитах; 3) повреждения цитоскелета миокардиоцитов; 4) нарушение процессов возбуждения и проведения в сердечной мышце; 6) выраженная активация перекисного окисления липидов в кардиомиоцитах с образованием большого количества перекисных соединений, оказывающих повреждающее влияние на миокард; 8) гиперактивация симпатoadренальной системы, чрезмерное воздействие катехоламинов на миокард, что повышает потребности миокарда в кислороде и способствует развитию аритмий; 9) выраженное нарушение микроциркуляции в миокарде. Указанные комплексные воздействия алкоголя на миокард обуславливают развитие основных клинических проявлений алкогольной кардиомиопатии: сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма, синдрома кардиалгии.

Основные принципы диагностики алкогольной кардиомиопатии

Диагностика алкогольной кардиомиопатии, как и других заболеваний миокарда основана на данных анамнеза (в том числе указаний на злоупотребление алкоголем), результатах непосредственного обследования пациента, а также лабораторных и инструментальных методов исследования.

Жалобы пациентов

Пациенты с алкогольной кардиомиопатией часто предъявляют жалобы на постоянные боли в области сердца сдавливающего, жгучего, иногда колющего характера. Возможны длительные и интенсивные кардиалгии, особенно в периоде абстиненции, иногда эти боли купируются приёмом нитроглицерина, однако переносимость его может быть плохой, так как могут усиливаться тахикардия, головная боль. Возможно развитие инфаркта миокарда, особенно у пожилых лиц с выраженным атеросклерозом и уже страдающих хронической ишемической болезнью сердца. Следует отметить, что у пациентов с хроническим алкоголизмом возможно поражение вегетативной нервной системы, в том числе иннервирующей сердце, что нивелирует болевой синдром, иногда боли при инфаркте миокарда могут даже отсутствовать, что может быть причиной несвоевременной его диагностики. Пациенты с алкогольной кардиомиопатией могут жаловаться на ощущение сердцебиений и перебоев в области сердца, выраженную одышку, ощущение нехватки воздуха как в покое, так и особенно при ходьбе, физической нагрузке, эти жалобы наиболее выражены при развитии хронической сердечной недостаточности. Пациентов также беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная потливость. Обычно указанные жалобы появляются на следующий день после употребления больших количеств алкоголя (алкогольного эксцесса). Характерным является значительное уменьшение проявлений вышеназванных симптомов при воздержании от приёма алкоголя, особенно на ранних стадиях заболевания, но при длительном злоупотреблении алкоголем эти симптомы не исчезают полностью. По мере прогрессиро-

вания алкогольной кардиомиопатии учащённое сердцебиение и одышка становятся даже постоянными, появляются приступы удушья по ночам, отеки на ногах, то есть развивается клиническая картина сердечной недостаточности (СН) [5]

Данные осмотра пациентов

При осмотре часто обнаруживаются характерные внешние признаки, указывающие на длительное злоупотребление алкоголем: одутловатость, синюшность, «помятость» лица; выраженное расширение капилляров, особенно в области носа, что придаёт ему багрово-цианотичную окраску; тремор рук; потливость; контрактура Дюпюитрена; гинекомастия; значительный дефицит массы тела или, напротив, ожирение, развитие которого в значительной мере обусловлено высокой калорийностью алкоголя; инъекция сосудов склер и субиктеричность склер; похолодание конечностей. Обращают на себя внимание многословие, суетливость больного, большое количество предъявляемых жалоб.

При резко выраженной клинической картине алкогольной кардиомиопатии и развитии сердечной недостаточности можно наблюдать одышку в покое, отёчность в области нижних конечностей, акроцианоз. Нередко алкогольная кардиомиопатия сочетается с алкогольным циррозом печени, и тогда при осмотре больных обнаруживаются «малые признаки цирроза»: карминово-красные губы; телеангиэктазии в виде «сосудистых звёздочек» в области туловища; гинекомастия; уменьшение выраженности вторичных половых признаков у мужчин, атрофия яичек; красновато-жёлтая окраска ладоней в области *thenar* и *hypothenar* — «печёночные ладони» (*palmer liver*). Часто обнаруживается истощение больных, а при декомпенсированной портальной гипертензии или тяжёлой сердечной недостаточности — асцит.

Данные физикального исследования сердечно-сосудистой системы

У пациентов определяется, как правило, учащённый, нередко аритмичный пульс, при перкуссии сердца — умеренное увеличение размеров сердца преимущественно влево.

Кардиомегалия является ранним клиническим признаком алкогольной кардиомиопатии. При аускультации обращают на себя внимание приглушённость или даже глухость тонов сердца, тахикардия, часто нарушения сердечного ритма, причём аритмии, особенно пароксизм фибрилляции предсердий, могут быть первым клиническим проявлением заболевания. При значительном увеличении полостей сердца выслушивается систолический шум в области верхушки сердца (проявление митральной регургитации) или в области мечевидного отростка (вследствие относительной трикуспидальной недостаточности). Выраженная сердечная недостаточность и кардиомегалия сопровождаются появлением ритма галопа (протодиастолического с появлением патологического III тона или пресистолического с появлением IV тона), а также акцента II тона над лёгочной артерией.

У пациентов с алкогольной кардиомиопатией часто обнаруживается повышение артериального давления диастолического и систолического, причём у многих пациентов преимущественно диастолического с увеличением пульсового давления. Обычно наблюдается умеренная степень артериальной гипертензии, однако, после алкогольного эксцесса возможно резкое увеличение артериального давления вплоть до развития гипертензивного криза.

Данные физикального исследования других органов и систем (лёгких, печени, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыделительной системы) соответственно отражают поражение этих органов при хронической алкогольной интоксикации

Электрокардиография

У пациентов с АКМП ЭКГ обычно изменена, причём даже при отсутствии клинических проявлений заболевания. Наиболее часто регистрируют депрессию сегмента ST (иногда даже горизонтальный тип смещения, что требует дифференциальной диагностики с ИБС); снижение амплитуды зубца T, его сглаженность, иногда он отрицательный; патологический зубец Q; нарушения сердечного ритма и проводимости. При АКМП чаще всего регистрируют синусовую тахикардию, желудочко-

вую экстрасистолию, пароксизмальную форму фибрилляции и трепетания предсердий. В последующем часто развиваются постоянная форма мерцательной аритмии, и различной степени атриовентрикулярная блокада, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокады ножек пучка Гиса. У многих пациентов отмечается удлинение интервала QT, что может сопровождаться пароксизмальюю желудочковой тахикардией.

Эхокардиография

Специфических эхокардиографических признаков АКМП нет. Основными эхокардиографическими изменениями являются: дилатация всех полостей сердца; глобальное снижение сократительной функции обоих желудочков; митральная и трикуспидальная регургитация; лёгочная гипертензия; диастолическая дисфункция; наличие внутрисердечных (внутрипредсердных или внутрижелудочковых) тромбов, гипертрофия левого желудочка. Закономерным проявлением алкогольной кардиомиопатии является диастолическая дисфункция левого желудочка, причём степень нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка прямо пропорциональна потреблению алкогольных напитков. Диастолическая дисфункция левого желудочка обнаруживается уже на доклинической стадии и обычно проявляется снижением кровотока в раннюю фазу диастолы и увеличением кровотока во время систолы предсердий. При дальнейшем прогрессировании алкогольной кардиомиопатии и развитии клинических проявлений сердечной недостаточности к диастолической дисфункции левого желудочка присоединяется систолическая дисфункция (снижение фракции выброса и показателя укорочения миокарда в средней части левого желудочка).

Сцинтиграфия миокарда

При сцинтиграфии миокарда с радиоактивным таллием ²⁰¹Tl могут обнаруживаться множественные дефекты накопления изотопа. Это обычно наблюдается при тяжёлом течении алкогольной кардиомиопатии и, возможно, обусловлено формированием множественных очагов фиброза в миокарде.

Рентгенологическое исследование

При рентгеноскопии или рентгенографии органов грудной клетки определяется увеличение размеров сердца, а при развитии сердечной недостаточности — признаки венозного застоя в лёгких, возможно появление выпота в плевральных полостях.

Общий анализ крови

Патогномоничных для алкогольной кардиомиопатии изменений не существует. У многих больных общий анализ крови нормальный, однако, после выраженного алкогольного эксцесса возможно умеренное увеличение СОЭ и количества лейкоцитов.

Нередко обнаруживается картина, характерная для железодефицитной анемии: гипохромия эритроцитов, снижение цветного показателя, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов. Она обычно обусловлена недостаточным содержанием железа в скудном рационе больного или хронической кровопотерей вследствие эрозивного или язвенного поражения гастродуоденальной зоны или пищевода.

У 40% пациентов хроническим алкоголизмом имеется мегалобластная анемия, связанная с уменьшением поступления фолиевой кислоты с пищей (несбалансированное неполноценное питание при далеко зашедшем алкоголизме), а также с антифолиевым действием алкоголя. Это объясняет наличие у некоторых больных с алкогольной кардиомиопатией характерных признаков мегалобластной анемии — гиперхромный характер анемии, макроцитоз эритроцитов, ретикулоцитопения, нейтропения, гиперсегментированные нейтрофилы.

Общий анализ мочи

Как правило, при отсутствии внекардиальных алкогольных поражений общий анализ мочи не изменён. При сопутствующем алкогольном пиелонефрите определяется лейкоцитурия различной степени выраженности, при хроническом алкогольном гломерулонефрите — микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия.

Биохимический анализ крови

При тяжёлом течении алкогольной кардиомиопатии и выраженной сердечной недостаточности возможно не резко выраженное повышение содержания в крови креатинфосфокиназы и аспарагиновой аминотрансферазы. При сопутствующем алкогольном поражении печени определяется высокий уровень в крови аланиновой аминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, гамма-глутамилтранспептидазы. Хронический алкоголизм сопровождается нарушением пуринового обмена и повышением содержания в крови мочевой кислоты, что особенно характерно для алкогольного эксцесса. Злоупотребление алкоголем способствует развитию атерогенной гиперлипотеинемии и атеросклероза. При хроническом алкоголизме алкогольная кардиомиопатия в ряде случаев может сопровождаться повышением содержания в крови холестерина и триглицеридов.

Для диагностики алкогольной кардиомиопатии можно использовать следующие **диагностические критерии**:

1. Наличие клинических признаков синдрома дилатационной кардиомиопатии (расширение границ сердца при перкуссии, появление по мере прогрессирования заболевания симптомов недостаточности кровообращения, нарушений сердечного ритма, проводимости, кардиалгии).

2. Наличие инструментальных (эхокардиографических и рентгенологических) признаков дилатационной кардиомиопатии (дилатация всех полостей сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка, эхокардиографические признаки систолической и/или диастолической дисфункции левого желудочка).

3. Установление факта злоупотребления алкоголем, связь обострения клинической симптоматики с алкогольными эксцессами.

4. Внешние стигматы хронической алкогольной интоксикации: «помятый» внешний вид, одутловатое багрово-синюшное лицо, расширенные капилляры лица, тремор пальцев рук, контрактура Дюпюитрена, гинекомастия.

5. Наличие других висцеральных проявлений хронического алкоголизма: алкогольного стеатоза, алкогольного гепатита,

микронодулярного цирроза печени, хронического кальцифицирующего панкреатита, энцефалопатии, периферической полинейропатии.

6. Исключение других заболеваний, которые могут сопровождаться развитием синдрома дилатационной кардиомиопатии или кардиомегалии: ишемической кардиомиопатии, миокардитов, поражения клапанного аппарата, кардиомиопатии при системных заболеваниях, перикардита, гипертонического сердца и др.

7. Повышение содержания в крови безуглеводистого (десилизованного) трансферрина (маркер алкогольной интоксикации), повышение концентрации которого в крови происходит при регулярном приёме 60 г и более этанола в сутки.

Для правильной и уверенной диагностики алкогольной кардиопатии следует помнить о её следующих клинических формах.

Клинические формы алкогольной кардиопатии

Клинические формы алкогольной кардиопатии подробно описаны Е. М. Тареевым и В. С. Моисеевым (6,7).

«Классическая» форма

Основным клиническим проявлением «классической» формы алкогольной кардиомиопатии является сердечная недостаточность. Различают доклиническую и клинически выраженную стадии сердечной недостаточности при АКМП. Доклиническая стадия протекает латентно, и диагностировать её можно с помощью эхокардиографии (характерно снижение фракции выброса, повышение конечного диастолического давления в левом желудочке). У многих пациентов в доклинической стадии определяются эхокардиографические признаки диастолической дисфункции левого желудочка. На этой стадии пациенты иногда жалуются на сердцебиения при физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость. При объективном исследовании обнаруживается увеличение размеров сердца, преимущественно влево, часто выслушивается ритм галопа в области верхушки сердца (многие кардиологи считают ритм галопа ранним клиническим признаком алкогольной

кардиомиопатии). Алкогольную кардиомиопатию и начальную степень сердечной недостаточности следует предполагать уже в тех случаях, когда после 7–10-дневного воздержания от приёма алкоголя у пациента сохраняется тахикардия с частотой пульса свыше 90—100 в минуту. У таких пациентов даже небольшая физическая нагрузка иногда вызывает появление заметной одышки. Клинически выраженная стадия сердечной недостаточности при алкогольной кардиомиопатии характеризуется выраженной общей слабостью, одышкой и тахикардией не только при физической нагрузке, но и в покое, протодиастолическим ритмом галопа, периферическими отёками, гепатомегалией, в тяжелых случаях — асцитом. Крайне тяжёлая степень сердечной недостаточности проявляется сердечной астмой и отёком лёгких. Обычно у пациентов с алкогольной кардиомиопатией, осложнившейся выраженной сердечной недостаточностью, имеется клиническая и ультразвуковая картина алкогольного цирроза печени. Часто также наблюдается артериальная гипертензия алкогольного генеза. Характерной особенностью сердечной недостаточности при алкогольной кардиомиопатии является положительная динамика клинических и эхокардиографических проявлений при прекращении злоупотребления алкоголем. Чем длительнее период абстиненции, тем более выраженное улучшение отмечается у больных. Прекращение приёма алкоголя приводит к значительному улучшению сократительной функции миокарда и положительному клиническому эффекту, но для этого требуется продолжительный срок абстиненции (около 6 месяцев). Возобновление приёма алкоголя быстро усугубляет проявления сердечной недостаточности.

«Псевдоишемическая» форма

Для этой формы алкогольной кардиомиопатии характерны боли в области сердца и изменения электрокардиограммы, подобные ИБС. Кардиалгии появляются уже на ранней стадии алкогольной кардиомиопатии и по мере прогрессирования заболевания становятся все более выраженными. Боли в области сердца при алкогольной кардиомиопатии локализуются преимущественно в области верхушки сердца (возможна

загрудинная локализация) и носят обычно постоянный характер. Чаще всего боль ноющая, тянущая, иногда колющая, иногда постоянно жгучая. Кардиалгии при алкогольной кардиомиопатии обычно не приступообразные, появляются обычно на следующий день после алкогольного эксцесса или после нескольких дней выраженного злоупотребления алкоголем (на выходе из запоя). Боль в области сердца при алкогольной кардиомиопатии может продолжаться много часов и даже несколько суток. После прекращения приёма алкоголя, особенно после длительного периода воздержания кардиалгии, как правило, перестают беспокоить больного, а после возобновления приёма спиртных напитков возобновляются и боли. Проводя дифференциальную диагностику алкогольной кардиалгии и стенокардии, необходимо помнить о том, что хроническим алкоголизмом могут страдать и пациенты со стенокардией. «Псевдоишемическая» форма алкогольной кардиомиопатии сопровождается изменениями электрокардиограммы, которые могут быть сходны с изменениями при ишемической болезни сердца. Наиболее характерны изменения конечной части желудочкового комплекса в виде смещения интервала ST ниже изоэлектрической линии, появления высокого, двухфазного, изоэлектрического или отрицательного зубца T. Эти изменения ЭКГ обычно сочетаются с признаками гипертрофии миокарда левого желудочка. Указанные ЭКГ-проявления необходимо дифференцировать с ЭКГ-признаками ишемических изменений миокарда. Дифференциальная диагностика может быть осуществлена на основании следующих признаков:

- смещение интервала ST книзу от изолинии и изменение зубца T сохраняются долго, иногда в течение нескольких дней или даже недель, особенно если пациент продолжает принимать алкоголь, в то время как при ишемической болезни сердца указанные изменения наиболее выражены при её обострении;

- при «псевдоишемической» форме алкогольной кардиомиопатии значительно реже, чем при ИБС, наблюдается строго горизонтальное смещение интервала ST книзу от изолинии, обычно речь идёт о косонисходящем или косовосходящем смещении интервала ST;

- отрицательный, симметричный зубец Т более характерен для ишемической болезни сердца, чем для «псевдоишемической» формы алкогольной кардиомиопатии;

- высокий зубец Т в грудных отведениях чаще наблюдается при алкогольной кардиомиопатии, чем при ИБС, и обычно в первые сутки после алкогольного эксцесса, причём амплитуда зубца Т соответствует выраженности синусовой тахикардии;

- прекращение приёма алкоголя способствует положительной динамике ЭКГ, а возобновление — очередному ухудшению ЭКГ.

Аритмическая форма

В клинической картине аритмической формы АКМП на первый план выступают различные нарушения ритма сердца и проводимости. Почти у каждого четвёртого больного хроническим алкоголизмом наблюдаются нарушения функции возбудимости (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, пароксизмы мерцания и трепетания предсердий, постоянная форма мерцательной аритмии). Мерцательная аритмия имеется у 20% больных алкогольной кардиомиопатией и, как правило, сочетается с сердечной недостаточностью различной степени выраженности. Аритмическая форма алкогольной кардиомиопатии имеет следующие характерные особенности:

- нарушения сердечного ритма могут быть самым первым и нередко единственным проявлением алкогольной кардиомиопатии;

- пароксизмы мерцательной аритмии или пароксизмальной тахикардии часто возникают после алкогольного эксцесса (синдром «праздничного» или «воскресного» сердца), иногда уже в первые 6 ч. после приёма больших количеств алкоголя;

- пароксизмальные нарушения сердечного ритма могут вести к развитию острой сердечной недостаточности и выраженному снижению артериального давления (иногда вплоть до коллапса);

- пароксизмы мерцания предсердий и тахикардии обычно сопровождаются ярко выраженной вегетативной симптоматикой (похолоданием конечностей, потливостью, ознобopodob-

ным тремором, ощущением нехватки воздуха, иногда чувством «мертвенной слабости»);

- существует прямая взаимосвязь дозы принятого алкоголя и тяжести аритмии: большие дозы принятого алкоголя и, следовательно, высокая концентрация его в крови вызывают более тяжёлые нарушения сердечного ритма;

- при продолжающемся злоупотреблении алкоголем пароксизмальная мерцательная аритмия переходит в постоянную форму;

- прекращение употребления алкоголя уменьшает выраженность аритмий и даже может привести к их исчезновению;

- наличие постоянной формы мерцательной аритмии при отсутствии других причин для её возникновения, особенно у молодых мужчин, заставляет предполагать алкогольную природу заболевания.

В дополнение к вышеописанным клиническим формам алкогольной кардиомиопатии (классической, псевдоишемической, аритмической) целесообразно выделить *смешанную форму*, сочетающую различные проявления названных форм.

Основные принципы лечения алкогольной кардиомиопатии

1. Основным принципом лечения алкогольной кардиомиопатии является абсолютное постоянное (навсегда) прекращение приёма алкоголя в любом виде. С этой целью целесообразно предусмотреть консультации психолога, психиатра, нарколога. Необходимо на всех уровнях оказания медицинской помощи, а также в школах, вузах, на телевидении, в печати во всех возрастных группах населения настойчиво пропагандировать данные о вредном воздействии любых доз алкоголя на организм в целом, в том числе и на сердечно-сосудистую систему.

2. Рациональное питание с учётом массы тела пациента. Рацион пациента должен содержать оптимальное количество всех необходимых ингредиентов, в том числе оптимальное количество белка, витаминов (особенно группы В), магния, калия.

3. Кардиоцитопротективная терапия: лечение тиотриазолином, милдронатом, триметазидином, неотоном (креатинфосфатом).

4. Лечение артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма в соответствии с соответствующими рекомендациями по лечению этих заболеваний. Важно предусмотреть включение в комплексную терапию препаратов магния и калия, особенно при наличии аритмий сердца.

Литература

1. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 *Lancet* 2018; 392: 1015–35

2. Ерохин Ю. А., Хритин Д. Ф. Поражение сердца при хронической алкогольной интоксикации. Режим доступа: <http://www.mednet.com/publikac>.

3. Prazak P., Pfisterer M., Osswald S. et al. Differences of disease progression in congestive heart failure due to alcoholic as compared to idiopathic dilated cardiomyopathy // *Eur. HeartJ.* – 1996. – Vol. 17. – P. 251-257.

4. Preedy V.R., Salisbury J. R., Peters T. J. Alcoholic muscle disease: features and mechanisms // *J. Pathol.* – 1994. – Vol. 173. – P. 309-315.

5. Anderson P. Alcohol and risk of physical harm // *Alcohol and Public Policy.* – Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. – P. 82-108.

6. Тареев Е. М., Мухин А. С. Алкогольная болезнь сердца // *Кардиология* – 1997. – №9. – с.5

7. Моисеев В. С., Шелепин А. А. Алкоголь и болезни сердца: руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 168с.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ

*Н. Н. Семёнова, ст. преподаватель, О. А. Федчук, ст. преподаватель,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель*

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

Алкоголизм представляет собой медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим

влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного (похмельного) синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — стойкими соматоневрологическими расстройствами и постепенным развитием психической деградации [1].

Алкогольная зависимость — одно из страшнейших заболеваний, калечащее не только тело, но и душу человека. Он становится зависимым от алкоголя, теряя контроль над собой. Алкоголизм подкрадывается постепенно, незаметно, затягивая человека в сети безудержного пьянства.

Полбеда, когда у человека нет семьи, и он пристрастился к алкоголю, причиняя вред только себе. Как правило, первые признаки алкоголизма проявляются к 35-40 годам, когда у человека есть уже семья и дети.

«Пьющий» человек в семье — это глубочайшая трагедия, ведущая, как правило, к распаду семьи. У человека, пристрастившегося к алкоголю, появляются ранее не свойственные ему качества: агрессия, грубость, раздражительность, недовольство, безволие и безответственность. В результате в семье возникают скандалы, ссоры, брань и даже рукоприкладство, что негативно влияет как на дальнейшие взаимоотношения между супругами, так и на отношения с детьми. Человек, страдающий алкогольной зависимостью, не способен полноценно участвовать в воспитании детей, теряя доверие и уважение как со стороны супруга(ги), так и детей.

Совместное проживание с алкоголиком становится невыносимым, принося страдания и боль близким людям и, в первую очередь, детям. Дети, видя как некогда любимый ими родитель, образованный, любящий, понимающий, постепенно превращается в бездушного, безразличного, неадекватного человека, начинают его ненавидеть.

А самое страшное — если в семье оба родителя страдают от алкогольной зависимости и дети, не имея возможности что-либо изменить, чувствуют себя нелюбимыми и незамечаемыми, неуверенными и незащищенными из-за постоянного пьянства родителя(ей), стесняются их поведения в общественном месте, стыдятся такого родителя(ей), напуганы внутрисемейной агрес-

сией и жестоким обращением, что, в свою очередь, негативно влияет на психическое и физическое развитие детей. При этом достаточно часто дети подвергаются избиениям и угрозам.

Лица, совместно проживающие с человеком, страдающим алкогольной зависимостью, постоянно находятся в состоянии стресса, испытывая боль, обиду, унижения, оскорбления.

Взаимоотношения в семье, где один из родителей страдает алкоголизмом, складываются в зависимости от того, кто злоупотребляет алкоголем. Если отец, то мать пытается сгладить чѐрствость, грубость и невнимательность отца, проявляя к ребёнку нежность и повышенную опеку. Достаточно серьёзно отражается на психике ребёнка морально-психологический климат семьи, где спивается мать. Алкоголизм матери, как известно, тяжело сказывается на психике, приводит к различным нарушениям, которые требуют специальной коррекции — невротические расстройства, отчуждение, девиантное поведение, задержки психического развития. Особенно страдает психологическое здоровье, т.е. душевное, личностное развитие ребёнка [2].

Таким образом, семьи, в которых присутствует лицо, страдающее алкогольной зависимостью, характеризуются рядом проблем, охватывающих социальную, психическую и физиологическую сферы жизнедеятельности не только самого больного, но и его членов семьи. Отношения в такой семье нарушены, особую травму получают дети.

Литература

1. Максимчук, В. П. Подходы к профилактике алкоголизма среди несовершеннолетних [Электронный ресурс]. — Режим доступа : /<http://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа : 11.12.2018.

2. Короткина, А. В. Влияние родительского алкоголизма на психологическое состояние детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <https://ddu77grodno.schools.by/pages/vlijanie-roditelskogo-alkogolizma-na-psihologicheskoe-sostojanie-detej>. – Дата доступа : 11.12.2018.

ПРАВОВЫЕ СПОСОБЫ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*О. А. Федчук, ст. преподаватель, Н. Н. Семёнова, ст. преподаватель
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

В мировом масштабе алкогольная зависимость — одна из трёх наиболее важных проблем в области общественного здравоохранения. Алкоголь наносит вред и самому пьющему человеку, и другим людям: либо в виде насилия на улице или бытового насилия в семье, либо в виде отвлечения государственных ресурсов на оказание медицинской помощи, борьбу с преступностью и нарушениями общественного порядка. Употребление алкоголя снижает производительность труда и тем самым наносит ущерб эффективности экономики [1].

В качестве мер борьбы с алкогольной зависимостью используются мероприятия не только медицинского, но и правового характера. Действующее законодательство Республики Беларусь предусматривает разнообразные меры воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем, однако они применяются не всегда и не в полной мере.

Формы и средства борьбы со злоупотребляющими спиртными напитками лицами различны: принудительные, воспитательные, административные и медицинские. В борьбе с пьянством и алкоголизмом важное место занимают уголовно-правовые и гражданско-правовые методы воздействия.

Правовые меры борьбы с алкоголизмом закреплены в ряде отраслей белорусского права.

Нормами трудового права предусмотрена возможность прекращения трудового договора по инициативе нанимателя в случае появления на работе в состоянии алкогольного опьянения, а также распития спиртных напитков в рабочее время или по месту работы. Работник, появившийся на работе в нетрезвом состоянии, не может быть допущен к работе в соответствующий день. Также работники несут материальную от-

ветственность в полном размере ущерба, причинённого по их вине нанимателю, в случае, когда ущерб причинён работником, находившимся в состоянии алкогольного опьянения.

Среди правовых средств, используемых для борьбы с вредным употреблением алкоголя, важное место занимают административные меры, которые чаще всего применяются полномочными органами управления или должностными лицами. Меры административной ответственности предусмотрены, в частности, за распитие алкогольных, слабоалкогольных напитков или пива на улице, стадионе, в сквере, парке, общественном транспорте или в других общественных местах, кроме мест, предназначенных для употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков или пива, либо появление в общественном месте в состоянии алкогольного опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, а также нахождение на рабочем месте в рабочее время в состоянии алкогольного опьянения.

Лица, злоупотребляющие алкоголем, нередко могут использовать свои права во вред интересам общества, семьи, других граждан, не соблюдают возложенные на них обязанности. Поэтому нормами гражданского законодательства предусмотрены меры борьбы с подобными действиями. Так, гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами ставит свою семью в тяжёлое материальное положение, может быть в судебном порядке ограничен в дееспособности, над ним устанавливается попечительство

Законодателем установлена возможность изоляции детей от родителей, злоупотребляющих спиртными напитками. Родители, которые своим аморальным поведением оказывают вредное влияние на детей, злоупотребляют своими родительскими правами или уклоняются от выполнения родительских обязанностей, могут быть лишены родительских прав. Лица, больные хроническим алкоголизмом, не могут являться опекунами, попечителями, усыновителями.

Уголовное законодательство рассматривает нахождение в состоянии алкогольного опьянения обстоятельством, отягчающим ответственность.

Признавая серьёзность проблемы алкогольной зависимости, государством разрабатываются мероприятия, направленные на борьбу со злоупотреблением алкогольными напитками. Порядок и условия осуществления вышеуказанных мер закреплены нормами основных отраслей права Республики Беларусь. Эффективность борьбы с алкогольной зависимостью напрямую зависит от комплексности использования медицинских, экономических, правовых, информационных, общественно-воспитательных мероприятий.

Литература

1. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. / Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf?ua=1 – Дата доступа : 11.12.2018.
2. Трудовой кодекс Республики Беларусь от 26.07.1999 г. № 296-З с изм. и доп.: текст по состоянию на 25.11.2018 г. [Электронный ресурс] / Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2011. – Режим доступа : <http://www.pravo.by/>. – Дата доступа : 11.12.2018.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: ОБЩЕЭТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

- А. А. Заздравнов, д-р мед. наук, проф., кафедра общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет*
- О. И. Заздравнова, д-р филос. наук, проф., кафедра философии,
исторических и социальных дисциплин
Харьковский национальный аграрный университет
г. Харьков (Украина)*

Одной из важнейших проблем человечества на всех этапах его развития были изменения, связанные с социокультурными трансформациями. В результате последних формируются определённые типы обществ — аграрное, индустриальное, постиндустриальное. Современная информационно-компьютерная революция стала социотехнологической основой для последней фундаментальной трансформации — формирования ин-

формационного общества. В число обязательных компетенций индивида (рабочего, ученого, студента) входит умение работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения научных и практических задач.

Современное общество сталкивается с парадоксом: с одной стороны неутолимый информационный голод делает приоритетным развитие информационных систем и технологий, а с другой — неоспоримым является тот факт, что мы окружены избытком информации. Парадокс заведомой избыточности информации, которую привлекает индивид для решения тех или иных задач, разрабатывается математической логикой, это одна из проблем, разрешением которой занимаются теория вероятности и теория хаоса. Объем информации, привлекаемой для решения той или иной задачи, почти всегда чрезвычайно избыточен и бритва Оккама перестает работать. Нередко, одна и та же теоретическая задача находит диаметрально противоположные решения, «правильность» которых аргументирована мнением уважаемых экспертов.

Ориентация на новизну в современном информационном социуме становится доминирующей психологической установкой [1]. Однако истинной самоценностью считается не новое само по себе, а то, что стоит за ним — «научно-престижное», «научно-модное». Новое ищется не потому, что старое оказалось нежизненным и неплодотворным, а потому, что изменились параметры шкалы ценностей, замещающие внутреннее содержание внешней эффективностью.

В информационном обществе возникает качественно новая проблема — информационная зависимость (инфомания, инфоголизм). Инфоманы требуют постоянного нахождения в информационном поле. Качество информации отходит на второй план, главенствует именно количество. Способность к анализу информации постепенно утрачивается, а потребность в её количестве растёт. Постоянное получение информации — наркотик инфомана. Как и при иных видах зависимостей, при информационной происходит изменение социальной и психической сущности индивида, связанное с тем, что он

однозначно настраивается на поглощение информации, а не на её понимание. На первое место выходит не интеллект, а быстрое умение выполнять отдельные весьма ограниченные когнитивные функции с минимумом рефлексии.

Поток информации, воздействующий на человека, закономерно изменяет его психосферу — совокупность культурных, ментальных и психических качеств. В работах О. Тоффлера, А. Печи, С. Грофа, К. Уилбера психосфера информационного общества оценивается как самое слабое звено в эволюции социума. Ведь индивид всё чаще и незаметнее становится объектом манипуляций, а манипулятивные возможности средств информационного общества огромны в плане воздействия на человеческую психику. Даже межчеловеческие коммуникации через Интернет отодвигают на задний план общающихся индивидов, и они всё чаще предстают в качестве обезличенных субъектов информации. Иллюзорная реальность подобного человеческого общения становится всё более и более достоверной, что делает задачу «обмана» человеческой психики всё более простой и пугающе-притягательной для заинтересованных лиц. Коммуникация с компьютером значительно проще, чем непосредственное общение одного индивида с другим. Более того, количество информации, поступающее из электронных информационных источников, в разы превышает объём информации, получаемый вследствие непосредственного общения или жизненного опыта. В результате этого может сформироваться иллюзия «настоящей» жизни в мире информационных потоков, где каждый чувствует себя демиургом, творцом и может конструировать для себя достаточно комфортный и психологически приемлемый мир. Компьютерные технологии вводят индивида в совершенный, «очищенный» от всего «побочного» нереальный мир, где индивиду совсем не обязательно утверждать себя в качестве морального существа. Достаточно быть профессионалом, признаваемым в информационном пространстве, чтобы чувствовать себя комфортно в реальной жизни [1]. Исследователи уже отмечают, что длительное общение с компьютером вызывает в ряде случаев деперсонализацию самого процесса общения, что чревато

весьма неприятными последствиями, которые желательно бы предусмотреть и осмыслить.

Наличествующие проблемы обуславливают потребность в этическом регулировании информационного общества и связанных с ним проблем. Нельзя сказать, что в этой сфере ничего не делается. Так, в 2011 г. на 36-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО (ООН) был принят «Кодекс этики информационного общества», утверждающий, что в информационном пространстве, как и в реальной жизни, должны оставаться неизблемыми права и свободы человека [2]. В 2018 году Гарвардский, Массачусетский и Техасский университеты открыли курсы этики для программистов, на которых будут обсуждаться проблемы искусственного интеллекта, автономных устройств, приватность и гражданские права в цифровую эпоху [3]. Сформировался новый раздел прикладной этики — информационный. Однако, приветствуя данные мероприятия, следует заметить, что проблема информационной зависимости индивида должного внимания так и не получила. Практически не предлагаются методы коррекции информационной зависимости.

В этой связи представляется возможным и должным использование биоэтического подхода к озвученной проблематике. Появление и развитие биоэтики — это не простой переход от узкокорпоративной регуляции поведения и отношений в сфере охраны здоровья (биомедицинская этика) к регуляции вопросов жизни человека на уровне цивилизации в целом. Биоэтика — это и новый этап в развитии общей теории морали. Усилия биоэтики направлены на минимизацию рисков здоровья, связанных с деятельностью индивида, социальных агентов, общественных институтов. Уникальность биоэтики — в том, что, с одной стороны, она ориентирована на достоверное объективное знание (науки о живом), а с другой стороны, она выступает аксиологическим регулятором, то есть ценностной ориентацией, во многом субъективизирующей это самое достоверное знание. Формируется биоэтический дискурс, который вырабатывает установки на определенное поведение в отношении живого вообще и живых объектов в частности, не всегда совпадающие как с определением научной истины,

так и нравственной нормой, если истина и норма находятся в диссонансе [4]. Использование столь мощного и универсального инструмента в решении весьма специфичной проблемы инфомании может оказаться ценным методологическим дополнением.

Резюмируя вышеизложенное, мы приходим к следующему заключению. Широкое внедрение технологий информационного общества в научную деятельность и повседневную жизнь — необратимый процесс и неотъемлемый компонент научно-технического прогресса, сопровождающийся как позитивными, так и негативными моментами для индивида, в частности, формированием информационной зависимости. Между тем, достижение высоких результатов определяется не только количеством информации, но и личностными этико-психологическими характеристиками, что в сумме и формирует интеллектуальный потенциал личности. Использование принципов и норм этики вообще, и биоэтики в частности, наряду с высокой гуманитарной культурой индивида, оперирующего информационными технологиями, может рассматриваться как надежная страховка от непредвиденных негативных последствий.

Литература

1. Заздравнова, О. И. Информационные технологии: обретения и утраты индивида // Молодежь. Наука. Современность : сб. статей II Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Филиал ФГБОУ ВПО «Удмуртский государственный университет» в г. Воткинске, 10 апреля 2015 г. – Воткинск, 2015. – С.140-143.
2. Ethical code of Information society. 36 general conference of UNESCO [Электронный ресурс]. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002126/212696e.pdf> – Дата доступа : 27.01.2019
3. Беляева, Е. В. Цифровое общество и возможности его этического регулирования / Е. В. Беляева // Освоение ойкумены прикладной этики: эскалация амбиций или критика утопичности. Ведомости прикладной этики. Вып. 52 / под ред. В. И. Бакштановского. – Тюмень, 2018. – С. 74–82.
4. Никулина, М. А. Аксиологические параметры и альтернативы биоэтики: социальная обусловленность / М. А. Никулина // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 1-2 (39). С. 149-153.

ЦИФРОВОЙ ДЕТОКС — ЧЕЛЕНДЖ НАЧАЛА ХХІ ВЕКА

*И. И. Зелёная, Н. М. Железнякова,
Г. Ю. Панченко, кафедра внутренней медицины №1
Харьковский национальный медицинский институт
г. Харьков (Украина)*

Подчинённость интернету — проблема всего современного мира, и методы борьбы с ней до конца не определены. Появилось даже такое понятие «цифровой детокс». То есть период, когда человек сознательно отказывается от цифровых девайсов, чтобы отдохнуть, погрузиться в себя, поработать или окупиться в творчество.

Создаются сообщества, где можно проводить время вне интернета вместе с единомышленниками по цифровому детоксу: йога-лагеря, туристические поездки в горы, танцевальные или театральные кружки, или корпоративные вечера, где запрещено использовать цифровые аксессуары.

Если не хватает духа отказаться от смартфона самостоятельно, можно скачать специальное приложение, которое полностью заблокирует устройство на время — полчаса, час или несколько часов. Однако всё же есть люди, которые отказываются от гаджетов сознательно. На это есть несколько причин. Само понятие детокс имеет немного отрицательный оттенок. В нем слышится намёк на зависимость, на отсутствие способности человека контролировать свои решения, человек становится не их субъектом, а объектом своей цифровой «наркомании», который якобы не способен справиться со своими проблемами без внешней поддержки.

Часто идея отказаться от всех гаджетов или удалить приложения социальных сетей является насильственной, строгой и далеко не всегда действенной. Некоторых она наталкивает на аналогию с тюремными буднями, где люди мало контролируют то, что делают и переживают. Более того, как иронично это бы не звучало, тщательное соблюдение запрета на гаджеты заканчивается тем, что человек себя вознаграждает «залипанием»

в те же гаджеты! То есть получается, что вознаграждением от отказа использования смартфонов есть возможность продолжить скроллить ленту Facebook?

Бытует мнение, что без внешней поддержки и мотивации детокс осуществить сложно. Это далеко не так, но вера в этот тезис останавливает людей от попыток. В данном контексте необходимо упомянуть ещё один инструмент борьбы с цифровой зависимостью — детеч.

Детеч — не то же самое, что детокс, потому что вы постоянно контролируете себя. В отличие от детокс, когда надо отказаться от девайсов вообще, снести приложения или, по иронии, использовать приложение для блокировки других приложений — цифровое решение цифровой проблемы?! — детеч требует постоянно принимать сознательные решения о том, как потреблять технологии. Это более мощный инструмент, потому что он даёт чувство власти и контроля над собственными привычками и уверенность, что вы сможете отложить гаджеты в любое время при любых обстоятельствах. Детеч — это игра, в которой вы сами играете против себя. И победитель может быть только один. Скорее всего, человечество больше никогда не будет существовать в мире без гаджетов. Но как бы страшно это ни звучало, здесь нет ничего ужасающего. Нам вполне по силам обуздать этот цифровой поток и призвать его себе на службу, найти соотношение между цифровым и аналоговым миром, оставаться эффективными на работе и внимательным дома. Конечно, это непросто, однако, всё, что нужно — это привить себе новые здоровые привычки и вернуться к умеренной степени потребления современных технологий.

ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ

*Л. С. Барановская, преподаватель кафедры психиатрии и наркологии
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Различные информационные системы стали неотъемлемой частью жизни любого современного человека. Мы используем компьютер для поиска интересующей информации, работы, общения, развлечения, хобби. Где же проходит эта тонкая грань между разумными целями использования компьютеризации и уходом в виртуальный мир? Выделяют несколько видов компьютерной аддикции, среди которых самым распространённым является игромания. Приблизительно 5% людей во всем мире страдают зависимостью от игр.

Игровая зависимость — болезненное состояние, при котором ведущими проявлениями являются неконтролируемая психологическая зависимость от игры и связанные с этим эмоциональные расстройства.

Всемирная организация здравоохранения в июне 2018 года включила игровое расстройство в 11-ю версию международной классификации болезней, которая планируется к введению с 1 января 2022 года. Критерии гемблинга приведены в МКБ-10 и DSM-IV. Компьютерная зависимость изучается в качестве варианта игровой из-за широкого распространения данного феномена в современном обществе. К сожалению, до сих пор из-за отсутствия систематики многочисленных исследований, нет единого понимания концепции компьютерной зависимости. Она представляет собой сложное взаимодействие биологических, психологических, когнитивных и поведенческих факторов. Для диагностики используются тест Кимберли Янг, русскоязычную адаптацию данного опросника В. А. Лоскутовой (Буровой), опросник М. Орзак, критерии диагностики (Maressa Hecht).

Выделяют три стадии формирования зависимости:

1. Стадия риска развития компьютерной аддикции. Увеличивается время, проводимое за компьютером. Теряется ощущение времени. Тратится больше финансов на деятельность. Появляется социальная дезадаптация.

2. Стадия сформированной зависимости. Изменение иерархии потребностей в пользу компьютера. Эмоционально-волевые нарушения. Навязчивые мысли о компьютере, фантазирование. Необходимо проводить ещё больше времени для достижения того же результата. Углубление социальной дезадаптации.

3. Стадия тотальной зависимости. Невозможность отказаться от любых видов деятельности за компьютером, компульсивное влечение. Игнорирование личностных и социальных проблем, вызванных зависимостью. Эмоциональные нарушения вплоть до развития депрессии. Физические симптомы - нарушение зрения, снижение иммунитета, головные боли, повышенная утомляемость, бессонница, боли в спине.

Егоров А. Ю. различает несколько форм поведенческой зависимости, составляющих интернет-зависимость:

- Игровая или компьютерные игры, при которой человек постоянно играет в игры по онлайн или индивидуально. Интернет-геймеры.

- Сетевая зависимость, когда человек не в состоянии обойтись без интернет-общения и виртуальных знакомств. Интернет-аддикты отношений и интернет-эротоголики.

- Интернет-серфинг или бесцельное посещение различных поисковых сайтов, баз данных, просматривание «интересных фактов» и т.д.

- Увлечение азартными играми и биржевыми торгами. Интернет-гэмблеры.

- Киберсекс и посещающие порносайты. Интернет-сексоголики.

- Покупки онлайн. Интернет-шопоголики.

- Интернет-трудоголики.

Основными методами лечения являются психофармакотерапия и психотерапия. Профилактика и лечение являются

очень трудоёмкими процессами и требуют участия высококвалифицированных специалистов. Необходимо вести работу в составе мультидисциплинарной бригады, включающей врачей, психологов, педагогов, социологов, юристов и других специалистов.

Выделяют профилактику первичную, вторичную и третичную.

Целью первичной профилактики является предупреждение патологического использования интернет-технологий, компьютера. Она может осуществляться при помощи:

1. Образовательных технологий. Использование различных обучающих программ по пагубному влиянию компьютера, интернета для всего населения; для родителей учеников школ, колледжей, лицеев; для психологов, педагогов; для владельцев и сотрудников компьютерных клубов. Обучение родителей эмоциональной поддержке, избеганию аддиктивных стереотипов в семье. Установление правил и норм работы с компьютером (временная и возрастная нагрузка).

2. Информационных технологий. Регулярные публикации по теме профилактики компьютерной аддикции. Работа с телефоном доверия, психологами, «поддержка в сети». Повышение информированности подростков в вопросах межличностных отношений, культуры общения, конфликтологии, преодолении стрессовых воздействий, механизмов развития и преодоления аддикций, акцент на личностном росте и навыках работы над собой.

3. Технологий занятости. Формирование интересов, увлечений вне интернет-среды. Художественные и спортивные секции, факультативы, кружки по дополнительному образованию. Направление внимания на реализацию реальных планов и задач, а не потребностей виртуальной среды.

4. Семейных технологий. Акцент на формировании доверительных, уважительных и гармоничных отношений между всеми членами семьи. Общность интересов и увлечений.

5. Религиозных и культуральных технологий. Духовное развитие, приобщение к культуре как основа для формирования определённого отношения к себе и окружающим для построения адекватных межличностных взаимодействий.

Вторичная профилактика основана на изучении особенностей личности компьютерных аддиктов, направлена на предупреждение развития зависимости и возобновление личностного и социального функционирования. Особую значимость профилактика приобретает в детско-подростковой среде. Когда аддиктивные паттерны только начинают усваиваться, что способствует вовлечению в разные виды зависимого поведения. Необходимо выявлять группы риска и активно работать с ними на доклиническом этапе.

Проблема недостаточной эффективности коррекционных и профилактических программ в том, что сами аддикты и их близкие не достаточно серьёзно относятся к признакам и рискам развития зависимости. В результате чего обращаются за помощью только на стадии уже сформированной зависимости. На данный фактор влияет также низкий уровень осведомлённости родителей по обсуждаемой проблеме.

Третичная профилактика направлена на предотвращение срывов и формирование устойчивых ремиссий у выявленных компьютерных аддиктов. Помимо информационной программы на данном этапе применяют медицинское вмешательство, психологическую помощь и самопомощь, правовые ограничения.

Стратегии профилактики для родителей:

- ограничение времени работы с компьютером (не более 2-х часов в будни, 3-х часов в выходные дни с обязательными перерывами);
- демонстрация личного положительного примера;
- альтернативное времяпровождение (составить список совместных занятий);
- обращать внимание на то, чем занимается ребёнок в сети;
- отдавать предпочтение развивающим играм, обсуждать их с ребёнком;
- научить критически относиться к интернету, показывать, что жизнь гораздо разнообразнее и интереснее;
- использовать компьютер как инструмент воспитания;
- обращаться к специалистам, если имеются какие-то проблемы или вопросы.

Литература

1. Войсунский А. Е. Киберпсихология в прошлом, настоящем и будущем // Журнал практического психолога. 2010. № 4.
2. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. СПб.: Речь, 2007.
3. Интернет-зависимость: психологическая зависимость и динамика развития. Под ред. А. Е. Войсунский. М.: Акрополь, 2009.
4. Клиника, диагностика, подходы к лечению игровой и компьютерной зависимости: учеб.-метод.пособие/ И. А. Байкова, А. А. Головач. Минск, 2014.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб, 1994.
6. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами».
7. <http://vsezavisimosti.ru/drugie/kak-izbavitsya-ot-igrovoj-kompyuternoj-zavisimosti.html>
8. Internet Addiction Test, IAT – Kimberley S. Young, http://cyberpsy.ru/tests/internet_addiction_test_young/.

О ПОЛЬЗЕ КОМПЬЮТЕРА И ВРЕДЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, проф., В. А. Тесфайе, канд. мед. наук, доц.,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель,
А. М. Мясоедов, председатель профкома студентов,
Т. А. Островская, ст. преподаватель*

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

Введение. В человеческом обществе наблюдается большое количество разных зависимостей (алкогольная, никотиновая, наркотическая, лекарственная, компьютерная и др.). О влиянии их на человека всем известно. В последние годы появилось много публикаций не только о полезном, но и о вредном влиянии на организм человека компьютерной зависимости. Все мы видим ежедневно как в школах, в детских учреждениях, в семьях, в ВУЗах и даже в общественном транспорте все живут и постоянно работают с компьютером. О пользе и вреде компьютерной зависимости появилось много публикаций.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение положительного и отрицательного влияния на организм человека компьютера.

Материал и методы. Мы подвергли анализу доступные нам литературные источники и провели собственные исследования на студентах и взрослых людях, которые с детского возраста работают с компьютером.

Огромную пользу компьютеризации всему человечеству отметил в своей публикации В. А. Таллер [1]. Однако немалый вред компьютеризации на организм человека приводят в своих публикациях другие авторы [2, 3, 4]. Они установили и ссылаются на многих исследователей при выявлении негативных влияний компьютера на здоровье человека.

В настоящее время все учебные заведения, школы и ВУЗы оснащены и пользуются компьютерами, имеют свои локальные сети, доступ к сети Internet. Всё это позволяет перейти от традиционных методов обучения и оценки полученных знаний к новым обучающим технологиям. В настоящее время существует большое количество разнообразных способов проведения контроля и оценки знаний, как при традиционном, так и при компьютерном обучении. Компьютер выполняет ряд функций преподавателя, в частности, организацию диалога в виде сценария — алгоритма управления учебной и познавательной деятельностью обучаемого. В нашем медуниверситете внедрены в практику компьютерные варианты тестирования. Эти тесты используются для оценки знания, как в процессе учёбы, так и по окончании изучения различных дисциплин. Это является важным звеном контроля качества знаний.

Однако теперь всё чаще стали появляться публикации о негативном влиянии компьютера на здоровье человека [2, 3, 4] у разных возрастных и социальных групп. Из 450 обследованных нами респондентов больше половины пользовались портативными компьютерами. Из них 37% работали за стационарным компьютером. Большинство респондентов использовали компьютер для познавательных и развлекательных целей ещё в школьном возрасте. После длительной работы за компьютером 45% отметили боли в грудном и поясничном отделах по-

звоночника, 25% — боли в области шеи, 16% — грудную боль, 5% — нарушение зрения. У всех был нарушен обычный режим питания, так как пропускают очередной приём пищи из-за привязанности к компьютеру. Отмечено влияние компьютера на ночной сон (плохо спят ночью), а 42% указали на потребность в дневном сне.

Выводы. Выявлено негативное воздействие фактора пребывания у экрана персонального компьютера на физический и социальный компоненты здоровья человека. Наиболее важно ограничить время работы за компьютером для детей и подростков. Появление частых жалоб на самочувствие после работы за компьютером — тревожный сигнал, указывающий на развитие хронической патологии, которую легче вовремя предотвратить, чем лечить.

Литература

1. Таллер В. А. Системы компьютерного тестирования//Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. – Витебский государственный медицинский университет. – Витебск. – 2007. – С. 633-637.

2. Солодухин П. П. Влияние работы с компьютером на здоровье (по данным социологического опроса) // Университетская наука: теория, практика, инновации / Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ, сессии Центрально-Чернозёмного научного центра РАМН и отделения РАЕН. – том.1. – Курск-2009 г. – С. 239-244.

3. Леонова Л. А., Изотова Т. А., Макарова Л. В. Персональный компьютер и здоровье детей: результаты научн. исслед. // Информатика и образование. – 1997. – № 3. – С. 125-127.

4. Харкевич Н. Г., Становенко В. В., Шаркова Л. И., Васильев О. М., Цецохо А. В., Комушенко А. В., Купченко А. М., Туравинов А. П. // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. – Витебск. – 2010. – С. 765-767. (материалы 65-й научной сессии сотрудников университета).

ОПАСНОСТИ УРГЕНТНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*В. Е. Шапкин, канд. мед. наук, доц., кафедра общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Понятие ургентной зависимости (ургентной аддикции) впервые было введено *Nina Tassi* в 1993 году. Данный вид зависимости подразумевает постоянное ощущение нехватки времени. *N. Tassi* формулирует шесть признаков ургентной аддикции [1]:

- 1) постоянное беспокойство, связанное с чувством времени, побуждающее человека постоянно его отслеживать;
- 2) увеличение скорости жизни, утрата её размерности;
- 3) увеличение нагрузок, которые человек сам на себя возлагает, причём берёт больше, чем может выполнить;
- 4) постоянная концентрация внимания на решении задач, на отдых не остается времени;
- 5) свободное время замещается разного рода работой;
- 6) негативное восприятие будущего, которое представляется человеку перегруженным работой.

При наличии ургентной зависимости человек живет с постоянным чувством беспокойства за свое будущее, ощущением недоработки, «потери времени», упущения возможностей. Периодически беспокойство может сменяться страхом. Причем перманентное увеличение нагрузки в т.ч. за счет сокращения времени отдыха не решает проблему ургентной аддикции, зато создает новые. Со временем нарастает усталость, «эмоциональное выгорание» на фоне продолжающегося беспокойства [2].

Последствия ургентной аддикции можно свести к следующим проблемам:

1. Хроническая «нехватка времени». Когда человек испытывает дефицит времени, он вынужден перераспределять свои дела между срочными и несрочными видами деятельности. При этом личные потребности могут оказаться без должного

внимания. В свою очередь это может привести к ухудшению здоровья, проблемам в семье, испорченным отношениям с родственниками и друзьями.

2. Увеличение опасности возникновения соматической патологии, заболеваний нервной системы. Систематическое напряжение, вызванное постоянным беспокойством, приводит к частой активации симпатoadреналовой системы, что рано или поздно может стать причиной дисбаланса работы вегетативной нервной системы. Кроме того, практически непрерывное беспокойство, периодически сменяемое чувством страха нарушает привычную работу адаптационных систем организма с формированием дистресса. В итоге развивается нарушение нервной и гуморальной регуляции деятельности организма, что является преморбидом для многих заболеваний человека. В частности, повышение выработки глюкокортикостероидов (один из ключевых механизмов хронического стресса) угнетает работу иммунной системы, что повышает восприимчивость человека к различным инфекционным заболеваниям.

3. Ухудшение отношений с другими людьми. Ургентная аддикция отодвигает отношения с многими людьми на второй план. При этом возможна ситуация даже их полного игнорирования в связи с нехваткой времени. Нормальное существование личности вне социума невозможно. Это касается работы, семьи и т.д. Взаимосвязи с другими людьми обеспечивают наше функционирование в обществе, помогают нам решать те или иные проблемы. Поэтому ургентная зависимость может создать порочный круг — сначала нивелируются отношения, а потом они не дают возможность адекватно работать. Снижается общая эффективность, которая компенсируется количественным образом за счет увеличения нагрузки, что приводит к ещё большей нехватке времени, в том числе на поддерживание отношений.

4. Снижение эффективности деятельности в т.ч. профессиональной. Как это ни парадоксально звучит, но то, что человек больше работает, ещё не означает, что конечный результат станет лучше. Перманентное «давление временем» требующее постоянного ускорения, увеличения объёмов и/или видов

выполняемой работы *a priori* ухудшает качество, что делает невозможным (или недостаточно возможным) тщательное и оптимальное выполнение работы, угнетает творческий подход к решению тех или иных задач (на это просто не остается времени), а также повышает риск ошибок.

5. Потеря контроля над своей жизнью. Постоянное решение вопросов, которые кажутся неотложными, нередко приводит к ощущению, что жизнь человека не контролируется им самим. Собственно, так оно и есть. Человек попадает в зависимость от постоянных ожиданий, перманентной необходимости выполнения чего-то, всё увеличивающейся скорости тех или иных процессов. При этом возникает ощущение ускользания жизни, в т.ч. и карьеры. А сам человек не видит возможности воспрепятствовать этому.

Какие же меры можно предпринять для борьбы с ургентной аддикцией? Конечно, будет очень полезным, если рядом окажется человек с рациональным отношением ко времени, к советам которого можно прислушиваться. Но это не всегда возможно по целому ряду причин. В любом случае, наличие ургентной зависимости требует умения самостоятельного решения проблем, с ней связанных.

Во-первых, необходимо различение срочного и несрочного с последующим их ранжированием по времени. Оценка истинной срочности не всегда проста. Однако без неё невозможно позитивное решение данной проблемы. Этому может помочь взгляд со стороны, в т.ч. мнение других людей — друзей, коллег, экспертов.

Выделение приоритетных видов деятельности. Это достаточно серьёзный критерий сортировки, позволяющий сэкономить время за счёт несущественного.

Оценка соразмерности затраченного времени и усилий, с одной стороны, и потенциальных выгод, с другой, должна стать базисом объективного понимания происходящего.

Для понимания адекватности своей деятельности представляется полезным её анализ с точки зрения применения альтернативных технологий. Новые варианты могут оказаться более продуктивными и менее затратными в т.ч. и по времени.

Сокращение второстепенных видов деятельности, рациональное использование рабочего процесса позволит освободить время, необходимое для социальной деятельности, отдыха, общения с семьей и т.д.

Чужой и свой опыт должен помочь объективной оценке происходящего и выработке адекватного долговременного плана действия.

И, наконец, консультации с психотерапевтом помогут нивелировать негативные стереотипы отношения ко времени, сформировать рациональные психологические установки, необходимые для грамотного планирование своей работы и отдыха.

Таким образом, решение проблемы ургентной аддикции позволит сохранить социальную стабильность и здоровье людей с этой формой зависимости, а также позволит оптимизировать эффективность их функционирования во всех сферах деятельности.

Литература

1. Tassi Nina. Urgency Addiction: How to Slow Down Without Sacrificing Success. USA: Penguin Books Ltd, 1993, 272 p.
2. Мандель, Б. Р. Аддиктология (ФГОС ВПО) : Иллюстрированное учебное пособие для студентов высших учебных учреждений гуманитарного направления (все уровни подготовки). – Москва : Директ-Медиа, 2014. – 536 с.

IV. ФОРМИРОВАНИЕ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДЁЖИ

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ НА ХРИСТИАНСКИХ ТРАДИЦИЯХ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

*Л. Н. Коваленко, канд. пед. наук, доцент кафедры управления
развитием образовательных систем*

ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»
г. Витебск (Беларусь)

Радикальные изменения, происходящие в жизни нашего общества, требуют серьёзного и всестороннего осмысления. Многолетнее отчуждение человека от подлинной духовной культуры, традиций, от веры, привело к кризису общественного сознания, которое выразилось в крайне неблагоприятной общественной атмосфере: усилении криминогенности общества, росте преступности (в том числе детской), насилия, открытой пропаганде распущенности нравов. В результате духовно-нравственного разложения общества появились такие тяжёлые пороки как падение рождаемости, сексуальная революция, проституция, развитие гомосексуализма, но, главное, привитие населению толерантного отношения ко всему этому. Происходит внедрение постхристианской культуры, суррогатной духовности в виде деструктивной сектантской религиозности и оккультизма. Спасаясь от такой реальности, наш народ стал массово уходить в различные зависимости: алкоголизм, наркомания, гэмблинг, лудомания, шопоголизм, ургентная аддикция и др.

Церковь смотрит на проблему зависимого поведения как на проблему, прежде всего, духовную: потеря религиозности, массовый отход человека от Бога и, как следствие — потеря традиционной нравственности, определяющей образ жизни человека, его духовно-социальный быт, культуру, семейно-брачные отношения и образование. Проведённые научные исследования показывают чёткую и конкретную связь развития аддиктивного поведения с бездуховностью и безрелигиозностью. Данная ситуация закономерно приводит к необходимости по-новому оценить значение духовной и национальной культуры общества и каждой личности, саморегуляции всех сторон их жизнедеятельности через воспитание духовности, любви к Отечеству, патриотизма, гражданственности, уважения к национальным традициям и культуре.

В условиях современного общества перед педагогами остро встаёт вопрос поиска путей, содействующих формированию у подростка способности к самостоятельному, осознанному, ответственному выбору между добром и злом. Первым важным педагогическим условием формирования духовно-нравственных качеств школьников в становлении их как целостной гармонично развитой личности является определение участниками педагогического процесса потенциальных возможностей религиозного воспитания в противодействии распространению негативных поведенческих зависимостей у подрастающего поколения.

Сегодня на государственном уровне, на уровне гражданского и педагогического сообщества осознаётся огромный воспитательный потенциал христианской педагогики, в рамках которой свобода выступает необходимым условием самоопределения личности. Христианская педагогика изначально занималась воспитанием духовно и нравственно полноценного человека со сложившейся системой ценностей, позволяющей сохранять целостность его личности в критических обстоятельствах.

Анализ публикаций периодической печати, специальной литературы по проблемам духовно-нравственного воспитания и образования, вышедшей за последние годы, свидетельствует

о том, что в педагогической среде укрепляется мнение, что именно традиционное религиозное образование может способствовать воспитанию в детских душах подлинной иерархии ценностей, остановить распад духовного ядра личности.

Как же избавиться человеку от зависимостей? Это, прежде всего, обращение к Богу с молитвой о поддержке в борьбе со страстью, пост и воздержание от предмета страсти. Но этого мало. Свято место, как известно, пусто не бывает. И потому, когда изгоняется какая-то страсть, её место обязательно должно быть чем-нибудь заполнено. Это закон. О нём говорит Евангелие (Лк. 11: 24–26). А чем пустое место заполнить? Естественно, любыми нормальными человеческими доминантами, таким способом досуга, который будет и приятен, и полезен: общением с друзьями, совместными делами, спортом, рыбалкой, чтением, этим забытым сегодня полезным занятием. Через какое-то время у человека выработается привычка к этим занятиям, и он будет получать удовольствие от них.

Известный факт: люди кардинально меняют жизнь при обращении к Богу, когда отсекаются прежние греховные пристрастия и появляется совершенно новый опыт — опыт преодоления греха. Другое дело, что обращение к Богу — в каком-то смысле тайна, нельзя кого-то обратить насильно, мы можем лишь молиться и просить Господа, чтобы Он нашёл пути и средства к спасению человека, страдающего от игромании. Ему же самому предстоит тяжёлый труд работы над собой, борьбы со своей привязанностью. Свобода от страсти никогда не достигалась лёгким способом. Утратить свободу легко, вернуть её очень трудно. Но там, где не помогут медицина или психология, поможет Божия благодать. В конечном итоге выход только один: идти туда, где благодать Святого Духа, — в храм, общаться непосредственно с духовниками, постараться стяжать благодать, а она сама произведёт в человеке изменения, о которых он даже и не догадывается.

Так как лица школьного возраста являются группой риска для формирования зависимостей, то роль учебных заведений, в вопросах профилактики зависимых форм поведения значительно возрастает. С духовных позиций зависимость понима-

ется как страсть, следствие греха. Грех — это нравственный поступок, совершаемый человеком против совести и духовно-нравственных законов, отражающий аксиологическую ошибку его свободного выбора. В данном контексте норма выступает как понятие аксиологическое, духовно-нравственное, как система ценностей, в которой формируется личность взрослого человека. Норма как нравственный внутренний закон, как духовная основа личности, сохранялась в обществе всегда; даже во времена государственного воинствующего атеизма оставались хранители нормы, что сохранило веру во времена безверия.

По мнению некоторых учёных в основе многих психических расстройств лежит несмирение. Негативные социальные зависимости в этом смысле не являются исключением. «Вера же есть смирение», — писал святой Варсануфий Великий. Однако в веру человека невозможно обратить насильно. Преодоление негативной зависимости связано с созданием механизма формирования нравственных идеалов, ценностей с учётом внутреннего мира подростка и проблем его существования, приближающего человека к вере, истинному смыслу жизни. Христианское мировоззрение — это выбор свободного человека, сделав который человек получает силы для борьбы со злом внутри себя и для самоисправления.

Чтобы вырваться из плена негативных социальных зависимостей, душа и личность подростка должны возрасти, возмужать, укрепившись в вере. В этой связи подросткам необходима психолого-педагогическая поддержка и коррекция, которые должны быть направлены на оказание превентивной и оперативной помощи в решении их индивидуальных проблем, связанных с мировоззрением, физическим, психическим и духовным здоровьем, межличностной коммуникацией, жизненным самоопределением интеллектуальным, нравственным, гражданским, профессиональным, семейным, индивидуальным-творческим выбором.

Взаимопонимание между педагогом и подростком с негативной социальной зависимостью в процессе преодоления зависимости гораздо легче достигается через духовную сферу.

Преодоление существующей зависимости в этом случае идёт по схеме информирование —> обсуждение —> обдумывание —> переосмысление —> переоценка ценностей —> приобретение духовного смысла жизни —> нравственное перерождение (возрождение) —> потеря интереса к искусственно изменённому состоянию сознания —> свобода от негативной зависимости.

При регулярности использования такой схемы изменяется механизм реагирования, особенно на фоне участия в богослужении, личной и коллективной молитвы и христианских Таинствах. Происходит овладение собой, то есть своим внутренним, духовным миром, развиваются осознание своей болезни и уверенность в победе над ней именно с помощью Благодати Божией, религиозного восприятия мира, веры в Бога. Таким образом, истинное христианство возводит каждого из состояния рабского унижения в высшее нравственное достоинство. Христианская педагогика обладает реальной духовной силой, которая позитивно влияет на нравственное поведение зависимых подростков, развивает ответственность за свой жизненный выбор, способствует формированию жизненных ориентиров, оптимистичному взгляду на жизнь.

Христианская система ценностей как основа духовных и нравственных норм определяет личность как образ Божий, то есть как личность сознательную, трезвую, творческую и свободную. Христианское воспитание ставит целью — достижение вечной жизни как Царствия Божия. Это придаёт осмысленность жизни верующего человека, открывает перспективу развития и даёт почву для устойчивости к зависимостям. Вот почему мы говорим о необходимости возвращения к отечественным традициям воспитания как основе для формирования духовно-нравственных ценностей общества, так и отдельной личности. Понимание трезвости как мерила общественного сознания даёт возможность воспитать у подрастающего поколения устойчивость к негативным зависимостям и помочь сориентироваться тем, кто уже попал в состояние аддикции, и, как следствие, — в зависимость.

Устойчивость к зависимостям, трезвость как норма в отечественной традиции означает не просто отказ от психоактивных веществ, но, в первую очередь, возвращение в естественное состояние человека, при котором он способен адекватно воспринимать и анализировать действительность, осознанно контролировать свои действия и отвечать за свои поступки. Нетрезвость же — замутнение образа Божия в человеке, отклонение от цели, потеря смысла существования.

Таким образом, можно констатировать следующее:

- нравственное воспитание на христианских традициях является твёрдой основой психолого-педагогической профилактики аддитивного поведения личности детей и юношества;

- для воспитания духовно-нравственной личности, способной противостоять зависимым формам поведения, в условиях образовательных учреждений необходимо воздействие не только на когнитивную, эмоционально-волевую, поведенческую, но и, в первую очередь, на духовную сферу;

- необходимо развивать духовное самосознание личности, прежде всего, через формирование субъектной религиозно-нравственной позиции, вовлекая в духовно-нравственное воспитание ближайшее социальное окружение: семью, сверстников, церковных служителей.

Литература

1. Бандура, А. Теория социального научения. Монография. – СПб. Евразия, 2000. – 320с.

2. Захарченко, М. В. Введение в традицию как цель образования [Текст] // Просветитель. – 2007. -- № 2. – С. 14 – 19.

3. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

СЕМЬЯ КАК ОСНОВА НРАВСТВЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Е. В. Цыбульская, преподаватель

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

С самого первого момента появления на свет ребёнок попадает в семью. Каждый день он учится познавать окружающий мир, изучает своих родителей, их привычки, манеры поведения, усваивает семейные ценности и традиции, тем самым поэтапно у него закладываются основные черты характера. Под ребёнком понимается физическое лицо до достижения им возраста восемнадцати лет (совершеннолетия), если по закону оно раньше не приобрело гражданскую дееспособность в полном объёме [1].

Именно благодаря семье в сознании человека закладываются основные ценности, которыми он руководствуется в течение всей своей жизни. И все то, что происходит внутри семьи, безусловно, влияет на ребёнка, на его мировосприятие, отношение к окружающим, на формирование его личности в целом. Семейное воспитание детей надлежащим образом, обеспечивает физическое, нравственное, духовное развитие будущего полноценного члена общества.

Конституция Республики Беларусь гласит: «Брак, семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой государства. Родители или лица, их заменяющие имеют право и обязаны воспитывать детей, заботиться об их здоровье, развитии и обучении. Ребёнок не должен подвергаться жестокому обращению или унижению, привлекаться к работам, которые могут нанести вред его физическому, умственному или нравственному развитию» [2].

Нравственное воспитание во все времена стояло в основе воспитательного процесса. И основная задача в процессе формирования нравственных ценностей у подрастающего поколения возложена на семью. Согласно кодексу Республики Беларусь

о браке и семье: «семья — это объединение лиц, связанных между собой моральной и материальной общностью и поддержкой, ведением общего хозяйства, правами и обязанностями, вытекающими из брака, близкого родства, усыновления» [3].

Каждая семья является одной из составляющих общества, проблемы в обществе начинаются в тот момент, когда нравственные ценности в сознании людей замещаются материальными благами. На современном этапе общественного развития особенно актуальны проблемы, связанные с нравственной культурой личности, которая проявляется во взаимоотношениях людей, в проявлении таких нравственных качеств, как доброта, милосердие, сострадание, взаимопомощь. Нравственные ценности направляют человека в поиске смысла своего существования, помогают совершенствовать свой характер.

Философ-идеалист Сократ (469–399 гг. до н.э.) полагал, что, целью воспитания должно быть не изучение природы вещей, а познание самого себя, совершенствование нравственности [4].

Важнейшая функция семьи в процессе формирования личности ребёнка — психологическая защита, поддержка и понимание на любом этапе взросления. Правильное воспитание, основанное на любви и взаимопонимании способно передать и сохранить вечные идеалы добра, нравственности и ценности человеческой жизни которые все реже встречаются в современном мире.

Литература

1. О правах ребёнка: Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: pravo.by. – Дата доступа 15.09.2018
2. Кодекс о браке и семье Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: pravo.by. – Дата доступа 15.09.2018.
3. Конституция Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Национальный интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа : pravo.by. – Дата доступа : 15.09.2018
4. Менчинская, Н. А. Проблемы обучения, воспитания и психологического развития ребенка / Под ред. Е. Д. Божович. М.: Институт практической психологии, (Серия «Психологи отечества») / Воронеж : НПО «МОДЭК», 1998. — 448 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ

М. В. Папко, психолог

г. Витебск (Беларусь)

Цивилизованное общество строится здоровыми людьми.

Цель здоровьесберегающей педагогики — вооружить выпускника учреждения образования знаниями, необходимыми для ведения здорового образа жизни, и воспитать у него культуру здоровья. Современного школьника подстерегает большое количество соблазнов, которые мешают вести правильный образ жизни, обеспечивающий хорошее здоровье и успеваемость на уроках.

Здоровый образ жизни школьника — это условие не только здоровья, но и дальнейшей успешной работы, семейной жизни.

Крайне важно создавать у ребёнка культ здоровья, показывать всеми средствами красоту физического и психического совершенства. Сейчас жизнь ставит новую задачу: сформировать у школьников убеждённость в необходимости ведения здорового образа жизни (соблюдения режима дня, выработки отрицательного отношения к таким вредным привычкам, как курение, пьянство, наркомания, самолечение).

Организация экскурсий по родному краю, посещение театра, музеев тоже способствуют формированию здорового мировоззрения. Ребята должны понимать, что жизнь прекрасна, а мир многообразен и интересен. Нельзя жизнь бездумно растрачивать на вредные привычки.

Формирование здорового образа жизни у учащихся — это комплексная программа формирования знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психологического здоровья как одного из ценностных составляющих здорового образа жизни у школьников.

Проблема формирования здорового образа жизни и укрепления здоровья учащихся становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы.

Только с самого раннего возраста можно привить детям знания, навыки и привычки в области охраны здоровья, которые впоследствии превратятся в важнейший компонент общей культуры человека и окажут влияние на формирование здорового образа жизни всего общества.

Формирование здорового образа жизни включает в себя три основные цели:

- глобальную — обеспечение физического и психического здоровья подрастающего поколения;

- дидактическую — вооружение школьников необходимыми знаниями в области охраны здоровья, привитие умений, навыков и привычек, позволяющих предотвращать детский травматизм, способствующих сохранению здоровья, трудоспособности и долголетия;

- методическую — вооружение учащихся знаниями физиологических основ процессов жизнедеятельности человека, правил личной гигиены, профилактики соматических заболеваний, психических расстройств, инфекций, передаваемых половым путём, а также знаниями о вредном воздействии на организм психотропных веществ.

Ответственность за достижение этих целей формирования здорового образа жизни возлагается, главным образом, на школу.

Школа — это не только образовательное учреждение, это особый мир детства, в котором ребёнок проводит значительную часть своей жизни. Отсюда необходимость посмотреть на образовательную среду современной школы с точки зрения экологии детства. И здесь велика роль таких учебных предметов, как естествознание, биология, генетика, анатомия и физиология человека, валеология, основы безопасности жизнедеятельности. Но нередко знания, получаемые школьниками на уроках по этим предметам, — далёкая от жизни теория.

В работе с детьми мы исходим из того, что детство — особый уникальный период в жизни человека, это не подготовка к жизни, а сама жизнь с определённым, присущим только ей кругом потребностей и возможностей. Поэтому в работе с детьми с ограниченными возможностями, мы руководствуемся

принципом гуманизма и педагогического оптимизма, что предполагает веру в ребёнка, в его потенциальные возможности реализовать себя как личность.

Необходимость соблюдения принципов здорового образа жизни осознается учащимися учреждения образования. Но за этим пониманием не всегда стоят реальные действия по их выполнению, что, скорее всего, объясняется нежеланием менять выработавшиеся привычки, стереотипы поведения. К сожалению, лишь в экстремальных ситуациях (тяжёлая болезнь, жизненный кризис) человек вынужденно изменяет свой образ жизни, начинает ответственно относиться к своему здоровью и здоровью близких для него людей.

В последнее десятилетие возрос интерес к проблеме питания, так как правильное питание обеспечивает нормальное течение процессов роста и развития организма, а также сохранения здоровья. Рациональное питание ребёнка любого возраста является одним из важнейших условий его здоровья и активности. Такое питание должно соответствовать возрасту, желательно четырёх-пяти-разовым, сбалансированным по составу питательных веществ — белков, жиров, углеводов, а также по витаминному и минеральному составу и полностью обеспечивать энергетические затраты организма. Калорийность питания должна соответствовать величине энергозатрат растущего организма.

Такое понятие как распорядок дня всё реже встречается в жизни современного человека, но этот фактор тоже имеет немаловажное значение в сохранении здоровья. Формирование здорового образа жизни у школьников неотделимо от соблюдения правильного режима дня. Режим дня — это строго соблюдаемый на протяжении длительного времени оптимальный распорядок труда, отдыха, сна, питания, занятий физическими упражнениями и любых других видов деятельности в течение суток. Его значение состоит в предельной минимизации энергозатрат и в повышении работоспособности организма, что способствует укреплению здоровья.

Для выбора оптимального режима дня, необходимо составить распорядок занятий таким образом, чтобы максимально

эффективно чередовать работу и отдых. Режим дня школьников обычно разделяется на следующие компоненты: учебные занятия в школе, выполнение домашних заданий, сон; питание, занятия физическими упражнениями, отдых, занятия в свободное время. Правильное распределение времени на эти занятия способствуют сохранению физического и психического равновесия ребёнка.

Что же касается вредных привычек, то оградить школьника от курения, употребления алкоголя или наркотиков, на сегодняшний день является крайне важным, хотя и очень непростым заданием. Бесчисленная недобросовестная реклама негативных привычек, которая атакует школьников с телеэкрана или сети Интернет, легко проникает в ещё неокрепшие умы. Желательно оградить школьника от влияния такой рекламы, а значительную часть усилий направить на пропаганду здорового образа жизни и рассказу о негативных последствиях таких вредных привычек. Самым лучшим способом для этого является личный пример родителей и воспитателей.

Говоря о положительных эмоциях, следует помнить, что, поощряя ребёнка, мы сохраняем и укрепляем его здоровье.

Для того чтобы сформировать у школьника здоровый образ жизни, необходим комплексный подход. Совместная работа родителей, учителей, педагогов социальных, педагогов психологов и медицинских работников может дать реальный положительный результат.

Здоровье — бесценное богатство каждого человека в отдельности, и всего общества в целом. При встречах и расставаниях с близкими нам людьми мы всегда желаем им хорошего здоровья, потому что это главное условие полноценной и счастливой жизни.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ У УЧАЩИХСЯ НАВЫКОВ ОТВЕТСТВЕННОГО И БЕЗОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ «МЫ — САМИ»

*А. А. Кирпиченко, профессор,
зав. кафедрой психиатрии и наркологии*

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

К сожалению сегодня все большую озабоченность вызывают проблемы, связанные с проявлениями рискованного поведения подростков и молодёжи, которые выражаются в их общении к никотину, алкоголю, наркотикам, в ранних половых контактах, склонности к аддиктивному и безответственному поведению [1,2]. Несмотря на создание современных алгоритмов диагностики и лечения подростков с ранними стадиями зависимого поведения, методы профилактики алкогольной и наркотической зависимостей до сих пор остаются однобокими, неэффективными, устаревшими и порою абсурдными, а специалисты, которые пытаются заниматься профилактикой зависимостей среди молодёжи — это чаще всего люди, занимающиеся этим вопросом «по зову сердца» [3]. Учитывая вышесказанное, нами была создана программа факультативных занятий, которых является подготовка обучающихся к формированию жизненной устойчивости к социально неблагоприятным факторам.

Факультативные занятия имеют определённые задачи: формирование ценностного отношения к своему здоровью и здоровью других людей; побуждение учащихся к самопознанию и самосовершенствованию для формирования ответственного отношения к своему здоровью; повышение стрессоустойчивости обучающихся в современных реалиях социально-культурного пространства; обучение учащихся управлению своим эмоциональным состоянием и навыкам преодоления кризисных ситуаций; обучение навыкам противления потреблению алкоголя, наркотических, токсических веществ, никотина и др.;

профилактика компьютерной и игровой зависимости, вовлечения в деструктивные религиозные объединения и молодёжные группировки; формирование позитивного мышления как фактора благополучия человека; повышение коммуникативной компетенции.

Особенностями программы являются:

- Изменение вектора работы с учащимися с запретительно-го — на информационно-формирующий.

- Комплексный подход: активное получение необходимых знаний, тренинг необходимых умений, формирование активной жизненной позиции.

- Сочетание побуждения к самостоятельному поиску решений и опосредованного влияния (разумной помощи) со стороны взрослых.

Учебная программа факультативных занятий разработана для 5-х, 6-х, 7-х, 8-х классов с учётом возрастных особенностей учащихся. Занятия рассчитаны на 35 часов в каждом классе и имеют информационно-формирующий характер. Частота занятий, проводимых педагогом-психологом, один раз в неделю, в течение учебного года.

Каждое занятие является целостным и законченным, имеет следующую структуру.

Программа рассчитана на подростков в возрасте от 10-ти до 14-ти лет. Верхняя возрастная граница может быть расширена в том случае, если педагог-психолог уверен, что ему удастся заинтересовать аудиторию старшего школьного возраста. Ввиду того, что работа осуществляется с младшими подростками (10-12 лет) и старшими подростками (13-14 лет), следует использовать рекомендации авторов. На занятиях целесообразно использовать такие активные формы организации занятий, как мозговой штурм, организованная дискуссия, ролевые игры, семинарские занятия, работа в парах и малых группах, экскурсия. Основные методы работы — проблемно-поисковый и исследовательский, оправдано использование иллюстративно-объяснительного метода. Возможно включение индивидуальных и групповых творческих работ: коллажей, рефератов, рисунков и т.д. Программа предоставляет педагогам-психоло-

гам возможность творчески подойти к планированию занятий в зависимости от конкретных условий школы, местности, психологических особенностей учащихся и организационных ресурсов школы. В этой связи, для организации занятий данной программы предлагается общая направленность работы. Каждый педагог-психолог самостоятельно может наполнить занятия конкретным содержанием (заданиями, упражнениями, ролевыми играми и пр.) в зависимости от возраста, развития, психологических особенностей участников, собственной квалификации и профессиональной идентичности или особенностей условий, в которых проводятся занятия. Последовательность занятий выстроена по следующей логике: от общего — к частному (например, сначала даются основы общения и далее идут особенности общения с различными категориями: сверстники, взрослые, близкие люди, противоположный пол), от социального (общечеловеческого) — к личностному (индивидуальному). В основном, ближе к концу программы, проводятся занятия, касающиеся зависимого поведения. Это обусловлено тем, что некорректно или преждевременно поданная информация об употреблении психоактивных веществ или игровой зависимости провоцирует появление нездорового исследовательского интереса, и занятия могут привести к обратному эффекту. Такого характера вопросы следует поднимать только тогда, когда у подростков уже сформирована устойчивая и активная позиция.

Результаты мониторинга внедрения учебной программы факультативных занятий по формированию у учащихся навыков ответственного и безопасного поведения для 5-8 классов учреждений общего среднего образования «Мы — сами» показали востребованность и перспективность использования её в Витебской области. Так, если в 2014/2015 учебном году программа использовалась в 37 школах, в 2016/2017 учебном году — в 87, то уже в 2017/2018 учебном году — в 129 учреждениях общего среднего образования. При постоянном мониторинге получены положительные отзывы о программе по всем критериям как от психологов и учеников, так и от их родителей. В будущем планируется добавить в программу вопросы

христианской этики (проблемы добра и зла, справедливости и смысла жизни, а также вопросы целомудрия).

Литература

1. Копытов, А. В. Роль и влияние импульсивности на формирование алкогольной зависимости у лиц подросткового и молодого возраста мужского пола / А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 73-79.

2. Мужиченко, В. А. Анализ агрессивных тенденций у девочек-подростков с алкогольным аддитивным поведением / В. А. Мужиченко, А. В. Копытов, А. А. Кирпиченко // Медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 97-101.

3. A. A. Kirpichenka, A. V. Kopitov, V. A. Muzhichenka. Abuse of alcohol by adolescent girls. Alcohol and Alcoholism, Volume 52, Issue suppl_1, 1 October 2017, Pages i31–i49.

МОББИГ В КОЛЛЕКТИВЕ: КАК ПРОТИВОСТОЯТЬ НАСИЛИЮ?

Ю. А. Коломийцева

УО «ВГТУ»

г. Витебск (Беларусь)

Моббинг – достаточно распространённый феномен, как в трудовых коллективах, студенческих и школьных группах, так и в некоторых семьях.

Моббинг (от англ. *Mob* — толпа) — форма психологического насилия в виде травли нового члена группы, как правило, с целью его последующего устранения из системы, или для снижения его статуса до «козла отпущения», тянущего воз чужих проблем. Моббинговые ситуации могут возникнуть в любой социальной группе на конкурентной основе, в период кризиса в организации, или в семье, в результате неприязни одного человека к другому.

В психологии выделяют два основных вида моббинга: сверху-вниз, снизу-вверх — от руководства, или от подчинённых, и по горизонтали — от коллег. В семейной системе сверху-вниз от родителей супруга и снизу вверх от детей к родителям. Горизонтальный — от братьев, сестёр и других менее значимых родственников.

Предпосылками моббинга для новичка любой системы трудовой или семейной может быть жертвенный стиль поведения, низкая способность защитить себя, сопротивление авторитету коллектива, или саботаж против перемен, которые вносят члены этой группы.

Чтобы защититься от моббинга, нужно в первую очередь проанализировать ситуацию и, в зависимости от сложности возникшей проблемы, частоты нападков и опасности для здоровья и жизни, следует выбирать различные **способы защиты от моббинга**. Среди них:

- личностные изменения в лучшую сторону, если причина нападков коллег — объективные недостатки;
- отсутствие реакции на нападки со стороны мобберов;
- выявление и дискредитация зачинщика моббинговой ситуации (иногда достаточно бывает простого разговора с человеком);
- информирование начальства, или поиск поддержки среди коллег или родственников, если моббинг осуществляется в семье;
- переход в другой отдел, или увольнение с места работы, где осуществляется ситуация психологического насилия.

Людам, страдающим от моббинга настолько, что подрывается их физическое и психическое здоровье, а также, если существует угроза жизни, без сомнения, нужно уволиться.

Моббинг — один из видов психологического вампиризма. Люди, терроризируя жертву, безусловно, ждут от неё ответной реакции. И если ни агрессии, ни истерики, ни даже раздражения у выбранной жертвы не исходит, то и интерес к ней быстро остывает. Главное в данной ситуации поступать мудро, размеренно и запастись терпением. В некоторых случаях, необходимо обратиться в милицию или в суд, чтобы стабильно защитить себя.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	5
ПРОГРАММА XV Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	6

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>Msgr. Jacques Suaudeau.</i> PATIENT-CENTERED CARE	19
<i>Л. М. Пасиешвили, Н. М. Железнякова, Т. М. Пасиешвили.</i> К ВОПРОСУ О ПОЛИПРАГМАЗИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	52
<i>Piotr Aszyk.</i> THE END OF LIFE — MODERN ETHICAL DILEMMAS	56
<i>Ю. К. Абаев.</i> ОТ ВРАЧЕВАНИЯ К МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ	62
<i>А. Г. Денисенко.</i> К ВОПРОСУ БИОЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ	70
<i>К. Н. Шарейко, С. Ю. Девярых.</i> ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ	73
<i>О. С. Кутаков, С. Ю. Девярых.</i> БИОМЕДИЦИНСКИЕ ОПЫТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИВОТНЫХ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	76
<i>М. Ф. Яблонский, Н. Г. Харкевич, А. А. Буйнов, О. А. Федчук.</i> О НОВОЙ ОТРАСЛИ ЗНАНИЙ — БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ	79

II. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ

<i>О. Н. Ковалева, Е. В. Козакова.</i> РОЛЬ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ	81
--	----

III. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ (АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ЛЕКАРСТВЕННОГО, КОМПЬЮТЕРНОГО И ДР.)

<i>Alina Andrusha.</i> FEATURES OF INTERNET-ADDICTION AMONG MEDICAL STUDENTS	84
<i>Chris Harris.</i> ADDICTION TO SLEEPING MEDICINES; THE CONSEQUENCES AND THE SOLUTIONS TO THESE ISSUES	87
<i>В. С. Глушанко, А. А. Герберг.</i> ПРОБЛЕМА КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	96
<i>Н. М. Медвецкая, М. В. Папко.</i> ЖИЗНЬ МОЛОДЁЖИ ВНЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ	101
<i>Л. В. Лукина.</i> МНОГОФАКТОРНОСТЬ АДДИКЦИИ	103
<i>Н. В. Малик.</i> ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	106
<i>А. Н. Дударев, О. Н. Малах.</i> ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ УЧИЛИЩА ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА	110
<i>Е. В. Цыбульская, А. А. Буйнов.</i> К ВОПРОСУ О НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	114
<i>М. В. Папко.</i> ПРОФИЛАКТИКА НИКОТИНОВОЙ, АЛКОГОЛЬНОЙ, НАРКОТИЧЕСКОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ	116
<i>О. Н. Ковалева.</i> АЛКОГОЛЬ И ЗДОРОВЬЕ	122
<i>М. Ф. Яблонский, Н. Г. Харкевич, А. А. Буйнов, О. А. Федчук, Н. Н. Семенова, Е. В. Цыбульская.</i> АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ	125
<i>А. Н. Окороков, О. Ю. Сычёв.</i> АЛКОГОЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА: АКТУАЛЬНОСТЬ, ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	128
<i>Н. Н. Семёнова, О. А. Федчук, А. А. Буйнов.</i> ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ	141

<i>О. А. Федчук, Н. Н. Семёнова.</i> ПРАВОВЫЕ СПОСОБЫ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	144
<i>А. А. Заздравнов, О. И. Заздравнова.</i> ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ИНДИВИДА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: ОБЩЕЭТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	146
<i>И. И. Зелёная, Н. М. Железнякова, Г. Ю. Панченко.</i> ЦИФРОВОЙ ДЕТОКС – ЧЕЛЕНДЖ НАЧАЛА ХХІ ВЕКА	151
<i>Л. С. Барановская.</i> ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ	153
<i>Н. Г. Харкевич, В. А. Тесфайе, А. А. Буйнов, А. М. Мясоедов, Т. А. Островская.</i> О ПОЛЬЗЕ КОМПЬЮТЕРА И ВРЕДЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	157
<i>В. Е. Шапкин.</i> ОПАСНОСТИ УРГЕНТНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	160

IV. ФОРМИРОВАНИЕ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ

<i>Л. Н. Коваленко.</i> ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ НА ХРИСТИАНСКИХ ТРАДИЦИЯХ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	164
<i>Е. В. Цыбульская.</i> СЕМЬЯ КАК ОСНОВА НРАВСТВЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ	170
<i>М. В. Папко.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ	172
<i>А. А. Кирпиченко.</i> ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ У УЧАЩИХСЯ НАВЫКОВ ОТВЕТСТВЕННОГО И БЕЗОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ «МЫ – САМИ»	176
<i>Ю. А. Коломийцева.</i> МОБИНГ В КОЛЛЕКТИВЕ: КАК ПРОТИВОСТОЯТЬ НАСИЛИЮ?	179

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**XV Международная
медицинская конференция
(Витебск, 6–7 июня 2019 г.)**

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск А. Волчок
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная вёрстка Э. Полиневской

Подписано в печать 13.05.2019.
Формат 84x108/32. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 9,67. Уч.-изд. л. 9,63.
Тираж 145 экз. Заказ 655.

УП «ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРО ХРИСТО“».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/145 от 21.01.2014.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
<http://pro-christo.catholic.by>; e-mail: pro-christo@catholic.by

Отпечатано в ОДО «Издательство “Четыре четверти”».
Ул. Б. Хмельницкого, 8-215, 220013, г. Минск.

В **XV** МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Проблемы врачебной этики в современном мире»
принимают участие медики, священнослужители, учёные

БЕЛАРУСИ



НИГЕРИИ



УКРАИНЫ



ВАТИКАНА



ПОЛЬШИ



ФРАНЦИИ



ИТАЛИИ



РОССИИ



ШРИ-ЛАНКИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ
- СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ (АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ЛЕКАРСТВЕННОГО, КОМПЬЮТЕРНОГО И ДР.)
- ФОРМИРОВАНИЕ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДЁЖИ

ISBN 978-985-7206-09-4



9 789857 206094