

Проблема влияния незаконной миграции на криминальную ситуацию в стране связана в первую очередь с преступностью приезжих. Следует отметить, что в Беларуси практически не существует отдельных исследований, посвященных непосредственно преступности незаконных мигрантов, к которой, на наш взгляд, необходимо относить совокупность совершенных такими лицами преступлений на территории страны пребывания за определенный период времени. Сложность таких исследований заключается в том, что имеющаяся официальная уголовная статистика не выделяет среди всех иностранцев, совершивших преступления на территории страны, иностранцев, находящихся в Беларуси на нелегальном положении. Кроме того, преступность всех категорий мигрантов характеризуется повышенной латентностью. Она фиксируется как таковая только в случае раскрытия преступлений и выявления виновных лиц, т.е. после установления того, что виновный является мигрантом. Преступления, совершенные приезжими, обладают значительной сложностью раскрытия, поскольку, осев в определенном месте, мигранты ассимилируются, включаются в общественные отношения на данной территории, а также зачастую уже имеют опыт криминальной деятельности. Особый интерес представляет то, что во многих случаях иностранцы, совершившие преступления, проживали на территории Беларуси нелегально, с нарушением установленного порядка миграции, являлись безработными.

В последние годы на территории Беларуси наблюдается рост преступлений, совершенных иностранцами. Если, например, в 2002 г., по данным ИАУ МВД Республики Беларусь, ими было совершено 1879 преступлений, в 2003 г. – 1 815, а в 2004 г. – уже 2 233. В 2005 г. их число оставалось по-прежнему большим – 2 108 преступлений, или 1,1 % от общего количества зарегистрированных в стране преступлений. В 2006 г. их число незначительно снизилось – 1923 преступления, или 1 % в массиве всей преступности, в 2007 г. их количество возросло до 2073 преступлений, в 2008 – до 2205, а в 2009 – до 2239 преступлений. При этом с 2003 г. около 11-13 % всех противоправных деяний данной группы составляли преступления, квалифицированные по ст. 371² УК.

Кроме того, нелегалы сами зачастую становятся жертвами преступлений. Повышенная степень их виктимности обусловлена отсутствием желания, а иногда и возможности воспользоваться законными средствами правовой и социальной защиты государства в силу своего нелегального положения в стране. Чаще всего они становятся жертвами преступных деяний, совершаемых их соотечественниками, а также организаторами незаконных миграционных перемещений.

Современное состояние незаконной миграции в Республике Беларусь характеризуется высоким уровнем правонарушений и преступлений, связанных с нарушением установленного порядка миграции, а также высоким количеством прибывающих и находящихся на территории страны незаконных мигрантов.

Таким образом, можно констатировать, что незаконная миграция отрицательно влияет на состояние криминальной обстановки. Среди массива мигрантов неизбежна доля тех, кто вовлекается в криминальную деятельность. Хоть эта часть мигрантов вносит не самый значительный вклад в общее число преступлений, но в данную категорию входят мигранты, обладающие наибольшим криминальным потенциалом. Кроме того, иностранцы на территории чужого государства объединяются по национальным, земляческим признакам, что часто приводит к созданию этнических криминальных формирований, представители которых нередко проживают на территории страны незаконно. Указанное подтверждается и высоким уровнем групповой преступности иностранцев: по данным ИАУ МВД Республики Беларусь на протяжении последних нескольких лет он находится примерно на одном на уровне – 20 %.

УДК 61:616-051:2

ЭТИЧЕСКИЕ РИСКИ МЕДИКАЛИЗАЦИИ КУЛЬТУРЫ

Н.Н. Седова, Н.В. Сергеева

ГОУ ВПО «ВолГМУ», г. Волгоград, Российская Федерация

Болезнь – это не только физическое состояние человеческого организма, это и социальный феномен. Различные культурные традиции могут оценивать одно и то же состояние организма как болезненное или нормальное. Люди воспитанные в рамках европейской культуры обычно определяют понятие физиологического здоровья, как состояние организма в котором могут выполнять свои социальные обязанности и делать то что они пожелают в свободное время. Болезнь трактуется как определенное состояние организма при котором нечто нарушает физиологическое

равновесие, гармонию нашего тела. Однако, когда мы определяем болезнь как некое препятствие для исполнения нашей социальной роли, мы не выходим за круг наших обычных представлений о неправильном функционировании нашего организма. Ощущение, когда что-то не так, догадка о причине неправильного состояния всегда описывается в социальном контексте.

В каждом обществе симптомы, боли, слабость, описываемые как “болезни” вписываются в культурные и моральные ценности, воспринимаемые путем общения с представителями того или иного социального круга, посещений профессиональных врачей, под влиянием определенных общественных верований в то, что есть здоровье и что есть болезнь. Результатом становится преобразование физиологических симптомов в болезни с определенными ярлыками (диагнозами) и людей, превращающихся в пациентов. Это преобразование испытывает сильнейшее влияние социального положения и моральных оценок. Не все пациенты равны. Пол, расовые и этнические категории, социальный класс, физические способности, сексуальная ориентация, и вид болезни создают различия в социальной ценности. Также не все представители системы здравоохранения равны: их место в профессиональной иерархии определяет уровень их полномочий устанавливать приоритеты исследовательских проектов, выбор средств лечения, и создает то, что известно как легитимное медицинское знание.

В Западных обществах культура и язык болезней и медицинского знания исходит из науки. “Медицинские науки” – это тот эталон, опираясь на который мы можем определить компетентность того или иного представителя системы здравоохранения. *Биомедицинская модель* болезни предлагает схему, согласно которой болезнь – это девиация от нормального состояния здорового организма. Болезнь имеет специфические причины, которые можно найти в теле больного. Болезни имеют одни и те же симптомы и последствия в любой социальной среде, из которой бы не происходил больной. Медицина – это социально нейтральное применение научных исследований к индивидуальным случаям. Критики подобной модели показали, что понятие нормы зависит от того, с кем сравнивается больной. Многие болезни имеют социальные и экологические причины. Количество заболеваний, их тяжесть варьируется в зависимости от географического расположения очага болезни. Ценности, определяющие направления медицинских исследований, практики, теорий и знаний глубоко связаны с практической ситуацией и с социальными характеристиками доминирующей группы профессионалов медиков – терапевтов.

Хотя болезнь коренится в теле человека, в своем социальном проявлении она выходит далеко за рамки физиологии. Процесс, определяемый некоторыми исследователями как легитимная болезнь имеет под собой иерархию власти и экономических ресурсов больного. Социологи используют термин *медиализация* для того чтобы объяснить как жизненные коллизии, включая все аспекты процесса взросления, и социальные проблемы, такие как алкоголизм и наркомания получили свое научное описание в среде профессиональных медиков. Медиализация дает большой список физиологически различных “болезней”, которые лечатся с помощью обследований и тестов, на основе которых больным выписывают рецепты нередко на очень дорогие лекарства. Работник сферы здравоохранения всегда эксперт. То, что пациент знает о своем собственном теле и его недостатках не является частью профилактики, поддержки стабильного состояния, и, тем более, лечения.

Медиализация неотделима от финансовой структуры медицинского обслуживания. Выделение столь большого количества физических состояний болезней увеличивает прибыль у капиталистов от медицины, например, в таких странах как США. В свою очередь, подобная практика вступает в противоречие с системами национального здравоохранения, разработанными специально для понижения расходов пациентов. Комбинация медиализации и финансовой структуры общества формирует особый стиль поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является выкачивание денег, то врачи предпримут всяческие усилия, чтобы объяснять пациенту каждый симптом как отдельную, поддающуюся лечению, болезнь. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки случаи, или же комплексные медицинские проблемы. Во всех системах здравоохранения западного типа врачи используют биомедицинскую информацию, добытую и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве могут выступать фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований. Уже при разработке плана работ исследователи знают, в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу. Таким образом, медиализация может сделать очень многое, чтобы превратить любой общий симптом в болезнь,

излечимую с помощью таблеток или инъекций и, практически, не в состоянии повлиять на распространение болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или насилием в семье.

Медицина, как правило, ассоциируется в массовом сознании с высшими общечеловеческими ценностями – гуманизмом, добротой, состраданием. Считается, что врач не может причинить сознательный вред больному. Это – один из признаков профессии [1]. В то же время, вред, который может нанести медицина, известен. Это 1) участие врачей в пытках и издевательствах, 2) использование людей в клинических испытаниях, связанных с повышенным риском или против их воли, 3) применение непроверенных методов или средств лечения. Возможность такого вреда оговорена во всех международных этических медицинских кодексах и документах, а также классифицирована как преступное деяние во всех юридических кодексах. Существующие в международной здравоохранительной практике этические комитеты и третейские суды тщательно следят за выполнением врачами принципа «не навреди».

Социальная опасность как результат медицинской деятельности, если и рассматривается, то лишь в контексте экстенсивного развития новых биотехнологий. В то же время, существует реальная возможность того, что врачи будут контролировать социальное поведение людей, не прибегая к специальным методам. В принципе, они могут целиком подчинить себе управление социальными процессами просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации и назначения. Такая опасность существует, она плохо изучена, поэтому общество пока не располагает средствами, которые можно ей противопоставить. Механизм распространения этой опасности и называется *расширени медикализации*.

Медикализация - это не простая случайность, скорее - это конечная стадия в серии событий. Для того, чтобы медикализация стала социальной реальностью, одна или более организованные социальные группы должны быть заинтересованы в таком результате и иметь достаточно ресурсов (сил), (включая мнение общественности, позицию страховых компаний и органов здравоохранения) для принятия новой ситуации.

Не удивительно, что врачи играют главную роль в медикализации, в течении медикализации их влияние может увеличиваться, сфера их практики расширяться, а доходы - расти. Врачи играют главную роль в медикализации предменструального синдрома [2], вредных привычек беременных [3], импотенции [4], и большого количества других состояний.

В медикализации заинтересованы и пациенты. Например, анонимные алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом и усматривать в ней фактор социально-психологической стабилизации для себя. Другие группы ориентируются на медикализацию в надежде, что медицинский контроль будет более человечным, чем другие формы социального контроля (заклученные, акцентуированные личности, гомосексуалисты). Вдобавок, такие настроения усиливает пресса, описывающая медикализацию в позитивно-оценочных терминах. СМИ, кроме того, склонны переоценивать перспективы медицины [5]. Так, например, охотнее прибегают к «панацее» медикализации люди, почерпнувшие из СМИ сведения об успешном лечении (снятии неприятных ощущений) предменструального синдрома, синдрома хронической усталости и т.п.

Третья главная сила в поддержке медикализации – это фармацевтическая индустрия. Эта индустрия преследует экономический интерес в медикализации, поскольку прием лекарств чаще всего и трактуется как лечение. Медикализация также часто интерпретируется как прием лекарств [6].

Ни доктора, ни различные группы, ни фармацевтические компании отдельно не имеют достаточного влияния на распространение медикализации. Следовательно, успешная медикализация зависит от взаимных интересов в деятельности этих и некоторых других групп.

Разумеется, при некоторых обстоятельствах медикализация может быть благом, так как показывает озабоченность проблемой и предлагает достаточно действенные (медицинские) средства ее разрешения. Люди с эпилепсией, например, ведут более счастливую и более продуктивную жизнь тогда, когда принимают регулярно соответствующие лекарственные препараты. То же можно сказать и о страдающих диабетом. Однако, как мы пытались показать выше, такое восприятие медикализации может привести к ее неконтролируемому расширению, а то, в свою очередь, к негативным индивидуальным и социальным последствиям [7]. Во-первых, определение конкретной персональной социальной ситуации как болезни отнюдь не означает повышение социального статуса человека.

Во-вторых, когда ситуация становится медикализованной, врачи становятся единственными экспертами, следовательно, их власть над другими группами увеличивается.

В-третьих, когда медикализуются условия, медицинское лечение становится единственным логическим ответом на них, хотя чаще всего, причины диспропорций сугубо социальные. Медикализация может оправдывать не только добровольное, но и принудительное лечение. Ведь лечение не всегда помогает, иногда оно может принести вред.

В-четвертых, как показывают приведенные примеры, медикализация значительно расширяет ранг жизненного опыта под медицинским контролем.

Однако, основной проблемой остается проблема *манипулирования пациентами посредством медикализации*. Разумеется, медицинские работники не ставят своей целью такие манипуляции, но они, тем не менее, имеют место как результат медицинских вмешательств. Многие практикующие врачи проявляют искреннюю заботу о “ползущей медикализации”, и всегда на передний план выдвигают “пропагандирование здорового образа жизни” и “предотвращения заболеваний”. Но редко когда они задавали вопрос – а хочет ли больной идти на жертвы, отказываясь от своего привычного образа жизни, будут ли они счастливы, если будут здоровы?

Для пациентов симптомы их болезней проявляются в контексте их жизни. Эти симптомы становятся болезнями в ходе получения профессиональной медицинской помощи. Социальный опыт человека как пациента включает в себя отношения с родственниками, коллегами и друзьями. В конечном итоге изменение состояния здоровья меняет положение человека в мире. Перелом ноги может восприниматься как простая травма, но эта травма совершенно по-разному осознается профессиональным атлетом, для которого она становится точкой в его карьере спортсмена, и банковским клерком, для которого она не более чем досадное неудобство. Две разные болезни могут подвергаться вполне успешному медикаментозному лечению, однако социальные последствия от заболевания пневмонией весьма отличны от последствий гонореи. Если у вас была гонорея, то вполне вероятно, что вы будете скрывать этот факт личной истории, во время собеседования при устройстве на работу. Если же вы перенесли воспаление легких, то этот факт может оказаться удачным предложением, чтобы не ходить на работу в слишком холодную погоду.

Поскольку болезнь социально обусловлена, работники сферы здравоохранения и пациенты могут воспринимать совершенно одинаковый набор симптомов (или же их отсутствие) совершенно по-разному. Для пациентов возвращенная способность жить обычной жизнью, хотя и с хроническими заболеваниями, совершенно отлична от состояния полного излечения. Это естественно, поскольку излечение возвращает вас к прежнему нормальному состоянию, в то время, когда хроническое заболевание вынуждает вас внести определенные изменения в ваш образ жизни и поведение. Подобным образом некоторые явления, сопутствующие лечению, которые воспринимаются врачом как неизбежные последствия лечения, пациент переживает как внезапное усиление боли или дискомфорта, стрессовое состояние и тому подобное, за что была уплачена определенная сумма. Больные, уверенные в том, что их лечащие врачи игнорируют признаки ухудшения их состояния или же прописывают неоправданное хирургическое вмешательство, могут обратиться с жалобой в Комитет по этике. Если Комитет определяет, что пациент был лишен необходимого лечения, то он может потребовать возмещения своих расходов на лечение.

Социальный контекст является интегральной частью любой болезни. Начиная с определения симптомов с классификации симптомов и первых шагов по их устранению, борьбы с хроническими болезнями или же предсмертным состоянием, все социальные характеристики пациента имеют очень большое значение. Этот эффект определяется социальной средой, местом работы, финансовым положением, семейным статусом, структурой системы здравоохранения, общей культурой общества. Как только система здравоохранения начинает изменяться, так же начинает меняться поведение пациентов, младшего и среднего медицинского персонала, врачей.

Качество медицинского обслуживания зависит, как известно, и от принятой в данной стране модели здравоохранения. Сегодня наиболее широко в мире распространена модель страховой медицины. Согласно правилам этой модели, услуги сферы медицинского обслуживания оплачиваются посредником, в роли которого выступает страховое агентство или государство. Довольно часто выбор пациентом врача или больницы ограничен, а решения врача в области выбора вида лечения и лекарств зависят от того, что позволяет оплачивающая сторона. С того момента, когда целью большей части планов индивидуальных медицинских программ стала материальная выгода, страховщики стали оказывать давление на представителей сферы медицинского обслуживания, чтобы те разрабатывали рыночно прибыльные планы программ медицинского обслуживания. Врачи

потеряли престиж и свободу принятия профессиональных решений, однако пациенты не приобрели такого положения, которое позволяло бы им оказывать влияние на процесс лечения (Фрейдсон 1989). Третья сторона, входящая в процесс предоставления медицинских услуг населению, – это плательщик, то есть большая частная или государственная бюрократическая организация, пытающаяся установить правила игры выгодные только для нее. Под этим имеется в виду ограничение времени пребывания пациента в больнице, назначение спорных операций, выписка больных на дом, нуждающихся в стационарном лечении. Даже во время посещения представителей сферы медицинских услуг члены семьи или друзья больного должны быть готовы выступить в роли “сиделки” [8].

Другими важнейшими игроками в системе современной медицины выступают фармацевтические компании, установившие многие, на первый взгляд, нейтральные клинические практики. Потребности как больных, так и здоровых людей, выявленные с помощью маркетинговых исследований определяют направление медицинских исследований в области разработки новых клинических препаратов. Социальное положение создает основы для поведения человека когда он здоров или болен, но нельзя не учитывать и тот момент, что пациенты представляют собой рабочий материал в руках профессионалов, оказывающих им помощь, источник дохода для организационных и финансовых структур системы здравоохранения.

Именно здесь необходим контроль со стороны общества. Но осуществляться он может только в форме этической регуляции, поскольку расширение медиализации не поддается юридической регламентации. Следовательно, *изменение содержания и форм этической регуляции необходимо для того, чтобы человечество, в результате расширения медиализации, не разделилось на две неравные группы: врачи и те, кто их боится. Биомедицинская этика препятствует превращению медицины в форму социального контроля.*

Список использованных источников

1. Parsons T. The Social System, London, Free Press. 1951
2. Figert W. Medical Sociology: A Selective View, New York, Free Press. 1996
3. Beck M. H. The Health Belief Model and Personal Health Behaviour, N. J. 1992.
4. Thomas K. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines // J. Clin. Epidemiol. — 2006. - Vol. 46, №12.
5. Gonzalez P. Bioethics. Editiria Universitaria, Santjago, Chile. 2005.
6. Cohen, A. Mirage of Health, New York. 1998.
7. Konrad J. & Shneider, R. The Sociological Imagination New York, Oxford University Press. 2002.
8. Douglass R.B., Richardson H.S. (Ed.). Liberalism and the Good. N.Y. 2002.

УДК 27-18

НАЗНАЧЕНИЕ И СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА В ХРИСТИАНСКОЙ МОРАЛИ

Н.Д. Лаберко

УО «ВГАВМ», г. Витебск, Республика Беларусь

Современный мир полон противоречий, сложен, многообразен, динамичен, пронизан противоборствующими тенденциями. Это мир сложнейших альтернатив, тревог и надежд. Никогда прежде наш земной дом не подвергался таким политическим и физическим перегрузкам. Никогда человек не взимал с природы столько дани и никогда не оказывался столь уязвимым перед мощью, которую создал. XX век вошел в историю самыми кровопролитными войнами, разгулом милитаризма и фашизма, геноцида и массовой безработицей, насилием и преступностью, терроризмом. Опасность глобального военного конфликта, использование результатов научно-технической революции для манипулирования поведением людей – все это с новой остротой ставит проблему сущности человека.

И не случайно с особой напряженностью встают фундаментальные вопросы: что есть человек? В чем причина его страданий, ценность и смысл жизни? Ответы на эти вопросы ищут и в науке и в религии. Так, в христианстве человек понимается как существо, сотворенное сверхъестественным началом, а источник его страданий усматривает в грехе, отпадении от единства с божественным, следовательно, смысл жизни и назначение человека видится в восстановлении этого единства.