

DOI: 10.12731/2218-7405-2017-7-257-282

УДК 378.14; 37.018

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА БУДУЩЕГО ВРАЧА

Семенова О.А.

Цель. Цель данной статьи – определить, какие этические принципы следует положить в основу современного медицинского образования в России.

Метод или методология проведения работы. В основу исследования легли общенаучные методы – описательный, сравнительный, обобщающий – и социологический подход. Результаты. Ретроспективный анализ наиболее распространенных моделей врачебной этики позволил выявить их социальную обусловленность. Были рассмотрены конкретно-исторические факторы, обеспечившие приоритетность того или иного морально-этического принципа. В ходе исследования установлено сходство социокультурных условий современного российского общества, с одной стороны, и исторических обстоятельств древнегреческого (IV в. до н.э.) и западноевропейского (XV–XVI вв.) обществ, с другой стороны. К ним, прежде всего, относятся восстановление социального доверия общества к врачам и усиление индивидуального этико-психологического подхода к пациентам. Такой вывод дал возможность утверждать о необходимости расширения предметного поля гуманитарных дисциплин. Кроме того, социологический опрос студентов зафиксировал, с одной стороны, понимание гуманной сущности врачебной деятельности, с другой – узкопрагматические мировоззрение будущих медиков. Полученные данные подтвердили правильность вывода об актуализации в учебном процессе морально-этических принципов: «не навреди» и «делай добро», отражающих содержание двух исторически первых моделей врачебной этики. Подчеркивается, что акцентирование внимания в современных условиях на

морально-этическом и эмоционально-психологическом содержании медицинского образования могло бы обеспечить возрождение авторитета профессии врача.

Область применения результатов. Результаты исследования могут быть применены в сфере проектирования и прогнозирования учебно-воспитательного процесса медицинских образовательных учреждений.

Ключевые слова: модели врачебной этики; конкретно-исторические условия; морально-этические принципы; гуманизация; медицинское образование; будущие врачи.

MORAL-ETHICAL COMPONENT PROFESSIONALISM OF THE FUTURE PHYSICIAN

Semenova O.A.

Purpose. *The objective of this research is to determine on what ethical principles should the modern medical education in Russia be based.*

Methodology. *The study has been conducted by means of general scientific methods – descriptive, comparative and generalizing – and sociological approach.*

Results. *The retrospective analysis of the most common models of medical ethics reveals their social conditioning. Specific historical factors, which ensure the priority of one or the other moral and ethical principles, are considered. The study states the similarity of socio-cultural conditions of the modern Russian society and historical circumstances of the Ancient Greek (IV B.C.) and Western Europe (XV–XVI A.D.) societies. First of all, this similarity includes the restoration of social trust in doctors and enhancement of individual ethical and psychological approach to patients' treatment. Based on this conclusion, the necessity of enlarging the humanities subject field is claimed. Additionally, the sociological survey of students registered the comprehension of humanitarian essence of medical activity on the one hand, and overly pragmatic ideology of future doctors. These results support the conclusion about actualization*

of two moral and ethical principles in the educational process: principle of beneficence and principle of non-maleficence that represent the two historically first models of medical ethics. It is emphasized that accentuation of moral and ethical, and emotional and psychological contents of medical education could revive the authority of doctor's profession in modern conditions.

Practical implications. *Results of this study could be used in the area of design and development of educational and teaching process in medical educational institutions.*

Keywords: *models of medical ethics; specific historical conditions; moral and ethical principles; humanization; medical education; future doctors.*

*Нужно < ... > строго и неуклонно следовать старому правилу
«Primum non nocere» – прежде всего не вредить.*

В.В. Вересаев

Введение

Актуализация этических проблем медицинских профессий. Одной из особенностей современного общества является его динамизм. Это проявляется в появлении новых отраслей знаний, новых профессий, росте уровня образования, включении новых народов и стран в цивилизационные процессы и т.д. Претерпевает изменение и нравственная сфера человеческого существования. Часть моральных, этических ценностей приобретают иное содержание. В этих условиях актуализируется вопрос о тех профессиях, профессионализм которых пронизан нравственным содержанием. Это, прежде всего, три профессии, которые, как утверждал Сократ, от бога: Учитель, Судья, Врач [22, с. 51].

Обзор иностранной и отечественной литературы. В последнее время возросло число публикаций, посвященных этическим проблемам медицинских профессий, хотя к данным вопросам на протяжении всей истории врачевания было привлечено внимание. В этом контексте важно вспомнить знаменитые афоризмы А.П. Чехова о

том, что медицина есть каждодневное испытание на человечность, что профессия врача обязывает быть самоотверженным, обладать чистотой души и величием помыслов и что врачу необходимо быть умственно ясным, нравственно чистым и физически опрятным [42, с. 409]. Современный процесс пересмотра базовых ценностей затрагивает все общество, в том числе и медицину, происходят существенные изменения в системе человек (врач) – человек (пациент) [12; 16; 19; 45]. Разные аспекты данной проблемы обсуждаются с точки зрения и психологии [39; 28], и философии [3; 5], и социологии [14; 20], и культурологии [25; 41].

Постановка задачи. В то же время исследование морально-этической составляющей образования молодежи остается по-прежнему актуальной. И особенно это касается образования будущих врачей [37].

Описание исследования

Ретроспективный взгляд на этический аспект врачевания. Принято считать, что самыми древними источниками, в которых сформулированы этические требования к врачу, считаются медицинские тексты древней Месопотамии, в том числе свод законов Хаммурапи (18 в. до н.э.). Так, в Законах большое внимание уделялось проблемам хорошей подготовки врача (лекаря) и его реальной ответственности перед больным. За успешное лечение, например, полагалось очень высокое вознаграждение: 5 сиклей серебра – сумму, на которую целый год можно было кормить большую семью. С другой стороны, в случае неудачного врачевания лекаря ждала жестокая расправа (выкалывание глаз, отрезание руки) [17].

Вопросы медицинской этики отражены также и в древнейших памятниках индийской литературы – в Аюрведе (9–3 вв. до н.э.), своде законов Ману (около 2 в. до н.э. – 1 в. н.э.). В частности, в Аюрведе (традиционной системе индийской медицины) говорится, что главным фактором благополучия считается единство тела и движения, ума и души [4].

Каждое время предъявляет свои специфические требования к профессиональным качествам врача. Изменчивость этического кодекса

врача нашла отражение в исторически сформировавшихся четырех моделях врачебного нравственного опыта: 1) модели Гиппократата; 2) модели Парацельса; 3) деонтологической и 4) биоэтической моделях [24]. Чтобы понять, каких этических принципов целесообразно придерживаться в современных условиях, необходимо рассмотреть уже сложившиеся модели моральных принципов врачевания, оценив социокультурную обусловленность каждой из них.

«Нет большой разницы между мудростью и медициной». Эта цитата принадлежит «отцу медицины», который сформулировал основные морально-этические положения исторически первой и самой фундаментальной модели, именуемой «Клятва» Гиппократата. Этические воззрения на сущность врачевания изложены также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др. Известно, что Гиппократ сформулировал значительное число морально-профессиональных обязательств врачей перед страждущими. Это: а) врачебная тайна: «Что бы при лечении – а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»; б) отрицательное отношение к эвтаназии: «Я не дам никакому просимому у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла» и абортam: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»; в) воздержание от корыстного отношения к имуществу пациентов или самим пациентам: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного ...»; г) непричинение вреда: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости» [11, с. 4–6].

При наличии нескольких этических принципов всегда актуализируется проблема иерархии, а именно: какое моральное правило пронизывает все остальные. Таким принципом в модели Гиппократата традиционно считается принцип «не навреди». Для понимания, почему именно этот принцип приоритетен, следует вспомнить конкретно-исторический контекст формирования Клятвы.

Согласно канонам древних культур, способность к врачеванию объяснялась «божественной» избранностью человека и, как правило, связывалась со жрецами. Например, первым египетским целителем называют жреца Имхотепа (около 2830 г. до н.э.), который после смерти был объявлен божеством, и поэтому многие храмы, названные в его честь, стали больницами.

Храмовая медицинская практика опиралась исключительно на магические ритуалы. Однако по мере накопления опыта положительного «научного» врачевания и роста влияния рационального медицинского знания происходило становление светской медицины. В Древней Греции этот процесс проходил быстрее, чем в индийской или иных цивилизациях, поскольку был обусловлен также утверждением принципов демократической жизни городов-полисов. Проблема взаимоотношения врача и пациента стала рассматриваться под углом зрения социальных гарантий добросовестного врачевания. Возникла необходимость отмежеваться от врачей-шарлатанов, которых было немало, в том числе и среди жрецов, и обеспечить доверие общества к врачам эмпирической медицины. Возникла ситуация, согласно которой, врачи, отошедшие от храмовости и лишённые божественности знаний и навыков врачевания, могли рассчитывать на признания со стороны общества своих профессиональных качеств при условии добровольной «передачи» пациентом врачу своего здоровья в том числе и своей жизни. А это возможно, если врач приоритетно будет ориентирован на помощь больному без причинения ему вреда. Именно поэтому Гиппократ утверждал, что великим доказательством наличия искусства врачевания будет не только правильное лечение, но и ободрение больных для поднятия их духом, приближения время их выздоровления [11, с. 5–7], а именно на принцип «не навреди». Освящённость деятельности врачующих жрецов постепенно, но неизбежно сменялась профессионально-этической деятельностью врача, опирающейся на моральные гарантии и обязательства лекаря перед пациентом. Итак, в ситуации перехода от жреческой медицины к светской основным условием формирования социального доверия общества в целом и

каждого отдельного человека к врачу становится принцип «не навреди» как гражданское кредо врачебного сословия.

«Важнейшая основа лекарства – любовь» (Парацельс) [11]. В течение длительного времени сущностные принципы клятвы Гиппократова сохраняли свою необходимость. Но происходящие социокультурные изменения актуализировали потребность в иной морально-этической модели врачевания. Следующая историческая форма врачебной этики, сложившаяся в позднее Средневековье, нашла выражение в трудах Ф. фон Гогенхайма (1493–1541 гг.), в частности, в трактате «Магический Архидокс». Именно о нем К.Г. Юнг писал как о родоначальнике эмпирического психического лечения [44, с. 166]. Мир Ф. фон Гогенхайма знает под псевдонимом Парацельс, который был создан им самим <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81> - cite_note-.D0.A4.D0.AD.D0.BD.D0.B0.D0.90-5 и переводится с латинского языка – «превзошедший Цельса». Итак, вторая историческая модель врачебной этики – модель Парацельса.

Развитие медицинских знаний в Средневековье шло в лоне христианской антропологии, основным вопросом которой являлась проблема взаимоотношения души и тела. Согласно этому учению, болезнь есть человеческое чувство, благодаря которому, учил Августин Блаженный, душа узнает о том, что ощущает тело [1, с. 264]. Много позже главный постулат христианской антропологии был четко сформулирован Иоанном Жоденским: субстанция души одарена естественными способностями, существующими независимо от органов тела, относящихся к более высокому уровню, чем телесность, и значительно превосходящих ее возможности [13, с. 31]. Именно он определил понимание Парацельсом физического тела человека как дома, истинным обитателем и строителем которого являются духовный человек, его душа, забывать которых при лечении нельзя. Поэтому надо лечить душу человека, важнейшем лекарством которой является любовь [29]. При этом важно отметить, что в христианстве Бога именуют «отцом». Об этом, в частности, говорится в Послании Иакова «... от Отца светов ... нисходит ... всякое

даяние доброе» [31]. Об Отце Боге писал и Максим Исповедник: «своим Родителем единственного Бога ... имеет ... всякая добродетель» [33, с. 36]. Образцом, таким образом, связи между врачом и пациентом выступают отцовские отношения, понимаемые не как кровнородственные, а как положительные отношения психо-эмоциональной привязанности и социально-моральной ответственности.

С другой стороны, позднее Средневековье характеризуется стремительным развитием научно-медицинского знания, настоящим переворотом которых стало создание химической фармакологии. Проблема степени концентрации лекарственных веществ актуализировало вопрос об индивидуальном подходе к пациенту, о подборе персональной дозировке лекарств во избежание возникновения отрицательных последствий из-за несоответствия личностной дозы.

Синтез двух особенностей данного периода человеческой истории: безусловного авторитета христианской антропологии и распространения влияния научно-медицинского знания – определил специфику стратегии терапевтического поведения врача, проявляющуюся в восприятии взаимоотношения врача и пациента как «божественности» самого «контакта» лекаря и больного, нацеливающей врача на добродетель по отношению к пациенту. Так, основным моральным принципом лечения становится принцип «делай добро», а врачевание – организованным осуществлением добра. В этой ситуации уместно еще раз вспомнить, что Парацельс учил врачей видеть свою силу в сердце и воспринимать любовь в качестве важнейшей основы лекарства [29]. Таким образом, культурно-исторические условия позднего Средневековья, проявившиеся в обязательности учета эмоционально-психических особенностей личности больного, признании необходимости духовного контакта врача с пациентом в лечебный процесс, определили сущность модели Парацельса как принципа «делай добро».

Медицина «для больных, а не больные для» медицины (Н.Н. Петров) [30, с. 11]. До середины XIX века реализовывались этические принципы обеих моделей и Гиппократ, и Парацельс. Однако появление новых медицинских знаний в результате экс-

периментальной, научно-исследовательской работы обусловило формирование третьей (деонтологической) модели этического поведения врача. Термин «деонтология» был введен английским правоведом И. Бентамом в работе «Деонтология, или наука о морали» (Deontology or The Science of Morality, 1834 г.) для обозначения учения о правильном, должном. Будучи юристом, И. Бентам рассматривал основанием «деонтологии» (от др.-греч. δέον — «должное») принцип пользы, по которому поступок является одобряемым или не одобряемым в зависимости от «суммы общественного счастья». Деонтологию нередко называют этикой долга или этикой должностования, содержащей четко прописанные правила поведения, которые и определяют понятие «долг». Это означает, что при оценке совершенному действию деонтолог должен руководствоваться его соответствием или несоответствием определенным правилам. Деонтология особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия, к которым и относятся медицина.

Потребность в таком подходе была обусловлена рядом причин. Во-первых, считалось, что в условиях развития экспериментальной медицины модель Гиппократа с его «презренно смиренным» принципом «не навреди» — бестолковое топтание на месте, не дающее экспериментальной науке никакого простора деятельности, так как стремилась свести риск врачебной ошибки к минимуму, хоть и в интересах больного. Во-вторых, модель Парацельса с его патернализмом хоть и разрешала проводить эксперимент, но слишком в узких рамках: требовался скрупулезный медицинский разбор каждого конкретного клинического случая, что не отвечало потребностям научно-экспериментальной работы. К тому же принцип «твори добро» воспринимался абстрактно в достаточно широких рамках понятий «добра» и «зла» [2]. В результате деонтологическая этика противопоставлялась этике добродетели.

В советскую медицинскую практику термин «медицинская деонтология» ввел в 1944 г. хирург Н.Н. Петров для замены абстрактного понятия «врачебная этика» [30, с. 51]. Это было обусловлено

становлением «новой» советской медицины, для которой требовались четко прописанные медико-этические принципы, регламентирующие взаимоотношения врача с пациентами, их родственниками, с обществом, государством и другими медработниками. Согласно деонтологу И.В. Силуяновой, «соблюдать долг» – это означает выполнять четко сформулированные требования, которые предъявляются врачу со стороны медицинского сообщества и общества [38, с. 105–106].

И так, основным принципом деонтологической модели врача стал принцип «соблюдения долга». Идея долга являлась необходимым, достаточным и определяющим основанием профессиональной деятельности врача: если врач способен действовать по требованию «долга», то такой врач соответствует избранной им профессии, если – нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество. И, как следствие такого понимания модели врачевания, наборы «точно сформулированных правил поведения» разработаны практически для каждой медицинской специальности и представляют собой перечень и характеристику этих правил по всем медицинским областям [18, с. 112–124]. К середине XX в. медицинская деонтология становится интернациональной: появляются международные документы, регламентирующие поведение врача: Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинкская декларация (1964), Токийская декларация (1975) и др. [40, с. 56].

Однако, завершая ретроспективный анализ деонтологической модели врачевания с точки зрения культурно-исторического обусловленности – необходимости нормативно-правового упорядочения взаимоотношений «врач – пациент», важно еще раз подчеркнуть, что деонтология как «идеал большой медицины», по утверждению врачей-деонтологов, предполагает лечение, направленное на устранение не только физической боли, но и душевного беспокойства пациента [30, с. 51]. Следовательно, душевное благополучие пациента в условиях четко регламентированных норм и правил не отменялось, но переместилось на второй план.

Неизбежность «<...> соединение биологических знаний и человеческих ценностей» (В.Р. Поттер) [32, с. 12]. По мере либерализации западного общества и выхода на первый план демократических прав и свобод человека деонтологическая модель перестает соответствовать требованиям уважения прав и достоинства человека. Возникла необходимость в корректировке модели врачебной этики. Кроме того, новейшие достижения медицинской науки и техники заставили рассматривать традиционные нормы медицинской этики с точки зрения сложных современных медицинских систем. Теперь практически каждый медработник должен не только в совершенстве владеть навыками успешной работы на новейшем медицинском оборудовании, но и делать крайне трудный моральный выбор: есть ли благо для пациента жизнь на сильнейших лекарствах и препаратах и т.д. [21]. Деятельность врачи обязательно включает выбор по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождаются прогрессом биомедицинской науки и практики – преступлением или благо: клонирование? генетические методы «улучшения» людей? трансплантация органов? эвтаназия? Президент Всемирной ассоциации неврологов Р. Маслоу по этому поводу сказал, что профессии врача превращается в непосильное, изматывающее душу бремя [17, с. 18].

Как показывает социальная практика, важнейшим условием существования и выживания современной цивилизации становится теснейшая связь научно-практической деятельности человека (и не только врача) и нравственности. Именно поэтому актуально-справедливым становится изречение, произнесенное Старцем Нектарием Оптинским еще в начале XX века: «Если вы будете жить и учиться так, чтобы ваша научность не портила нравственности, а нравственность – научности, то получится полный успех вашей жизни» [34].

Морально-этическим ответом на «технологические вызовы» в медицине и явилась возникшая в 60–70-х гг. XX в. биоэтическая модель. Термин «биоэтика» («этика жизни») был предложен В.Р. Поттером в 1969 г. и обозначал современную форму традиционной

профессиональной биомедицинской этики, обеспечивающую сохранение биосоциальной жизни человеческого рода.

Главное назначение биоэтики, по мнению В.Р. Поттера, – дать возможность контролировать «опасные знания». Биоэтику В.Р. Поттер рассматривал как «науку выживания», «новую мудрость», ибо она должна дать человечеству знания о том, как применять существующие и новейшие знания для улучшения качества жизни. Не выступая за мораторий для новых знаний, В.Р. Поттер призывал быть ответственными за свои деяния при взаимодействии с окружающей средой. Кроме того, В.Р. Поттер убеждал в серьезности кризисной ситуации, поскольку будущее человечества не гарантировано автоматически или имманентно. С его точки зрения, существование Человечества не должно зависеть от способности Природы бесконечно поддерживать Жизнь, от ее терпения сносить человеческое варварство. Единственным условием выживания современной цивилизации, по В.Р. Поттеру, – это единение биологии и гуманитарных знаний («Биология и мудрость в действии») [32, с. 107].

Сегодня биоэтика как конкретная форма «этического» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний новейших технологий, поскольку опирается на принцип «уважения прав и достоинства личности» и доктрину информированного согласия врача и пациента [35].

Однако медицинская практика значительно сложнее и менее предсказуемое, чем это прописывается в учебниках и различных нормативных документах. Конфликт «прав», «принципов», «долга», «ценностей» в профессиональной деятельности врача – суровая реальность современного общества. Каждый врач в силу своих личностных, в том числе и религиозных, убеждений опирается на тот или иной этический довод, аргумент при прогнозировании поведения.

Конечно, существующие в настоящее время биоэтические общественные организации (этические комитеты) становятся конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины в настоящее время. Именно в данном ключе надо понимать слова профессора Б.Г.Юдина о том, что биоэтику надо воспринимать

и как область знаний, и как социальный институт, формирующийся в современном обществе [7, с. 49]. Именно как социальный институт биоэтика включает этические комитеты, этические комиссии, биоэтических организаций, создание которых зафиксировано в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.). Так, в разделе III «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 16 гласит: «При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан и в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области». [26]

«Час пробил, и выбор между добром и злом у нашего порога» (Н. Винер) [9, с. 8]. Медицина продолжает развиваться. За последние 25 лет здравоохранение России прошло ряд этапов развития, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи, а также эффективное использование ресурсов. С этой целью, в частности, была разработана и принята Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [21]. Реформирование системы здравоохранения дало немалые успехи. Однако, как отметил президент В.В. Путин на заседании Совета по стратегическому развитию, «несмотря на очевидные изменения, у нас еще много, очень много нерешенных проблем» [27]. Так, согласно результатам социологического опроса, проведенного ВЦИОМ в 2015 году, треть респондентов сталкиваются в медучреждениях с грубостью, хамством, равнодушием врачей и медсестер; еще 30% – стали жертвами врачебного непрофессионализма (неверно поставлен диагноз, неправильно подобрано лечение) [10].

Проблемы медицины, характерные для страны в целом, коррелируют с болевыми точками и на Ставрополье. Наиболее остро стоит проблема медиков «без сердца» и «без души». Следующая – это вопрос о непрофессионализме медперсонала. Среди проблем центральное место занимают также взятки при оказании бесплатной медицинской помощи [36].

Недостатки функционирования системы здравоохранения сказываются на падении социального доверия к врачам, на росте неуважения к медработникам, возрастании агрессивного и жестокого поведения в отношении медиков. Это порождает все новые и новые споры по поводу сущности профессионализма врача, того **Что** должно преобладать в облике врача: долг, моральные принципы, профессиональные знания. А точнее: какая в современных условиях этическая модель лечения должна быть положена в основу медицинского образования как фундамент мировоззрения будущего Врача?

Социологическое сопровождение проблемы. В этой ситуации интересным могут считаться результаты социологического опроса будущих медиков Северо-Кавказского федерального округа¹. Цель опроса – понять, что думают студенты о своей будущей профессии, о компетенциях, которыми должен обладать врач, о соотношении узкопрофессиональных и морально-этических качеств. Согласно опросу, большинство студентов (более 70%) определяют профессию врача как призвание. Вот некоторые суждения будущих медиков: «это не столько профессия, сколько призвание», «это призвание, точнее – образ жизни, который направлен на спасение человеческих жизней», «это призвание, смысл жизни», «врач – это призвание!», «это призвание, врач – это на всю жизнь!», «это призвание, которое требует ответственности, знаний и квалифицированной подготовки», «это жизнь. Нет медика – на пенсии, Врач – на всю жизнь!». Такие взгляды молодых людей на свою будущую профессию говорят о сохранении в общественном сознании уважительного отношения к Врачу, несмотря на множество жалоб на неудовлетворительную работу медицинских учреждений и негативных отзывов о ситуациях, существующих в медицинской практике.

¹ Исследование проходило с помощью анкетирования студентов 2–3-х курсов мед. университетов Северо-Кавказского федерального округа. При отборе представителей студенчества для опросов использовалась типическая выборка, обеспечивающая представительство вузов округа, составляющих генеральную совокупность. В анкетировании приняло участие 500 студентов.

Вторым по распространенности было утверждение о том, что профессия врача – это самая гуманная профессия. Для студентов гуманизм связывается с оказанием помощи нуждающимся людям, со спасением и поддержанием их жизни, облегчением страданий. Показательным в данном аспекте являются высказывания студентов-медиков. Чаще всего дается формула «это самая гуманная профессия в мире!!!!». Кроме этого суждения использовали такие, как: «это профессия для тех, кто умеет и хочет помогать людям», «это помощь людям», «это труд на благо человечества», «шанс помогать людям», «это возможность быть нужным..», «это умение полностью отдавать себя людям». Также встречались утверждения, в которых соединялись первое и второе суждение, в частности, такие: «Профессия врача – это гуманная профессия; считаю, что это призвание».

Третьим в рейтинге было убеждение в том, что главным в профессии врача является ответственность. Такой точки зрения придерживаются примерно половина опрошенных студентов. Конечно, были ответы, свидетельствующие о знании студентами тягот и трудностей врачебной профессии. Эту сторону профессиональной деятельности отметило около трети респондентов. Из этого можно сделать вывод: молодое поколение врачей осознает многогранность своей будущей профессиональной деятельности.

В то же время, как показал последующий анализ результатов опроса, пути формирования гуманистического мировоззрения, составной частью которого является сострадание, сопереживание, милосердие, терпимость, порядочность, благоговение перед жизнью, участие, чувство справедливости и др., оказались размытыми, неопределенными и даже искаженными.

Около 90% участников опроса убеждены в том, что моральные качества врача и его этика формируются, прежде всего, через изучение медицинских клинических дисциплин, среди которых, главным образом, назывались физиология, анатомия, терапия, педиатрия, биология и т.д. В ответах имелись даже такие, где содержалось утверждение: «все дисциплины, кроме философии и прочих гумани-

тарных дисциплин». Из этой ситуации можно сделать два вывода. Во-первых, будущие врачи не понимают, что узкопрофессиональная направленность учебного процесса не наполнит профессиональную деятельность тем содержанием, о котором они говорили: гуманностью. Студенты не осознают, что гуманизм в медицине – это не белый халат и что полученный диплом о высшем медицинском образовании не делает выпускника медвуза имманентно гуманным. Во-вторых, в преподавании гуманитарных дисциплин не удается в полной мере учесть особенности медицинского образования, а именно интегрировать морально-этическое содержание данных дисциплин в медицинское образование. Актуализируется объективная необходимость в дальнейшей гуманизации и гуманитаризации медицинского образования.

В то же время среди участников опроса были и те, кто (около четверти респондентов) назвали биоэтику, психологию, педагогику, деонтологию как учебные дисциплины, формирующие морально-этическое мировоззрение у студентов. Также некоторые студенты говорили о необходимости проведения таких мероприятий (например, волонтерская или благотворительная деятельность), в ходе которых они могли бы приобретать навыки общения и взаимодействия с разным контингентом людей, развивать личностные качества, необходимые в медицинской профессии, – толерантность, милосердие, доброжелательность, отзывчивость и др.

Итак, сопоставив конкретные социокультурные условия возникновения и функционирования исторических морально-этических моделей мировой медицины и современную ситуацию в системе здравоохранения России, в том числе результаты социологического опроса будущих врачей, можно констатировать, что развитие медицинского образования идет по узкопрофессиональной колее с акцентом на нормативно-правовой дискурс, основным принципом которого – нормативно-правовое «уважение прав и достоинства человека». Но общеизвестно, что юридический контекст снижает морально-этический. Это означает, что необходимо расширить морально-этическую составляющую профессии врача.

Социальная практика показывает, что гуманистическое мировоззрение не формируется в ходе практической врачебной деятельности, а лишь укрепляется и развивается. Врач должен переступить порог медицинского учреждения уже «прирожденным врачом» (Ф. Ницше). Это тем более важно, как считают эксперты, в условиях дальнейшей специализации и дифференциации в системе здравоохранения, что вынуждает врачей сосредоточиваться на конкретных патологических процессах. В результате во многих из них постепенно утрачивается представление о больном как о личности, что объективно приводит к некой деформации морально-этического самосознания и поведения медицинского персонала. Целостное восприятие пациента нарушается, моральная ответственность за выздоровление разделяется между многочисленными специалистами, которые так или иначе становятся причастными к лечению больного [40. с. 204–225].

Кроме того, актуализируется потребность в восстановлении социального доверия к врачу как специалисту гуманной профессии. Сегодня сохраняется господство биоэтической модели взаимоотношения «врач-пациент», но надо иметь в виду, что «уважение прав и достоинства человека» в реальности может быть только при устойчивом морально-этическом самосознании медика, сформированном гуманистическом мировоззрении. А формирование морально-этических гуманно-нравственных начал у будущих медиков, как уже отмечалось, возможно только в вузе, а еще лучше – в рамках школьного образования. Таким образом, в современном медицинском образовании необходимо усилить философско-этический гуманитарный блок. В этом плане актуальными становятся вопросы, поднятые еще в XIX веке русским врачом и писателем В.В. Вересаевым: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики». Пояснял ученый такую ситуацию, прежде всего, тем, что специально-корпоративная врачебная так называемая этика занимается лишь нормированием взаимоотношений врачей с пациентами и между собой. В сложившихся условиях, утверждает Вересаев, «необходима этика в широком, философском смысле». Для создания настоящей медицинской этики, по его мнению, все узкие вопросы

врачебной практики следует философски осмысливать, а именно с философской точки зрения [8, с. 285].

Кроме того, в условиях некоторой профессиональной деформации современных медицинских работников, когда огромное число претензий люди предъявляют к моральным качествам медиков, важным становится задача – научить будущих врачей искусству сострадания. Еще Ф. Бэкон убеждал, что долг врача – не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, а и в том, чтобы облегчать причиняемые болезнями страдания и мучения [6, с. 371]. В этом контексте актуализируются вопросы как о восстановлении социального доверия общества к врачам, так и об усилении индивидуального этико-психологического подхода к пациентам.

Заключение

Современную ситуацию в российском здравоохранении можно охарактеризовать как кризисную с точки зрения дефицита социального доверия практикующему медику, с одной стороны, и частичной деформации морально-этических качеств врача, с другой. В этих условиях возникла объективная потребность в расширении в образовательном пространстве предметного поля морально-этических принципов клятвы Гиппократова «не навреди» и наказа Парацельса «делай добро», которые в единстве могли бы обеспечить восстановление престижности профессии врача. Они по-прежнему сохраняют свое философское значение и морально-этическую ценность и представляют собой нравственный закон, аксиологическую установку, которым должен руководствоваться и студент-медик, и практикующий врач. Следует вести речь: 1) о расширении перечня гуманитарных дисциплин в учебном процессе, например, включение «социологии медицины», дающей возможность постичь закономерности развития современной системы здравоохранения, или «психологии общения», обеспечивающей формирование культуры взаимоотношений между людьми, языка общения и коммуникативных навыков; 2) о возрождении традиций отечественной медицинской школы и медицинского образования, неотъемлемой

частью которой является серьезная общекультурная подготовка врача (знание латыни, логики и т.д.); 3) о создании гуманитарной и поликультурной среды в вузе, предполагающей самореализацию и самоопределение личности студента в студенческом коллективе как гуманной личности. Игнорирование этих факторов неизбежно будет усиливать дегуманизирующий потенциал социальной практики, а следовательно, рост недоверия к отечественной медицине и снижение престижа медицинской профессии.

Список литературы

1. Августин А. Проповедь 81 // Вестник древней истории. 2009. № 1. С. 260–267.
2. Аксенов В. Исторические модели биомедицинской этики : электронная версия. URL: http://chel-pravoslavie.ru/index_3_5.html (дата обращения: 22.06.2017).
3. Андреев И.Л., Назарова Л.Н. Философско-социологические проблемы психического здоровья // Социс. 2016. № 4. С. 111–118.
4. Аюрведе: электронная версия // Портал медицины. URL: <http://meditation-portal.com/ajurveda/> (дата обращения: 22.06.2017).
5. Боженькина С.А. Врачебная профессия как категория социальной философии // Вестник Майкопского государственного технологического университета. 2013. № 2. С. 33–36.
6. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук // Бэкон Ф. Сочинения. В 2 т. Т. I. М.: Мысль (Философское наследие), 1971. С. 87–546.
7. Введение в биоэтику / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 382 с.
8. Вересаев В.В. Записки врача // Вересаев В.В. Собр. соч. В 4 т. Т.1. М.: Правда, 1985. 448 с.
9. Винер Н. Кибернетика и общество. М.: Изд-во иностр. лит., 1958. 200 с.
10. ВЦИОМ выявил основные проблемы россиян при обращении за медпомощью: электронная версия. URL: http://www.przrf.ru/news/full/main_news/VTCIOM-vyyavil-osnovnyye-problemy-rossiyan-pri-obrashenii/ (дата обращения: 22.06.2017).

11. Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. Минск: Современный литератор, 1998. 832 с.
12. Гриценко Г.Д., Часовская Л.А. Подростающее поколение как группа риска в современном российском обществе. Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2009. 149 с.
13. Жильсон Э. Разум и откровение в Средние века // Богословие в культуре Средневековья: хрестоматия. Киев: Путь к истине, 1992. 48 с.
14. Заболотная С.Г. Ценностное самоопределение будущего врача в медицинской профессии // Современные проблемы науки и образования: электронный журнал, 2016. № 4. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24971> (дата обращения: 21.06.2017).
15. Законы вавилонского царя Хаммурапи: электронная версия. URL: <http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/hammurap.htm> (дата обращения: 22.06.2017).
16. Зубок Ю.А., Чупров В.И. Отношение молодежи к образованию как фактор повышения эффективности подготовки высококвалифицированных кадров // Социс. 2012. № 8. С. 103–111.
17. Иваницкий Г.Р. Найдутся ли ответы? // Знак вопроса. 1989. № 6. 48 с.
18. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине: философские очерки. М.: Медицина, 1990. 224 с.
19. Казарина-Волшебная Е.К., Комиссарова И.Г., Турченко В. Н. Парадоксы трансформации ценностных ориентаций российской молодежи // Социс. 2012. № 6. С. 121–126.
20. Карпикова И.С. Качество и доступность медицинских услуг: мнение населения и специалистов сферы здравоохранения // Социс. 2015. № 6. С. 53–57.
21. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.: электронная версия. URL: http://nrma.ru/Reform/zdr_concepttion_2020.shtml (дата обращения: 01.04.2016).
22. Ксенофонт. Воспоминания о Сократе. М.: Наука, ИФ РАН, 1993. 592 с.
23. Леон Р.К. Нестареющие тела, счастливые души: биотехнологии в погоне за совершенством // Вызов познанию. Стратегии развития науки в современном мире: сб. трудов. М.: Знание. 2004. С. 282–308.

24. Модели медицинской этики: электронная версия // Министерство здравоохранения Республики Крым: офиц. сайт. URL: <http://mzdrav.rk.gov.ru/rus/info.php?id=604851> (дата обращения: 22.06.2017).
25. Обухов А. Этика жизни или биоэтика. Современные ее проблемы // Сибирский медицинский журнал. 2005. Т. 58. № 8. С. 100–104.
26. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011): электронная версия. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/ (дата обращения: 22.06.2017).
27. Острые проблемы здравоохранения обсудили на Совета по стратегическому развитию с президентом: электронная версия. URL: http://www.1tv.ru/news/2017-03-21/321982-ostrye_problemy_zdravooxraneniya_obsudili_na_sovete_po_strategicheskomu_razvitiyu_s_prezidentom (дата обращения: 22.06.2017).
28. Павленко Е.В., Петрова Л.Е. О готовности врачей к использованию новейших информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении // Социс. 2016. № 4. С. 103–110.
29. Парацельс Т. фон Х. Магический Архидокс : электронная версия. URL: <http://www.klex.ru/7vx> (<http://www.koob.ru/paracelsus/>) (дата обращения: 22.06.2017).
30. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Медгиз, 1956. 84 с.
31. Послание Иакова. Гл.1. 17 // Деяния св. Апостолов: электронная версия. URL: <https://www.bibleonline.ru/bible/rus/45/01/> (дата обращения: 22.06.2017).
32. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев: Держава, 2002. 216 с.
33. Преподобный Максим Исповедник. Творения. В 2 к. Кн. 1. М.: Мартис, 1993. 634 с.
34. Преподобный Нектарий Оптинский: электронная версия. URL: http://www.optina.ru/starets/nektariy_life_short/ (дата обращения: 22.06.2017).
35. Семенова О.А. Биоэтика как средство развития социально-профессиональной ответственности студентов медицинских вузов // Вестник Университета (Государственный университет управления). 2012. № 16. С. 252–255.

36. Семенова О.А. Региональные СМИ о проблемах здравоохранения и путях их решения // Медиачтения СКФУ: сборник научных статей Всероссийского научного семинара / Отв. ред. О.И. Лепилкина, А.М. Горбачев. Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2016. С. 169–175.
37. Семенова О.А., Агафонова Е.С., Попова Е.В. Духовно-нравственное воспитание студентов-медиков как один из основных компонентов развития личности будущего специалиста // Современные траектории образовательного процесса в медицинском вузе: сборник трудов I-ой Международной научно-практической конференции (Ставрополь, 13 марта 2016 г.). Ставрополь: Изд-во СтГМУ. 2016. С. 260–264.
38. Силуянова И.В. Человек и болезнь. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2001. 208 с.
39. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический проект, 2003. 304 с.
40. Хрусталеv Ю.М. Философско-этические проблемы медицины: общий курс философии. В 2 т. Т 2. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. 448 с.
41. Чирикова А.Е. Этика взаимодействия врачей друг с другом: анализ неформальных практик // Социс. 2015. № 4. С. 113–120.
42. Энциклопедия мысли: сб. афоризмов и изречений от древности до наших дней / Сост. И.Б. Беляева. СПб.: Респекс, 2000, 590 с.
43. Этика в клинической психологии: электронная версия // Медицинский портал. URL:<http://www.eurolab.ua/balance-and-stress/3773/31465/> (дата обращения: 22.06.2017).
44. Юнг К.Г. Дух Меркурий // Собр. соч. В 4 тт. Т. 4. М.: Канон, 1996. С. 164–185.
45. Ядова М.А. Современное и традиционное в ценностях постсоветской молодежи // Социс. 2012. № 1. С. 114–125.

References

1. Avgustin A. *Vestnik drevnej istorii* [Journal of Ancient History], 2009, no. 1, pp. 260–267.
2. Aksenov V. *Istoricheskie modeli biomedicinskoj jetiki* [Historical models of biomedical ethics]. http://chel-pravoslavie.ru/index_3_5.html (accessed: June 22, 2017).

3. Andreev I.L., Nazarova L.N. *Sociological research* [Sociological Studies], 2016, no. 4, pp. 111–118.
4. *Ajurvede*. Portal mediciny. <http://meditation-portal.com/ajurveda/> (accessed: June 22,2017).
5. Bozhen'kina S.A. *Vestnik Majkopskogo gosudarstvennogo tehnologicheskogo universiteta* [Bulletin of Maikop State Technological University]. 2013, no. 2, pp. 33–36.
6. Bjekon F. *O dostoinstve i priumnozhenii nauk* [On the dignity and augmentation of the sciences]. Bjekon F. *Sochinenija* [Compositions]. V. I. Moscow: Mysl' (Filosofskoe nasledie), 1971, pp. 87–546.
7. *Vvedenie v biojetiku* [Introduction to Bioethics]. Ed. B.G. Judin. Moscow: Progress-Tradicija, 1998. 382 p.
8. Veresaev V.V. *Zapiski vracha* [Notes of a doctor]. Veresaev V.V. *Sobr. soch.* [Compositions]. V.1. Moscow: Pravda, 1985, 448 p.
9. Viner N. *Kibernetika i obshhestvo* [Cybernetics and Society]. Moscow: Izd-vo inostr. lit., 1958. 200 p.
10. *VCIOM vyjavil osnovnye problemy rossijan pri obrashhenii za medpomoshh'ju* [The All-Russian Public Opinion Research Center has identified the main problems of Russians in applying for medical help]. http://www.przrf.ru/news/full/main_news/VTCIOM-vyjavil-osnovnye-problemy-rossijan-pri-obrashhenii/ (accessed: June 22,2017).
11. Gippokrat. *Kljatva. Zakon. O vrache. Nastavlenija* [Oath. Law. About the doctor. Instructions]. Minsk: Sovremennyj literator, 1998, 832 p.
12. Gricenko G.D., Chasovskaja L.A. *Podrastajushhee pokolenie kak grupa riska v sovremennom rossijskom obshhestve* [The younger generation as a risk group in modern Russian society]. Stavropol: Izd-vo SGPI, 2009, 149 p.
13. Zhil'son Je. *Bogoslovie v kul'ture Srednevekov'ja* [Theology in the Culture of the Middle Ages]. Kiev: Put' k istine, 1992, 48 p.
14. Zabolotnaja S.G. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija* [Modern problems of science and education]. 2016, no. 4. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24971> (accessed: June 22,2017).
15. *Zakony vavilonskogo carja Hammurapi* [Laws of the Babylonian king Hammurabi]. <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/hammurap.htm> (accessed: June 22,2017).

16. Zubok Ju.A., Chuprov V.I. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2012, no. 8, pp. 103–111.
17. Ivanickij G.R. *Znak voprosa*. 1989, no. 6, 48 p.
18. Ivanjushkin A.Ja. *Professional'naja jetika v medicine: filosofskie ocherki* [Professional ethics in medicine: philosophical essays]. Moscow: Medicina, 1990, 224 p.
19. Kazarina-Volshebnaja E.K., Komissarova I.G., Turchenko V.N. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2012, no. 6, pp. 121–126.
20. Karpikova I.S. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2015, no. 6, pp. 53–57.
21. *Koncepcija razvitija sistemy zdravoohraneniya v Rossijskoj Federacii do 2020 g.* [The concept of development of the health system in the Russian Federation until 2020]. http://nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtm (accessed: June 22, 2017).
22. Ksenofonot. *Vospominanija o Sokrate* [Memories of Socrates]. Moscow: Nauka, IF RAN, 1993, 592 p.
23. Leon R.K. *Vyzov poznaniyu. Strategii razvitija nauki v sovremennom mire* [Challenge to knowledge. Strategies for the development of science in the modern world]. Moscow: Znanie. 2004, pp. 282–308.
24. *Modeli medicinskoj jetiki: jelektronnaja versija* [Models of medical ethics: electronic version]. <http://mzdrav.rk.gov.ru/rus/info.php?id=604851> (accessed: June 22, 2017).
25. Obuhov A. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2005, T. 58, no. 8, pp. 100–104.
26. *Osnovy zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii ob ohrane zdorov'ja grazhdan* (utv. VS RF 22.07.1993 N 5487-1) (red. ot 07.12.2011) [fundamentals of the legislation of the Russian Federation on the protection of public health (approved by the RF Armed Forces on 22.07.1993 No. 5487-1) (as amended on 07.12.2011)]. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/ (accessed: June 22, 2017).
27. *Ostrye problemy zdravoohraneniya obsudili na Soveta po strategicheskomu razvitiju s prezidentom* [Acute health problems were discussed at the Council for Strategic Development with the president]. http://www.1tv.ru/news/2017-03-21/321982-ost-rye_problemy_zdravoohraneni-

- ya_obsudili_na_sovete_po_strategicheskomu_razvitiyu_s_prezidentom (accessed: June 22, 2017).
28. Pavlenko E.V., Petrova L.E. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2016, no. 4, pp. 103–110.
29. Paracel's T. fon H. *Magicheskij Arhidoks*. <http://www.klex.ru/7vx> (<http://www.koob.ru/paracelsus/>) (accessed: June 22, 2017).
30. Petrov N.N. *Voprosy hirurgicheskoy deontologii* [Questions of surgical deontology]. Leningrad: Medgiz, 1956, 84 p.
31. Poslanie Iakova. Gl.1. 17 Dejanija sv. Apostolov. <https://www.bibleonline.ru/bible/rus/45/01> (accessed: June 22, 2017).
32. Potter V.R. *Biojetika: most v budushhee* [Bioethics: a bridge to the future]. Kiev: Derzhava, 2002, 216 p.
33. *Prepodobnyj Maksim Ispovednik. Tvorenija* [The Monk Maximus the Confessor. Creations]. Book 1. Moscow: Martis, 1993, 634 p.
34. *Prepodobnyj Nektarij Optinskij* [The Monk Nektarius Optina]. http://www.optina.ru/starets/nektarij_life_short/ (accessed: June 22, 2017).
35. Semenova O.A. *Vestnik Universiteta (Gosu-darstvennyj universitet up-ravlenija)*. 2012, no. 16, pp. 252–255.
36. Semenova O.A. *Regional'nye SMI o problemah zdravoohranenija i putjah ih reshenija. Mediachtenija SKFU: sbornik nauchnyh statej Vserossijskogo nauchnogo seminara* [Media reading of SKFU: a collection of scientific articles of the All-Russian scientific seminar]. Ed. O.I. Lepilkina, A.M. Gorbachev. Stavropol: Izd-vo SKFU, 2016, pp. 169–175.
37. Semenova O.A., Agafonova E.S., Popova E.V. *Duhovno-nravstvennoe vospitanie studentov-medikov kak odin iz osnovnyh komponentov razvitija lichnosti budushhego specialista. Sovremennye traektorii obrazovatel'nogo processa v medicinskom vuze: sbornik trudov I-oj Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (Stavropol, 13 marta 2016g.)* [Modern trajectories of the educational process in a medical college: a collection of works of the First International Scientific and Practical Conference (Stavropol, March 13, 2016)]. Stavropol: Izd-vo StGMU. 2016, pp. 260–264.
38. Silujanova I.V. *Chelovek i bolezn'* [Man and disease]. Moscow: Izd-vo Sretenskogo monastyrja, 2001, 208 p.

39. Solozhenkin V.V. *Psichologicheskie osnovy vrachebnoj dejatel'nosti* [Psychological bases of medical activity]. Moscow: Akademicheskij proekt, 2003, 304 p.
40. Hrustalev Ju.M. *Filosofsko-jeticheskie problemy mediciny: obshhij kurs filozofii* [Philosophical and ethical problems of medicine: the general course of philosophy]. V. 2, Moscow: GOU VUNMC M3 RF, 2003, 448 p.
41. Chirikova A.E. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2015, no. 4, pp. 113–120.
42. *Jenciklopedija mysli* [Encyclopedia of thought]: sb. aforizmov i izrechenij ot drevnosti do nashih dnei. Sost. I.B. Beljaeva. St. Petersburg: Respeks, 2000, 590 p.
43. *Jetika v klinicheskoi psihologii: jelektronnaja versija* [Ethics in clinical psychology]. <http://www.eurolab.ua/balance-and-stress/3773/31465/> (accessed: June 22, 2017).
44. Jung K.G. *Duh Merkurij* [Spirit of Mercury]. V. 4, Moscow: Kanon, 1996, pp. 164–185.
45. Jadova M.A. *Sociological research* [Sociological Studies]. 2012, no. 1, pp. 114–125.

ДААННЫЕ ОБ АВТОРЕ

Семенова Ольга Андреевна, доцент кафедры философии и гуманитарных дисциплин, кандидат педагогических наук
Ставропольский государственный медицинский университет
ул. Мира, 310, г. Ставрополь, Ставропольский край, 355017,
Российская Федерация
semenova352977@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHOR

Semenova Ol'ga Andreyevna, Associate Professor, Department Philosophy and Humanitarian Disciplines, Ph.D. in Pedagogy
Stavropol State Medical University
310, Mira Str., Stavropol, Stavropol Territory, 355017, Russian Federation
semenova352977@mail.ru