

ЭТИЧЕСКОЕ КОДИФИЦИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА КАК ИНСТРУМЕНТ ВЛАСТИ И АВТОНОМИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА

С.В. Соловьева^{1,2}, О.О. Мухранова²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный университет путей сообщения» (Самара, Россия)

²ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева» (Самара, Россия)

Для цитирования: Соловьева С.В., Мухранова О.О. **Этическое кодифицирование деятельности врача как инструмент власти и автономии профессионального сообщества.** *Аспирантский вестник Поволжья.* 2023;23(3):69-74. doi: 10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74

■ Сведения об авторах

Соловьева С.В. – д-р филос. наук, доцент, заведующая кафедрой философии и истории науки; профессор кафедры управления человеческими ресурсами. ORCID: 0000-0002-1642-2000 E-mail: metaphisica2@gmail.com

Мухранова О.О. – студентка, направление подготовки «Управление персоналом». E-mail: olesya.mukhranova@inbox.ru.

Рукопись получена: 27.10.2022

Рецензия получена: 26.04.2023

Решение о публикации: 07.06.2023

■ Аннотация

В центре внимания статьи – деятельность врача, рассмотренная с позиции профессиональной этики. Практики формирования и контроля над реализацией этики врача показаны как инструмент власти и автономии профессионального сообщества в пространстве работы. Основными источниками исследования выступили тексты, кодифицирующие этику профессии и реализующие международные медицинские стандарты в российской действительности.

■ **Ключевые слова:** врач, этика, биоэтика, этическое регулирование, кодекс профессиональной этики, власть.

■ **Конфликт интересов:** не заявлен.

MEDICAL CODE OF ETHICS AS AN INSTRUMENT OF POWER AND AUTONOMY OF THE PROFESSIONAL COMMUNITY

Svetlana V. Solovyova^{1,2}, Olesya O. Mukhranova²

¹Samara State University of Railways (Samara, Russia)

²Samara National Research University (Samara, Russia)

Citation: Solovyova SV, Mukhranova OO. **Medical code of ethics as an instrument of power and autonomy of the professional community.** *Aspirantskiy vestnik Povolzhya.* 2023;23(3):69-74. doi: 10.55531/2072-2354.2023.23.3.69-74

■ Information about authors

Svetlana V. Solovyova – PhD, Associate professor, Head of the Department of Philosophy and History of Science; Professor of the Department of Human Resource Management. ORCID: 0000-0002-1642-2000 E-mail: metaphisica2@gmail.com

Olesya O. Mukhranova – a student in "Human Resource Management" course. E-mail: olesya.mukhranova@inbox.ru.

Received: 27.10.2022

Revision Received: 26.04.2023

Accepted: 07.06.2023

■ Abstract

The article focuses on the activity of a doctor, considered from the standpoint of professional ethics. The practice of forming and controlling the implementation of the ethos of a doctor is shown as an instrument of power and autonomy of the professional community in the work space. The main sources of the study were texts codifying the ethics of the profession and implementing international medical standards in Russian context.

■ **Keywords:** doctor, ethics, bioethics, ethical regulation, code of professional ethics, power.

■ **Conflict of interest:** *nothing to disclose.*

ВВЕДЕНИЕ

Практикующие врачи традиционно несут ответственность за миссию поддержания и укрепления здоровья людей, а здоровье и жизнь человека выступают ведущими ценностями общества постмодерна. Поэтому профессиональная деятельность врача предполагает наличие огромного количества знаний, овладение быстро развивающимися медицинскими технологиями, а также выстраивание гуманистического отношения с пациентом («лицом к лицу»). Все это невозможно без таких важнейших феноменов, как призвание и доверие, автономия профессионального сообщества, этическое сопровождение действий врача и медицинского персонала [1]. Хотя история врачебной профессии уходит в глубокую древность, консолидация

профессиональных сообществ, рефлексия и кодификация этических норм, рассмотрение их деятельности в контексте идеи служения людям не выходит из фокуса пристального внимания.

Предметом нашего исследования выступает этическое регулирование профессиональной деятельности врача.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Осмысление деятельности врача с точки зрения практик кодифицирования норм и этического регулирования российской медицины, рассмотренный в контексте международных стандартов.

Реализации цели способствовала постановка следующих задач: экспликация основных принципов

профессиональной этики врача, осмысление связи биоэтики и профессиональной этики врача, освещение разных исторических практик кодифицирования норм профессиональной деятельности врача, рассмотрение этического регулирования врачебной работы как форму власти и показатель высокой автономии профессионального сообщества.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА

Медицинская профессиональная этика – совокупность поведенческих принципов и норм, которым специалисты, занятые в медицинской профессии, должны следовать в своей профессионально-трудовой деятельности.

Рассмотрим важнейшие принципы медицинской этики.

1. Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания urgentной, плановой и превентивной медицинской помощи.

2. Главное условие врачебной деятельности – профессиональная компетентность врача: его специальные знания и искусство врачевания.

3. *Primum non nocere*. Недопустимо причинение вреда пациенту, нанесение ему физического, нравственного или материального ущерба ни намеренно, ни по небрежности. Врач не вправе безучастно относиться и к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб [2].

4. Злоупотребление знаниями и положением врача несовместимо с врачебной профессией.

5. Врач обязан быть свободным.

6. Врач отвечает за качество медицинской помощи.

7. Врач имеет право отказаться от работы с пациентом [3].

Перечисленные принципы включают пять уровней рассмотрения:

1) теоретический (например, каковы относительные преимущества и недостатки двух самых основных этических теорий – теории последствий и морализма – в решении этических проблем в науках о жизни и здравоохранении, каков статус теории морали, прецедентного права и теории ухода, этические принципы и этический опыт);

2) клинический (этические проблемы, связанные с трансплантацией человеческих органов, вспомогательной репродукцией, контрацептивными абортми, пренатальной диагностикой, генетическим консультированием и т.д.);

3) исследовательский (ученые, занимающиеся эпидемиологическими исследованиями, клиническими фармакологическими испытаниями, генетическим скринингом и анализом, интервенционными испытаниями и другими исследованиями, сталкиваются с тем, как уважать и защищать участников исследования, их родственников и родственные группы, а также с тем, как должным образом защищать подопытных животных);

4) политический (реформы медицины и здравоохранения, применение высоких технологий в биомедицине связаны с политикой, управлением и правовыми вопросами);

5) культурный (например, применимы ли этические принципы или правила, предлагаемые в определенной

символической среде, к другим культурам, существует ли универсальная этика или глобальная биоэтика, этический универсализм или абсолютизм, можно ли установить этический релятивизм и т.д.).

Как прикладная нормативная этика профессиональная этика врача не стремится создать систему, но она ориентирована на решение проблем. Ее цель в том, чтобы решать этические проблемы, возникающие в здравоохранении. Этические теории для решения этических проблем необходимы, но реальные этические проблемы часто настолько сложны, что решить их с помощью одной теории невозможно, так же, как невозможно использовать кошку или класс кошек, чтобы поймать всех крыс в мире [4]. Чтобы практикующие врачи достигли совершенства в медицинской этике, они должны получить образование в области этики и быть ориентированными на самосовершенствование. Необходимо улучшить понимание врачами основных принципов медицинской этики для руководства ими в профессиональной деятельности, повысить чувствительность к этическим вопросам, а также унифицировать медицинские технологии и этику.

БИОЭТИКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА ВРАЧА

Биоэтика – это дисциплина, которая изучает поведение человека в области наук о жизни и здравоохранении, основываясь на этических ценностях и принципах. На сегодняшний день это самая быстрорастущая и динамичная междисциплинарная наука. Жизнь в биоэтике рассматривается преимущественно как жизнь человека, но иногда она также включает жизнь животных, растений, а также экологическую систему. В междисциплинарном и межкультурном контексте этика в области наук о жизни и здравоохранении включает систематические исследования решений, действий, политики и норм, регулирующих природное начало человеческой и социальной жизни [5].

Возникновение биоэтики было обусловлено важными историческими событиями. Первое событие – атомная бомбардировка Хиросимы и Нагасаки в 1945 году. Гибель в результате атомных взрывов сотен тысяч людей и генетические мутации, передающиеся из поколения в поколение, заставили многих ученых, в том числе создавших атомное оружие, кардинально изменить свое отношение к нему. Еще одно событие – Нюрнбергский судебный процесс в 1945 году. Некоторые из осужденных военных преступников были учеными и врачами. Они использовали жертв концентрационных лагерей для проведения жестоких экспериментов [6]. При этом не менее жестокие эксперименты японской милитаристской 731-й армии были скрыты: правительству США понадобились человеческие экспериментальные материалы для разработки бактериологического оружия, и милитаристские преступники международному трибуналу переданы не были [7].

Врачебная этика исходит из особого характера взаимоотношений между врачами и пациентами. Обращаясь за медицинской помощью, пациенты, как правило, полагаются на профессиональные знания и навыки медицинского персонала и часто не могут судить о качестве оказываемой

медицинской помощи. Пациентам часто приходится рассказывать специалистам о своей частной жизни, что означает, что они должны доверять медицинскому персоналу. Это накладывает на медицинский персонал особое моральное обязательство: ставить интересы пациентов на первое место и предпринимать соответствующие действия, чтобы сохранить оказанное доверие.

ПРАКТИКИ КОДИФИКАЦИИ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Самым ранним (IV в. до н.э.) документом медицинской этики является «клятва Гиппократова». Суть ее в том, что врачи должны принимать меры в пользу пациентов, основываясь на своих «способностях и суждениях», и держать пациентов в секрете. Она также находит свое отражение в практике медицинского образования в России и Кодексе профессиональной этики врача РФ [8]. Кроме того, два другие этических кодекса, принятых Всемирной медицинской федерацией – Женевская декларация 1948 года и Кодекс медицинской этики 1949 года, – развили дух клятвы Гиппократова. Согласно этим кодексам, здоровье пациентов является основной заботой медицинского персонала и имеет для него первостепенное значение. Медицинский персонал должен хранить секреты пациентов, относиться к коллегам как к братьям и придерживаться славных и благородных традиций медицинской профессии [9].

Западные католические ученые обсуждали медицинскую этику с точки зрения христианской теологической этики и выдвинули теорию двойственных эффектов. Согласно этой теории, действие может вызывать эффекты преднамеренные (прямые) и непреднамеренные (косвенные). Косвенные негативные эффекты от действия могут быть терпимыми при определенных условиях. Взгляды протестантских ученых очень близки к взглядам католической церкви, но они подчеркивают, что пациенты должны быть информированы и сами принимать решения по медицинским вопросам, касающимся их жизни и здоровья.

Нерелигиозная медицинская этика развивалась в идеологических традициях Локка, Джефферсона, а также в Билле о правах. Воплощением этой традиции является Нюрнбергский кодекс 1940 года. Кодекс отказывается от старой концепции, согласно которой субъекты находятся под защитой исследователей, и заменяет ее новой концепцией, согласно которой субъекты имеют право на самоопределение, для чего требуется информированное согласие.

Однако в конце XX века наметилась тенденция возвращения к традиции Гиппократова, согласно которой автономия пациента не является абсолютной, и все должно быть подчинено интересам пациента. «Клятва после Гиппократова» подчеркивает, что интересы пациентов ставятся на первое место, но также в ней есть положение об уважении ценностей и прав пациентов, чего не было в оригинальной «клятве Гиппократова».

Вся прошлая литература по медицинской этике, как правило, базируется на двух теориях – добродетели и обязательств. Теория добродетели обсуждает, какими добродетелями и качествами должен обладать медицинский

персонал. Во многих литературных источниках подчеркивается, что врачи должны обладать такими добродетелями, как доброжелательность, сострадание, терпение, внимательность, скромность, осторожность, бескорыстие, бесстрашие, честность и порядочность. Теория обязательств обсуждает, что должен и чего не должен делать медицинский персонал [7].

Благодаря развитию медицины и оздоровительных мероприятий, медицина превратилась из личных отношений («один на один») между врачами и пациентами в общественное дело.

В качестве социального обязательства необходимо учитывать распределение льгот и бремени и то, является ли это распределение справедливым. Вопрос о справедливом распределении ресурсов здравоохранения и максимальном использовании этих ресурсов, чтобы позволить как можно большему числу людей получать наилучшие медицинские услуги, является особенно острым. Политика, система и развитие здравоохранения, вопросы стратегии составляют новое содержание медицинской этики, основываясь на теории общественного благосостояния. Однако из-за широкого применения и быстрого развития биомедицинских технологий, стремительного роста стоимости медицинской помощи и диверсификации ценностей современная медицинская этика в большей степени связана с пересечением или конфликтом пациентов, медицинского персонала и социальных ценностей и вытекающими из этого этическими проблемами [7]. Например, ранее традиции российской и западной медицины не допускали абортов, но требование женщин об автономии в вопросах репродукции, а также социальная потребность в контроле над рождаемостью, вызванная демографическим взрывом, бросили вызов вышеупомянутым традиционным ценностям. При проведении аборта по просьбе беременной женщины необходимо учитывать влияние операции на ее здоровье и состояние плода.

В Международном кодексе медицинской этики есть три самых основных этических принципа: интересы пациента превыше всего; уважение к пациентам; справедливость. Принцип интересов пациента в первую очередь требует, чтобы медицинский персонал не только был субъективен и мотивирован, но и объективно и эффективно приносил пользу пациенту, не причиняя вреда пациенту, то есть он обязан не причинять умышленного или небрежного вреда пациенту [2]. Однако медицинские действия неизбежно будут иметь вредные последствия для пациентов или третьих лиц, и принцип «двойного эффекта» может быть использован в качестве основы для таких медицинских действий. То есть эти вредные последствия являются не прямыми преднамеренными эффектами, а косвенными и непредсказуемыми, но неизбежными. Например, химиотерапия может подавлять опухоли (прямое и преднамеренное благотворное воздействие), но существуют побочные эффекты (косвенные и непредсказуемые побочные эффекты).

Вмешательство в действия пациента в интересах самого пациента является патерналистским вмешательством. Если же действия пациента ставят под угрозу жизнь и здоровье других людей, медицинский персонал должен вмешиваться еще активнее [10].

Кодекс профессиональной этики врача РФ в статье 1 подчеркивает необходимость уважения к пациенту. Уважение к пациенту – это прежде всего уважение автономных прав пациента (право принимать решения по своим собственным медицинским вопросам) [2]. Однако у некоторых пациентов способность самостоятельно принимать разумные решения снижена или отсутствует в силу юного возраста, невежества, умственного упадка, психических отклонений и т.д. В этом случае медицинский персонал должен вмешиваться, чтобы защитить пациентов от вреда, причиненного их собственными действиями. Такого рода патерналистское вмешательство является оправданным [11]. Часть исследователей связывают принцип «уважения автономии пациента» с «биоэтической моделью» здравоохранения, при которой произошла замена концепции «лечение больного» на «лечение болезни» [12].

Принцип уважения автономных прав пациентов требует, чтобы медицинский персонал или исследователи получили информированное согласие первых до начала испытания или эксперимента. Прежде чем принять решение согласиться на эксперимент, испытуемый должен знать характер, продолжительность и цель эксперимента, методы и средства; возможные неудобства и опасности, а также возможные последствия для его здоровья и личной жизни.

Принцип справедливой формы относится к формальному требованию о том, что к людям, которые одинаковы в соответствующих аспектах, следует относиться одинаково, а к людям, которые отличаются в соответствующих аспектах, следует относиться по-разному. Этими релевантными аспектами могут быть личные потребности, способности, достижения или вклад, внесенные в общество, потенциальный вклад, который может быть внесен в общество, и т.д. Принцип справедливости очень важен при обсуждении макро- и микрораспределения медицинских ресурсов.

В отечественных и международных кодексах поднимается вопрос взаимоотношений врача и пациента. Отношения между врачом и пациентом включают в себя множество вопросов медицинской этики, наиболее важными из которых являются права пациентов и обязанности врачей. Были предложены различные этические модели взаимоотношений врача и пациента. Международная медицинская этика подчеркивает, что все, что делает медицинский персонал, должно приносить пользу пациенту, независимо от его пожеланий. В России с развитием движения за гражданские права больше внимания стало уделяться уважению мнения пациентов, что стало автономной моделью. Кроме того, по образцу контрактной модели, предложенной в отношениях товарного обмена, и врачи, и пациенты рассматриваются как равные партнеры на товарном обмене, и интересы обеих сторон защищены законом. Однако доверительный характер отношений между врачом и пациентом выходит за рамки отношений товарного обмена и не может быть учтен как контрактная модель, кроме того налицо фактическое неравенство между врачами и пациентами в обладании медицинскими знаниями.

Существует три критерия этической оценки принятых решений медицинским персоналом: нарушает ли он законы

и административные регламенты; соответствует ли он признанным этическим принципам и этическим правилам; и является ли он человеком с высокими моральными качествами. Пациенты имеют право на базовую медицинскую помощь, право на самоопределение, право на информированное согласие и право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Таким образом, рассматривая международные и российские кодексы профессиональной этики врача, можно обратить внимание на то, что последние больше внимания уделяют уважению мнения пациентов, тогда как первые – приношение пользы пациенту.

Что касается вопроса о принятии решений врачами, то моральные обязательства или моральные ценности и убеждения врачей, предложенные предыдущей медицинской этикой, являются абсолютными, своего рода «высшим повелением», поскольку их авторитет исходит из священных религиозных писаний или от медиков-святых. Следовательно, эти нормы или ценности независимо от того, воплощены ли они в кодексах или кейсах, безоговорочно применимы ко всем ситуациям.

ЭТИКА КАК ВЛАСТЬ

Процесс осмысления, декларирования и контроля над реализацией этических норм деятельности врача можно рассматривать с позиции власти. Власть в этом случае понимается не как система политических институтов, но в горизонте осмысления ее перформативности, описания ее «конкретных диспозитивов», позволяющих эксплицитировать «работу» социальных ритуалов и тех эффектов, которые они производят в упорядочивании, управлении самой тканью повседневного, рутинного (в том числе профессионального действия) [13]. Как было показано выше, важным аспектом этического регулирования выступает то обстоятельство, что публично признаваемая, кодифицированная норма позволяет устанавливать контроль за ее реализацией со стороны профессионального сообщества. Этот властный инструмент – свидетельство социальной зрелости и высокой востребованности профессии. Как отмечает Т. Щепанская, право профессиональной среды транслировать норму – свидетельство «права контроля в пространстве работы» [14]. Яркой спецификой профессионализации медицинского сектора выступает успешная борьба за монополию врачебного сообщества в создании, трансляции и удержании «инстанций социального контроля» внутри системы здравоохранения. Дискуссии между марксистским и неовеверианским подходами в рамках профессиональной этики врача позволили найти компромисс между менеджериализмом, рыночными принципами функционирования медицины как услуги и ее плюралистическим социокультурным наполнением. Практики врачебной кодификации, напряженность этической рефлексии сообщества демонстрируют, что «формирование идеологии» профессиональной группы врачей соединяет «несоединимое» – рыночное мышление и альтруистическое служение медиков обществу. Это становится возможным за счет синергии «профессиональных знаний, этики и автономии» [15].

В антропологическом стандарте профессии врача конструируется ряд этических концептов, позволяющих решить конфликтную дилемму «этика vs рынок», – служение, призвание, доверие. Наиболее востребованным в современном обществе становится этический концепт доверия, который преодолевает рамки межличностных отношений и все чаще актуализируется в форме институционального доверия (Э. Гидденс). В социологии и философии медицины существует обширная дискуссия по вопросу доверия / недоверия институтам здравоохранения. Для нас существенно зафиксировать, что доверие, в отличие от призвания, требует активной включенности не только субъектов конкретного медицинского взаимодействия, но и сред, которые непосредственно не погружены во врачебные практики. Доверие – сложный феномен, который выстраивается на пересечении, с одной стороны, требований, ожиданий, показателей, сформированных внешними для здравоохранения институтами (государство, граждане, рынок, экспертиза и пр.), а с другой стороны, имеющих непосредственное «антропологическое наполнение» в момент коммуникации врача и пациента. Врач оценивается через огромную матричную систему показателей, включающую этические нормы, одновременно врач «завоевывает», «оправдывает» или «не оправдывает» доверие в повседневном взаимодействии с людьми [16]. Роль профессионального сообщества в поиске этого баланса доверия и автономии, экспертности и открытости, служения эффективности трудно переоценить. В международных исследования последние несколько лет вышли сотни тысяч публикаций, посвященных проблеме функционирования общественного здравоохранения в период пандемии. Массовость антипрививочного движения в мире ярко свидетельствует о снижении доверия к медицинскому сектору (как в исследованиях, так и в клинической практике) [17]. Российскими социологами тенденция снижения доверия была зафиксирована еще до пандемии: если в 2012 году врачам доверяли 54% респондентов, то к 2017 году этот показатель снизился до 36% [18]. Вместе с тем, согласно данным ВЦИОМ, в ноябре 2020 года (SARS-CoV-2 в России) среди всех опрошенных уровень доверия к врачам вырос на 15%, при этом максимальный рост произошел в возрастной когорте 18–24 года – 23%, минимальный – 9% в возрасте 25–34 года [19:53–56].

Несмотря на тревожность указанных цифр, необходимо заключить, что менеджизм в управлении здравоохранением, рыночно ориентированное мышление в профессиональной среде врачей компенсируется этикой служения пациенту, кодифицированными моральными стандартами, удерживающими высокий уровень признания профессии во внешних институтах и сообществах. Современность до сих пор не растеряла образ врача, в основе деятельности которого лежит альтруизм и этика.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Solovyova SV. Ethical regulation of economic relations: Agenda change and values correction. *Aspirantskiy Vestnik Povolzh'ya*. 2021;21(7-8):54-63. (In Russ.). [Соловьева С.В. Этическое регулирование экономических отношений: смена повестки и коррекция ценностей. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2021;21(7-8):54-63]. doi: 10.55531/2072-2354.2021.21.4.54-63
2. Code of Medical Ethics. [Internet]. (In Russ.). [Кодекс врачебной этики]. Available from: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=257618>. Accessed: 18.12.2022
3. Romanovskii GB. *Codification of bioethical rules and Russian legislation: problems of interaction*. In: Codification of legislation: theory, practice, technique. N. Novgorod, 2009:363-374. (In Russ.). [Романовский Г.Б. Кодификация биоэтических правил и российское законодательство: проблемы взаимодействия. В кн.: Кодификация законодательства: теория, практика, техника. Н. Новгород, 2009:363-374.]. Available at: <http://jurtech.org/wp-content/uploads/2015/03/kodifikazia.pdf>. Accessed: 28.12.2022.
4. Andreeva PI. Literary devices for improving "doctor-patient" communication. *The Scientific Heritage*. 2021;59(3):6-8. (In Russ.). [Андреева П.И. Применение лингвистических приемов для совершенствования коммуникации «врач – пациент». *The Scientific Heritage*. 2021;59(3):6-8]. doi: 10.24412/9215-0365-2021-59-3-6-8
5. Shok NP. From "Bioethics" to "Christian Bioethics": Significance of H.T. Engelhardt's Legacy in Today's Russia. *State, Religion and Church in Russia and Worldwide*. 2020;38(4):7-43. (In Russ.). [Шок Н.П. От биоэтики светской к биоэтике христианской: о значении наследия Х. Тристрама Энгельгардта в России. *Государство, религия, церковь в России и за рубежом*. 2020;38(4):7-43]. doi: 10.22394/2073-7203-2020-38-4-7-43
6. Malofeev AO. Functions of moral and ethical categories in the private law. *Juridical World*. 2016;4:27-30. (In Russ.). [Малофеев А.О. Функции нравственно-этических категорий в частном праве. *Юридический мир*. 2016;4:27-30].
7. Kloktunova NA, Evdokimova AI, Vorob'eva MV. Pedagogical aspects of self-realization in professional activities. *Education and law*. 2021;8:219-224. (In Russ.). [Клоктунова Н.А., Евдокимова А.И., Воробьева М.В. Педагогические аспекты самореализации в профессиональной деятельности. *Образование и право*. 2021;8:219-224]. doi: 10.24412/2076-1503-2021-8-219-227
8. Code of Professional Ethics for Doctors of the Russian Federation. [Internet]. (In Russ.). [Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации]. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/561281077> Accessed: 18.12.2022.
9. Bol'shakova OV. Pursuing a mission or providing a service? Medical profession in the consumer society. *Sotsial'nye novatsii i sotsial'nye nauki*. 2021;3:54-84. (In Russ.). [Большакова О.В. Служение или услуга? Медицинская профессия в обществе потребления. *Социальные новации и социальные науки*. 2021;3:54-84]. doi: 10.31249/snsn/2021.03.04
10. Parpieva NT. Philosophical aspects of bioethics. *Academic research in educational sciences*. 2022;2(22):137-142. (In Russ.). [Парпиева НТ. Философские аспекты биоэтики. *Academic research in educational sciences*. 2022;2(22):137-142].
11. International Code of Medical Ethics. [Internet]. (In Russ.). [Международный кодекс медицинской этики]. Available at: <https://base.garant.ru/12139084/> Accessed: 10.01.2023.
12. Borisova TV, Izmailov EP. Russian healthcare under the sign of constructivism. *Aspirantskiy Vestnik Povolzh'ya*. 2021;21(7-8):5-11. (In Russ.). [Борисова Т.В., Измайлов Е.П. Российское здравоохранение под знаком конструк-

- тивизма. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2021;21(7-8):5-11]. doi: 10.55531/2072-2354.2021.21.4.5-11
13. Koretskaya MA. The problem of power in the logic of the performative turn. *Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being*. 2018;7(6A):76-86. (In Russ.). [Корецкая М.А. Проблема власти в логике перформативного поворота. *Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке*. 2018;7(6A):76-86].
 14. Shchepanskaya TM. *Symbolization of everyday life and informal control in the professional community*. In: *Anthropology of professions, or Outsiders are allowed entry*. М., 2011:85-113. (In Russ.). [Щепанская Т.М. *Символизация повседневности и неформальный контроль в профессиональном сообществе*. В кн.: *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен*. М., 2011:85-113].
 15. Mansurov V, Yurchenko O. *Russian doctors: professionalization from above or self-regulation of the profession?* In: *Anthropology of professions, or Outsiders are allowed entry*. М., 2011:173-187. (In Russ.). [Мансуров В., Юрченко О. *Российские врачи: профессионализация сверху или саморегулирование профессии?* В кн.: *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен*. М., 2011: 173-187].
 16. *Health and trust: a gendered approach to reproductive medicine*. Eds. E. Zdravomyslova, A. Temkina. SPb., 2009. (In Russ.). [*Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. Под ред. Е. Здравомысловой, А. Тёмкиной. СПб., 2009].
 17. Mikhailova EA. Trust: Coronavirus Stress Test Results. *Sotsiodigger*. 2021;2(1-2):19-40. (In Russ.). [Михайлова Е.А. Доверие: результаты коронавирусного стресс-теста. *Социодиггер*. 2021;2(1-2):19-40].
 18. A doctor in Russia: patient trust, income, position in society [Internet]. (In Russ.). [Врач в России: доверие пациентов, доходы, положение в обществе]. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-v-rossii-doverie-pacientov-dokhody-polozhenie-v-obshhestve>. Accessed: 08.12.2022.
 19. *Expanded selection of data from the All-Russian Public Opinion Research Center for the thematic issue "Trust"*. 2021;7:175. (In Russ.). [*Расширенная подборка данных ВЦИОМ к тематическому выпуску «Доверие»*. 2021;7:175]. Available at: https://profi.wciom.ru/fileadmin/file/nauka/podborka/rasshirennaya_podborka_dannyh_wciom_022021.pdf. Accessed: 01.12.2022.

■ Автор для переписки

Соловьева Светлана Владимировна
Адрес: Самарский государственный университет путей
сообщения, Заводское шоссе, 18, корп. 9, ауд. 9108,
г. Самара, Россия, 443052.

■ Corresponding Author

Svetlana V. Solovyova
Address: Samara State University of Railways,
18 Zavodskoe Shosse, bldg. 9, room 9108,
Samara, Russia, 443052.

E-mail: metaphisica2@gmail.com