

Е. А. Бороздина

ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ РОССИЙСКОГО ВРАЧА: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Рассматриваются нормы медицинской этики как части широкого социального контекста. Форму исследованная сосредоточен на изучении тех трансформаций, которые российская врачебная мораль претерпела в свете социально-политических преобразований 1990-х гг. Выводы, касающиеся в работе, сделаны на основе анализа изданных в нашей стране монографий, учебников и научных статей по медицинской социологии и медицинской этике.

Ключевые слова: социология медицины, медицинская этика, здравоохранение в России.

Наряду с формальными правилами, закрепленными в правовых актах, принципы медицинской морали являются важными историчным регуляторами врачебной деятельности. Преподлаваясь студентам-медикам в соответствующих курсах и содержащиеся во многих медицинских текстах, эти нормы формируют своеобразную идеологию, говорящую о том, что значит быть «хорошим врачом» в данном обществе и в данный момент времени. Как отмечают преподаватели Чикагской школы, занимающиеся социологией профессии, положения врачебной этики в каком-то смысле являются даже более значимыми для докторов, чем приказы и нормативы, установленные государственным органами [1; 2]. По мнению Эндрю Эбботта, это связано с тем, что именно следование правилам профессиональной этики определяет социальный статус специалиста: его положение в обществе в целом и его место внутри профессионального сообщества [1, С. 872]. Так, высокий уровень общественного признания врачебной деятельности тесно связан с идеей об особой миссии медиков. Схожие моральные представления определяют и место врача внутри профессиональной иерархии: чтобы заслужить уважение коллег, доктор должен ответственно относиться к своей работе, беспокоиться о благополучии больных, соблюдать требования корпоративной этики.

В результате врачебная мораль, принципы которой зачастую носят неформальный характер, оказывается основным регулятором того, как медики на последнем уровне воплощают свои профессиональные обязанности. Ее положения во многом влияют на порядок оказания медицинских услуг населению, на специфику отношений между доктором и пациентом и, в конечном счете, на качество врачебной помощи.

Но, несмотря на столь большое социальное значение медицинской этики и морали, данной проблематике посвящено сравнительно малое число социологических исследований. В последние десятилетия в условиях модернизации российской медицины многие ученые – историки, социологи, экономисты, юристы – заинтересовались проблемами правоприменения и правоприменения в данной сфере [3, 4]. Однако социальные аспекты трансформации профессиональной медицинской этики остались слабо представленными в науч-

ной литературе. Большая часть публикаций, посвященных вопросам врачебной морали в России, имеет описательный и оценочный характер. Они являются, не столько научными исследованиями, сколько учебными пособиями, которые сами транслируют определенные моральные нормы.

Настоящая работа призвана восполнить недостаток знаний в данной области. Ее цель заключается в анализе основных принципов отечественной врачебной морали как составляющей более широкого социального контекста. В частности, мы постараемся проследить взаимосвязь между изменениями норм медицинской этики и теми трансформациями, которые претерпевало российское общество во второй половине XX – начале XXI века. Для реализации этой цели мы обратимся к рассмотрению публикаций по медицинской этике и медицинской социологии, написанных на русском языке и изданных на территории Советского Союза/России в период после 1944 года¹. Поскольку количество таких текстов весьма велико, настоящая статья основывается, прежде всего, на анализе «стандартных» публикаций по медицинской этике и деонтологии – книг, написанных признанными врачами своего времени, а также учебников, вошедших в программу соответствующих курсов в медицинских вузах. Всего было проанализировано 20 изданий.

Методологической базой работы выступает критический дискурс-анализ в трактовке Нормана Фэркло [5]. Это означает, что данное исследование сосредоточено, во-первых, на рассмотрении дискурсивных практик, определяющих специфику производства и протекания текстов по медицинской этике и деонтологии, и, во-вторых, на изучении того социального контекста и той идеологии, в рамках которых эти тексты были созданы.

Медицинская деонтология – учение о долге советского врача

Проблемы профессиональной морали и этики были предметом рефлексии врачей, начиная с самых ранних этапов становления медицины как особого социального института. Российское здравоохранение не является исключением. Уже на первых стадиях формирования профессионального сообщества медиков в период земской медицины – вопросы врачебной этики и врачебного долга стали одной из важных тем обсуждения в среде специалистов. К началу XX века в нашей стране уже существовал определенный корпус текстов, написанных врачами-клиницистами, уже определившие основные принципы медицинской морали, давались руководства о том, как быть «хорошим» врачом.

В этом смысле советское учение о врачебном долге, которое в большей степени интересует нас в данной статье, возникло не на пустом месте, но явилось продолжением прешествующих попыток сформулировать свод этических норм для представителей медицинской профессии. Вместе с тем первые организаторы советского здравоохранения подчеркивали, что врачебная мораль неизбежно отражает господствующие производственные отношения,

¹ В 1944 году в Ленинграде была издана книга Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии». Эта публикация являла в научный оборот термины «медицинская деонтология», а также положила начало становлению на территории Советского Союза медицинской деонтологии (позднее медицинская этика) как самостоятельной дисциплины.

политику и идеологию. В силу этого мораль советского врача неизбежно должна была отличаться «от классовой морали буржуазных докторов». Как писал первый нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко: «Этика советского врача — это этика советской социалистической Родины, это — этика строителя коммунистического общества, это — коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких этических принципов Советского Союза» [6, С. 93].

Для того чтобы подчеркнуть данное отличие советской врачебной морали от «буржуазной» медицинской этики, в научный оборот был введен специальный термин — «медицинская деонтология». Под медицинской деонтологией, в широком смысле слова, подразумевалось учение о врачебном долге, долге перел больными, перед коллегами, перед страной и человечеством [7, С. 3]. Таким образом, эта дисциплина была призвана стать учением о морали советского врача как ориентированной на служение советскому народу, а не на защиту сословных и личных интересов самих докторов [8, С. 23].

Первой работой по медицинской деонтологии, которая заложила основы данной дисциплины в Советском Союзе, считается выпущенная в 1944 году книга хирурга-онколога, академика АМН СССР Н.Н.Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» [9]. Уже на примере этого текста мы можем увидеть ключевые особенности советской медицинской деонтологии как учения о нормативном поведении врача. В первую очередь среди таких особенностей следует назвать прагматический характер медицинской деонтологии, ее тесную связь с врачебной практикой.

Медицинская деонтология основывалась на идее о том, что в работе врача ключевую роль играет специфичность его/ее специализации, специфичность учреждения, где он/она работает, специфичность каждой болезни и каждого пациента. Исходя из этого, авторы, публиковавшие руководства по данной дисциплине, не стремились представить некий свод универсальных моральных правил, но зачастую давали ряд практических рекомендаций, приводя примеры из собственного опыта профессиональной деятельности. Так, уже само название книги Петрова подчеркивает, что изложены в ней принципы соответствующих особенностям работы докторов определенной специальности, а именно хирургов. Текст книги изобилует описанием практических деталей труда этих врачей. Когда следует начинать готовить больного к операции (пересекать, брать анализы и т.д.), когда нужно проводить сто в операционную, как должна выглядеть операционная, кто и когда должен посещать больного после оперативного вмешательства — эти и другие вопросы, касающиеся исполнения рутинных профессиональных обязанностей хирурга, раскрываются в анализируемой нами книге.

Еще одним значимым положением, свойственным советской медицинской деонтологии и выделяющимся в книге Петрова, являлась мысль о том, что врач и больной — это, прежде всего, конкретные люди, находящиеся в ситуации сопричастности, а не абстрактные институционально заданные пози-

ции. «Большой — это всегда человеческая личность со всеми ее сложными, неразрешившими, а иногда не безличными случаями» — так автор описывал нормативное отношение к пациенту с точки зрения медицинской деонтологии [9, С. 20]. В рамках подобной трактовки профессиональной деятельности медика следовало придерживаться схематичных и универсальных нормам морально не одобрялось, воспринималось как позорное «якобы» врача. Известный советский терапевт и гематолог, академик АМН СССР Исидор Абрамович Кассирский отмечал: «Схемы нужны только плохим врачам» [10, С. 108]. Другой известный советский врач Александр Федорович Билбин, заведующий кафедрой инфекционных болезней РГМУ (1950—1978), академик АМН СССР также весьма красноречиво высказывался на данную тему: «Врач, считающий, что для своей работы нужно знать только инструкции, уже не врач [...] Он при всех обстоятельствах не должен превращаться в «научного робота» [11, С. 44].

Анализируя руководство по медицинской деонтологии, можно выделить также следующие ключевые принципы данной дисциплины, заданные господствовавшими в обществе идеологическими установками. Прежде всего, здесь следует сказать об особенностях понимания такой важной для сферы здравоохранения категории, как «здоровье». Здоровье советского гражданина рассматривалось в официальном дискурсе не в качестве индивидуального блага, но в качестве одного из важнейших богатств страны и своеобразного ресурса, необходимого для ее индустриализации. «С точки зрения социальной ценности, здоровье — важнейший фактор развития производства и повышения производительности труда», — читаем мы в двухтомном издании по медицинской деонтологии [12, Т. 1, С. 11]. Ответственность за сохранение и преумножение этого специфического ресурса, в лучших традициях советского патернализма, государство брало на себя. Вернее, оно делегировало ее отдельной группе своих представителей — медицинским специалистам, вследствие чего врачи воспринимались не как наемные работники, предоставляющие определенные услуги в обмен на соответствующее вознаграждение, но как люди, выполняющие долг перед Родиной.

Советская медицинская деонтология в этой ситуации формировалась как учение о долге медработника перед больными, народом и государством. Врач в ней был тем, кто транслирует патерналистскую заботу государства своим пациентам. В качестве примера здесь можно привести определение медицинской деонтологии, изложенное в уже упомянутом выше сборнике под редакцией Петровского: «*Прежде всего деонтология понимается советскими медицинскими работниками как учение о долге, о высоком гуманном долге не только перед больными, но и перед народом. [...] Деонтология должна рассматриваться как наука о моральном, этическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу — заботе о здоровье человека*» [12, Т. 1, С. 21].

Интересно, что профессиональная деятельность врача в текстах по медицинской деонтологии постоянно приравнивалась к воинской службе. Авторы подчеркивали, что и медики, и военные защищают жизни советских граждан, будучи каждую минуту готовыми вступить в бой с новой угрозой [13, С. 117]. Для описания повседневной работы докторов в руководствах зачастую ис-

¹ Книга «Вопросы хирургической деонтологии» была перепечатана пять раз. В настоящей работе мы ссылаемся на текст последнего, пятого издания.

пользовалась военная риторика. Врачи характеризовались как те, кто «высоко несет знамя долга и гуманизма», «отдает свою жизнь для спасения тысяч простых людей» и т.п. При этом, как мы можем увидеть на примере следующих цитат, рутинный труд советского врача именовался подвигом, а подвиг в свою очередь, утверждался как некая повседневная норма профессиональной деятельности специалиста: «*Несведущенные, земные подвиги суровых тружеников от медицины также украсивают высокое знамя долга и гуманизма, которое они несут всю жизнь в своих руках — руках, спасших и спасающих тысячи и миллионы простых людей*» [10, С. 35]. «*Подвиг, самопожертвование, служение долгу рассматривались в отечественной медицине как норма поведения врачей*» [14, С. 19].

Таким образом, работа врача утверждалась в качестве совершенно особой профессиональной деятельности, в значительной степени подвергнутой морализации и идеологизации. От ее представителей ожидалось не просто выполнение своих должностных обязанностей, но самоотверженное служение. «Врачевание — сфера служения, а не обслуживания» — так образно была выражена данная мысль в одной из проанализированных нами книг [15, С. 47].

Этика российского врача: от риторики долга к риторике либеральных прав

Начиная с 90-х годов прошлого века, по мере ухода от советского наследия и интеграции страны в международное сообщество риторика медицинской деонтологии в руководствах для медицинского персонала стала смениться риторикой медицинской этики, или биоэтики. В этом смысле интересно проследить, как изменились названия учебных пособий, посвященных моральным основам медицинской помощи. Работы, изданные в период с 1940-х по 1970-е гг., говорят в своем названии о деонтологичности (Н.Н. Петров «Вопросы хирургической деонтологии», А.Ф. Билибин «Горизонты деонтологии», Е.И. Лихтенштейн «Помнить о больном. Пособие по медицинской деонтологии» и др.). Начиная с середины 1980-х гг., «этика» и «деонтология» начинают соседствовать в названиях книг и методических руководств (А.А. Грандо «Врачебная этика и медицинская деонтология», А.А. Эльгаров «Медицинская этика и деонтология» и др.). А уже к 1990-м гг. «этика» и «биоэтика» окончательно вытесняют «деонтологично» в заглавиях публикаций (Яровинский «Лекции по курсу «медицинская этика», Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко «Введение в биоэтику» и др.).

Б.Г. Юдин и П.Д. Тищенко отмечают, что становление медицинской этики (биоэтики) как новой дисциплины, посвященной вопросам врачебной морали, было связано с рядом тенденций в развитии медицинской науки и общества в целом. К таким тенденциям они относят: 1) появление и распространение новых медицинских технологий; 2) коммерциализацию медицины, восприятие ее как сферы услуг и соответствующее изменение требований к медицинским профессионалам; 3) развитие доктрины прав человека, новое понимание характера взаимоотношений врача и пациента [16, С. 11]. Далее мы более подробно остановимся на том, какое влияние на медицинскую мораль оказала каждая из этих тенденций.

Итак, говоря о первой из них, связанной с развитием новых медицинских технологий, можно отметить очевидные перемены в тематическом содержании руководств, посвященных этическим проблемам медицины. Трансдисциплинология, медицинская генетика, вспомогательные репродуктивные технологии — эти новые отрасли медицинской деятельности поставили перед практикующими врачами и учеными массу вопросов морального характера. Когда именно можно считать, что пациент безнадежен и пора отключать аппарат, поддерживать существующие его органы? Эти и многие другие проблемы оказались в центре внимания текстов, посвященных врачебной этике.

Здесь стоит подчеркнуть, что если для деонтологических текстов было характерно обоснование неких общих принципов взаимодействия врача и пациента, то медицинская этика сосредоточилась на рассмотрении того, как возможно принятие моральных решений в специфических проблемных ситуациях. В качестве таковых в большей части случаев выступают ситуации столкновения неких базовых принципов правового характера. Так, при решении вопроса об искусственном прерывании беременности право человека (заражда) на жизнь вступает в противоречие с правом женщины на то, чтобы распоряжаться своим телом. При решении вопроса о том, следует ли сообщать тяжело больному пациенту всю правду о его состоянии, право человека на получение информации о своем здоровье вступает в противоречие с одной из ключевых принципов медработника — «не навреди». В этом смысле этические правила представляют собой своеобразный стандарт, показывающий, какому моральному требованию нужно отдать предпочтение в ситуации определенного типа. Об этом мы можем прочитать в одном из учебных пособий по медицинской этике для студентов медицинских вузов: «... на уровне конкретных решений и поступков люди чаще всего действуют спонтанно, инстинктивно, руководствуясь сложившимися стереотипами и прошлым опытом [...] Однако уже на этом уровне возникает ситуация, требующие морально осознанного выбора, и тогда для осознанного выбора требуется апеллировать к этическим правилам. Каждое из этих правил можно рассматривать как профессиональную, техническую норму деятельности врача» [16, С. 37].

Обращаясь ко второму фактору, определившему перемены во врачебной морали, а именно к коммерциализации сферы здравоохранения, ее переходу от модели государственного патернализма к рыночной модели, можно вспомнить слова известного эстонского гастроэнтеролога, доктора медицинских наук Натана Владимировича Эльштейна. В своей работе по медицинской деонтологии «Диалог о медицине», изданной в конце 80-х гг., он писал следующее: «*Этика отношений между врачом и пациентом в капиталистическом обществе отражает в основном отношения продавца и покупателя*» [17, С. 9]. Если отвлечься от критического ангажированного пафоса, который стоит за этим высказыванием, то с ним трудно не согласиться. Действительно, медицинская этика, пришедшая на смену медицинской деонтологии, перестала рассматривать профессиональную деятельность врача как нечто совершенно особое, как служение и подвиг. Оказание медицинской помощи начало восприниматься как один из видов услуг, как отношения, обу-

словленные определенным формальным договором между лицами, которые стремятся к обеспечению собственного блага.

Медицина в этом случае стала определяться как «тип социальных отношений, предпологающих определенные обязательства по обеспечению блага — это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, т.е. потребителем услуг профессионала, с другой» [16, С. 61]. Речь здесь уже не идет о заботе и соучастии как основании взаимодействия между врачом и больным. Оба они в современных условиях по медицинской этике описываются как автономные и рациональные экономические акторы, стремящиеся максимизировать собственную пользу и минимизировать издержки. Медработник более не вынужен посителем патерналистской государственной заботы, да и само государство выступает уже не в качестве источника отеческой опеки о гражданах, но в роли внешнего гаранта прав и свобод равноправных участников взаимодействия.

Это позволяет нам перейти к третьей характерной черте современной российской медицинской этики — ее ориентации на нормы права и юридическую логику. Как уже отмечалось, выше, особенностью этики, по сравнению с деонтологией, является акцент на специфических ситуациях реализации прав и обязанностей врача и пациента, а не на рутинных отношениях между ними. Медицинская этика в этом смысле представляет собой свод универсальных правил, дополнительных по отношению к существующему законодательству и подспорных по схожести с ним схеме. Подобная природа положенной врачебной этики подтверждается тем, что многие из них со временем утверждаются государством в качестве действующих законов, что трудно было бы представить по отношению к принципам деонтологии. О сходстве между нормами медицинской этики и законодательными нормами читаем в работе Д.Д. Венедиктова и Б.М. Чеканова из сборника «Биомедицинская этика»: «И этика, и законодательство регулируют, в принципе, одни и те же вопросы — взаимные обязательства и права врачей, пациентов и общества по отношению друг к другу; условия оказания медицинской помощи, качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и другие вопросы [...] Этика опережает законы, законы закрепляют то, что уже сложилось и апробировано этикой» [18, С. 24].

Стоит отметить, что с появлением новых этических вызовов (транс-плантология, эвтаназия, ПРТ и т.д.) повседневные проблемы, которые возникают в ходе медицинской практики и которые прежде предлагалось решать посредством «врачебной чуткости» или «врачебного участия», никуда не исчезли. Однако их осмысление в рамках учения о медицинской морали претерпело значительные изменения — все эти аспекты врачебной деятельности стали пониматься как случаи реализации тех или иных прав и обязанностей. В качестве примера здесь можно привести обоснование необходимости диалога с пациентом. В рамках медицинской деонтологии важность беседы с больным объяснялась потребностью познаться с ним/ней как с уникальной личностью, вникнуть в специфику его/ее случая, формировать доверительные отношения. В отличие от этого, учебные пособия по медицинской этике говорят о подобном диалоге как об условии реализации права пациента на принятие решения относительно медицинского вмешательства в его/ее

жизнь. Так в книге Б.Г. Юдина и П.Д. Тищенко читаем: «Врач обладает возможностями о предпочтительности того или иного варианта [лечения] с медицинской точки зрения. Но оптимальное с биологической точки зрения врача не всегда оптимально с биоэтической точки зрения пациента [...] В свете сказанного нам представляется принципиально важным установленное в российском законодательстве право пациента на участие в принятии решения вплоть до права на отказ от медицинского вмешательства. Данное является условием реализации этого права» [16, С. 145].

Таким образом, российская медицинская этика, получившая развитие после 1990-х годов, оказалась «нижкой о законах и правилах профессионального регулирования поведения медработников» [8, С. 29]. Она формировалась как учение, в основе которого лежит либеральная идеология, утверждающая приоритет индивидуальных прав и рыночной экономики.

Заключение

Медицинская мораль, воплощенная в случае нашей страны в таких дисциплинах, как медицинская этика и медицинская деонтология, является одним из значимых источников нормативного регулирования профессиональной деятельности врачей. Она формирует представления о «хорошем» докторе и во многом определяет социальный статус медиков как особой профессиональной группы. Также она способствует поддержанию иерархии внутри самого медицинского сообщества, где большим уважением среди коллег пользуются эксперты, раздирающие моральные императивы, принятые в данной среде.

Отличительной особенностью врачебной морали является ее социальная и историческая опосредованность. Принципы медицинской этики не являются универсальными догмами, но представляют собой продукт определенного общества и определенной эпохи. В настоящей статье мы постарались проследить эту зависимость положений российской врачебной морали от социального и идеологического контекста, где они были сформулированы. Наше внимание было сосредоточено на анализе двух ключевых этапов развития отечественного учения о нормах поведения врачей: этапа советской медицинской деонтологии и этапа российской медицинской этики.

Кратко обобщая представленные выше анализ текстов по советской медицинской деонтологии, можно выделить следующие ключевые моральные принципы оказания медицинской помощи, установленные данной дисциплиной. Во-первых, к ним относятся принцип индивидуализации врача и пациента. Оба они воспринимаются в качестве уникальных личностей, обладающих специфическим опытом, который не может быть сведен к медицинскому диагнозу (в случае пациента) или к профессиональным обязанностям (в случае врача). В связи с этим медицинский эксперт и его/ее посетитель выступают не столько как исполнители институционально заданных ролей, сколько как конкретные люди, находящиеся в ситуации социальности.

Следствием такого подхода является вкрай особенность советской медицинской морали: представление о том, что врач заботится о пациенте, руководствуясь гуманистическим желанием помочь попавшему в беду человеку, сопереживая ему/ей. Профессиональная деятельность медика при этом опи-

связь как особое практическое искусство, успешность реализации которого определена его/ее личностными качествами, а не ориентацией на какой-либо кодекс или схему.

И, наконец, необходимо сказать о том, что в рамках советской медицинской деонтологии врач изображается как фигура, ответственная за реализацию патерналистской заботы государства о здоровье граждан. При этом акцент в описании его/ее профессиональной деятельности делается на категориях долга и служения. Таким образом, мораль советского врача противостоит традициям морали «буржуазного» специалиста, который оказывает определенные услуги, исходя из имеющихся у него/нее прав и обязанностей.

В отличие от медицинской деонтологии, медицинская этика, чье становление пришлось на 1990-е гг., утверждалась с ориентацией на либеральный дискурс. Если прежде ключевыми категориями врачебной морали были категория долга и призвания, то теперь предостаточно медицинской помощи населению стало осмысливаться в терминах прав/обязанностей и сервиса. Социально-руководством по медицинской этике базовая модель «правильного» поведения заключается в том, что автономный актор (врач или пациент) рационально действует с целью максимизации собственной пользы, ориентируясь на существующие у него права и обязанности. С этой точки зрения моральный порядок, господствовавший в медицине ранее, критикуется как недостаточно определенный, смутный, сводящийся к абстрактному морализаторству и нравучительным рассуждениям [16, С. 133].

Литература

1. *Abbott A. Professional Ethics / The American Journal of Sociology. Vol. 88, № 5. 1983.*
2. *Friedson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge. Chicago. The University of Chicago Press. 1988.*
3. *Салгаников В.П., Стенченко С.Г.* Реализация этики медицины в России: Историко-правовое исследование. СПб.: Фонд «Университет», 2002.
4. *Вестермаркская Г.Е., Заборовская А.С., Чернец В.А., Шниркин С.В.* Законодательство и реформа Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. М.: Поматур, 2006.
5. *Farrington N. Critical Discourse Analysis. Boston: Addison Wesley, 1992.*
6. *Семанко Н.А.* Ибрагимовские проклятия. М.: Мелитя, 1954.
7. *Заваров А.Д.* Медицинская этика и деонтология. Нальчик: Кабардино-Балкарский государственный университет, 1985.
8. *Ибрагимов М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика». М.: Медицина, 1999.
9. *Петров Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Д.: Медица, 1956.
10. *Касарский И.А.* О врачевании. М.: Аспект, 1995.
11. *Винкин А.Ф.* Горизонты деонтологии // Вестник АМН СССР. 1979. № 5.
12. *Деонтология в медицине /* Под ред. В.В. Петровского. В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1988.
13. *Сергеев Ю.Д.* Профессия врача: юридические основы. Киев: Выда школа, 1988.
14. *Трандэ А.А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев: Выда школа, 1988.
15. *Сух Н.С.* Врач как личность. М.: Медицина, 1984.
16. *Юдин Б.Г., Тимченко П.Д.* Введение в биоэтику: Учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
17. *Эткинштейн Н.В.* Диалог о медицине. Ташинг: Ватусе, 1986.
18. *Венедиктов Д.И., Чекуев Б.М.* Эволюция и горизонты этики здравоохранения // Византийская этика. Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 2002.

УДК 314.554

Т.Д. Воронина

РАЗВОД КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ. ОПЫТ РЕГИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Предметы: характеристики развода как социально-психологического феномена в современной России. В основе анализа исследования и причинных и последственных разводов в Томской области.

Ключевые слова: семья, развод, причины и последствия развода, брак, дети, динамика разводов.

Современная семья, ее функции и структура в течение XX – начале XXI века претерпели серьезные изменения, и эти трансформации продолжают и сегодня. Развод – это объективно существующее явление нашего общества. Вполне вероятно, эта функция и есть единственное благо в разводе [1]. Развод практически столь же стар, как и брак. Менялись формы развода, отношение общества к разводу, в истории развод воспринимали то как нечто постыдное, то как серьезную социальную проблему.

Но оценкам известного исследователя данного вопроса, американского социолога и психолога Констанции Аронс, каждая третья пара в мире расходуется одна пара. Каждый год только в США сватает одного миллиона семей разводится. На каждые две пары, заключающие брак, в год приходится одна разводящаяся. Ни одна из них, как правило, не хочет разводиться. Они донимают друг друга, часто годами, утверждая, что это было самое тяжелое время в их жизни. Можно утверждать, что развод стоит на втором месте по персональному индексу стресса, уступая только смерти любимого человека. Это экстраординарный весьма болезненный опыт, который, так или иначе, составляет нашу жизнь [1].

Разводы существовали всегда. В 2010 году в России вышла книга Олега Ириика «История разводов», в которой автор предпринял интересный экскурс в историю данного феномена. Так, автор описывает первый развод, состоявшийся в древнем Риме: «Разводились бог земли Геб и его сестра и супруга, богиня небя Нут. Небо в те времена находилось значительно ближе к земле, сушители жили в непрестанном тесном объятии и имели множество детей (звезды и солнце), что не мешало им очень серьезно союбиться. Претензии Геба к жене были весьма основательны: она ежедневно проглатывала собственное потовое, а потом рождала заново. Это обеспечивало смену дня и ночи, но чадолобивый Геб не мог примириться с такими методами воспитания. В конце концов мужу и жене пришлось расстаться. Развод был утвержден их отцом, богом воздуха Шу, который разделил небо и землю и сам стал прототипом между бывшими супругами» [2].

Современные разводы немногим отличаются от первого в истории развода, разве что сегодня они являются куда более распространённым явлением. По оценкам специалистов, в современной России распадаются каждый второй