

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА

УДК 61(09):614.218

ТИБЕТСКАЯ МЕДИЦИНА: ОСОБЕННОСТИ БИОЭТИЧЕСКИХ И ЭТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Ю.Ж. Жабон

*к.и.н., с.н.с. Институт монголоведения,
буддологии и тибетологии СО
РАН, yumzhan@gmail.com*

О.С. Ринчинова

*к.и.н., н.с. Институт монголоведения,
буддологии и тибетологии СО
РАН, rinchinova.o@gmail.com*

В статье на материалах тибетских источников, в основе которых 31-ая глава “О лекаре” второго тома “Чжуд-ши” (XII в.), рассматриваются тибетские представления о ключевых проблемах медицинской этики. Целью исследования является попытка взглянуть на средневековую тибетскую врачебную этику в контексте этических моделей современной медицины. Показано, что этические нормы деятельности тибетского врача, в отличие от часто трансформирующихся европейских этических принципов, вот уже на протяжении нескольких веков остаются абсолютно неизменными, и до сих пор практикуются. Особое внимание уделено рассмотрению шести типов взаимоотношений тибетского врача с пациентом, которые сравнительно с европейскими моделями обнаруживают значительные элементы сходства, хотя конкретные подходы к решению некоторых проблем и отличаются. Подробно разбирается отношение тибетцев к эвтаназии и аборт, на которое серьезное влияние оказали буддийские учения о карме, реинкарнации. Делается вывод, что, несмотря на корпоративный, патерналистский характер древней врачебной этики Тибета в целом, здесь присутствует обязательное достоверное информирование пациента о диагнозе и прогнозе заболевания, что напоминает один из основных принципов современной биоэтики.

Ключевые слова: история медицины, “Чжуд-ши”, тибетская медицина, биоэтика, врачебная этика, Тибет, тибетцы.

TIBETAN MEDICINE: FEATURES OF BIOETHICAL AND ETHICAL CONCEPTS

U.ZH. Zhabon

*candidate of Sciences (History), senior researcher
Institute for Mongolian, Buddhist
and Tibetan Studies SB RAS, Ulan-Ude,
yumzhan@gmail.com*

Oyuna S. Rinchinova

*candidate of Sciences (History), research associate,
Institute for Mongolian, Buddhist
and Tibetan Studies SB RAS, Ulan-Ude,
rinchinova.os@gmail.com*

The article presents Tibetan views on the key problems of medical ethics, based on the materials of Tibetan sources, mainly on the 31st chapter of the second volume of *rGyud bzhi* (the 12 century). The aim of the study is an attempt to review medieval Tibetan medical ethics in the context of ethical models of modern medicine. It is shown that the ethical norms of the Tibetan physician's activities, unlike the often transformed European ethical principles, have remained absolutely unchanged for several centuries, and are still practiced. Particular attention is paid to six types of relationship between the Tibetan physician and the patient; although, they bear significant similarities to European models, specific approaches to solving some problems differ. The

attitude of Tibetans to euthanasia and abortion that was seriously influenced by the Buddhist teachings on karma, reincarnation, is analyzed in detail. It is concluded that despite the corporate, paternalistic nature of the ancient medical ethics of Tibet in general, there is an obligatory true informing of the patient about the diagnosis and prognosis of the disease that recalls one of the basic principles of modern bioethics.

Keywords: history of medicine, *rGyud bzhi*, Tibetan medicine, bioethics, medical ethics, Tibet, Tibetans

Биоэтика в настоящее время представляет собой активно развивающуюся область междисциплинарных исследований этических, национальных, религиозных, философских, правовых и антропологических проблем, возникающих в связи с прогрессом биологической науки и медицинского знания, внедрением новейших биомедицинских технологий. Особую актуальность приобретают подобные исследования в многонациональной и многоконфессиональной России с ее разнообразными этнокультурными традициями, философско-этическими представлениями о ключевых вопросах биоэтики, таких как эвтаназия или аборт.

Вопрос закрепления этических принципов для врачей обсуждается практически с самого появления медицины. В истории европейской культуры, например, “формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации” [Силуянова, 2001, с. 5], которыми в своей деятельности был обязан руководствоваться врач. И все эти требования и нормы поведения врача сегодня сводятся в основном к четырём принципам или моделям современной медицинской этики: принцип “не навреди” – модель Гиппократа (460-377гг. до н.э.), принцип “делай добро” – модель Парацельса (1493-1541гг.), принцип “соблюдения долга” – деонтологическая модель и принцип “уважения прав и достоинства человека” – биоэтика. Если традиционно главной моделью взаимоотношений врача и пациента считалась “патерналистская модель”, то под влиянием принципа биоэтики, обусловленного развитием биомедицинских исследований, в 60-70-х годах XX в. начинают разрабатываться и внедряться новые модели отношений врач-пациент, такие как “коллегальная”, “информированное согласие”, “контрактная”, “научная” и т.д.

Российские ученые, специалисты, занимающиеся изучением проблем, связанных с медицинской антропологией и этнологией, медицинской этнографией и биоэтикой, продолжают дискутировать о принципах становления и развития отечественной научной школы биоэтики. Многие исследователи воспринимают биоэтику как “западное явление”, однако в ее развитии в современной России отмечают некоторую “русскую” специфику, заключающейся в опоре на отечественные философские, деонтологические традиции [Курленкова, 2013].

В этом контексте особый интерес вызывают биоэтические представления российских этнических медицинских традиций. В частности, тибетской медицины, которую уже более трехсот лет практикуют буряты, калмыки и тувинцы – реципиенты тибетской буддийской культуры.

Поскольку понятие биоэтика, в узком смысле этого слова, обозначает весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента, то рассмотрим “тибетскую модель” подобных взаимоотношений:

какие они, совместимы ли с европейскими моделями этики, если да, то насколько. Да и в целом изучение тибетских, буддийских медико-этических представлений открывает большие перспективы для рассмотрения типологических параллелей различных этномедицинских систем, для общих историко-культурологических, гуманитарных исследований [Keown, 1998]. Тем более что в течение двух последних десятилетий существенно возрос интерес современных учёных собственно к тибетской медицине. Появились антропологические исследования, которые рассматривают тибетскую медицину как оригинальную научную медицинскую традицию, как комплексный медицинский ресурс для гималайских народов [Schrempf, 2007]. Прежде всего, это связано с тем, что в условиях глобализации тибетская медицинская традиция, отличающаяся своей самобытностью и целостным подходом к лечению, становится востребованной для современной медицины в её поисках клинических и фармакологических инноваций [Boesi, 2006].

Весь комплекс морального кодекса тибетского врача, включающий как духовный, так и профессиональные аспекты, рассматривается в 31-ой главе “О лекаре” второго тома “Чжуд-ши” в шести частях: необходимое условие обучения врачебной дисциплине, суть учёного врача, определение термина, классификация врачей, обязанности врача и результат деятельности врача [Чжуд-ши, 2001, с. 110-116; Yutok, 2000, с. 95-101; Yuthok, 2011, с. 281-300]. Кроме части “определение термина”, где даётся лишь тибетская этимология слова *менпа* (*stan pa*) – “лекарь”, во всех остальных частях подробно описываются те качества, которыми должен обладать врач, а также то, что он должен делать, и что не должен, правила поведения и взаимодействия врача с пациентом, учениками, коллегами и т.д. Некоторые части из всего этого обширного материала были вкратце представлены в работе немецкого исследователя Й. Шлитера, но, к сожалению, с пропусками, путаницей пунктов и подпунктов внутренней структуры главы [Schlieter, 2014, с. 1-17]. Также, с сожалением приходится признать, что перевод данной главы в русском издании “Чжуд-ши” [Чжуд-ши, 2001, с. 110-116], интерпретации отдельных учёных содержания главы оставляют желать лучшего, не лишены неточностей и ошибок [Хунданов и др., 1979, с. 107]. И потому все отрывки из “Чжуд-ши”, представленные в этой работе, даются в переводе автора.

Здесь же остановимся на рассмотрении вопросов, касающихся взаимоотношений врача и пациента, отношения тибетцев к эвтаназии и аборту, которые до сих пор не получили должного освещения в современной научной литературе.

Тибетская врачебная этика. Переходя собственно к представлениям о врачебной этике в тибетской медицине отметим, что в отличие от часто трансформирующихся европейских этических моделей, они вот уже на протяжении нескольких веков абсолютно не меняются, и до сих пор практикуются [Pordié, 2007]. Это объясняется тем, что в тибетской письменной культуре “Чжуд-ши”, составленный в стихотворной форме, является строго канонизированным “коренным” текстом, в который нельзя вносить никакие изменения. Более того традиция воспринимает “Чжуд-ши” как изложение медицинского учения, проповеданного самим Буддой

[Khenchen, 2004]. Интересующий нас основной вопрос врачебной этики, т.е. взаимоотношение тибетского врача с больным, представлен в “Чжуд-ши” в “общих обязанностях” под пунктом “действие речи”, имеющим шесть подпунктов. Там, в частности, сказано:

Действие речи – это дать прогноз [болезни].

Если [болезнь] определена, то объявляют об этом сходно с тем, как трубят в раковину на рынке:

Делаются заверения о [1] выздоровлении больного, или [2] прогнозируется время смерти.

Если не удается [определить болезнь], то по аналогии с [раздвоенным] языком змеи,

Дают [3] двоякий прогноз, и покидают больного с наиболее вероятным [исходом болезни].

Другие действия речи – это [4] выразить взаимное согласие мнений;

[5] Диагностировать [болезнь], но соглашаться с больным;

[6] Избегать неприятностей, допуская любое развитие [болезни] [Yutok, 2000, p. 100].

Рассмотрим более подробно эти шесть типов взаимоотношений в сравнении с вышеуказанными европейскими моделями.

Первые два подпункта ясно говорят о том, что если врач точно диагностирует болезнь, то он должен немедленно информировать больного как о благоприятном прогнозе – выздоровлении (*tsho bar khas blangs*), так и о неблагоприятном – “прогнозировать время смерти” (*chi bar dus btob*). В третьем случае, если же врачу не удастся поставить диагноз, то он должен прогнозировать любой из двух возможных исходов болезни, но сообщить больному о наиболее вероятном из них (*gyis la zhon nas gang bzang steng du bros*). Эти три подхода напоминают европейский биоэтический принцип уважения – достоверного информирования пациента о диагнозе и прогнозе заболевания. Но в отличие от западного врача, тибетский врач не считает, что неблагоприятный прогноз – или как здесь “прогнозировать время смерти” – может вызвать стресс, усугубить болезнь, нарушить принцип “не навреди”.

Отголоски европейской “коллегиальной модели” отношений прослеживаются в четвертой формулировке: “выразить взаимное согласие мнений” (*mthun par snang ba gsal gdab*), где больной в своём взаимодействии с врачом выступает как равноправная сторона. Следующая фраза – “диагностировать [болезнь], но соглашаться с больным” (*blo yi chod pa yul dang bstun pa*) – говорит о том, что врач соглашается с предположением больного о своём заболевании, но лечит именно ту болезнь, которую он диагностирует у него. Эти взаимоотношения напоминают классическую “патерналистскую модель”, работающую по принципу “доктору лучше знать”. И, наконец, в шестой формулировке – “избегать неприятностей, допуская любое развитие болезни” (*srin pa'i sgo mi bgag par rdzong la bros*) – описывается ситуация, когда врач не может дать стопроцентной гарантии исхода болезни. Об этом в тексте “Чжуд-ши” сказано буквально следующее:

... степень серьезности болезни, выздоровеет больной или умрет –

Зависят от удачи, кармы, благих заслуг и условий [режима питания и образа жизни]:

Кто-то выздоровеет, а кто-то умрет.

Потому невозможно дать абсолютно точный прогноз.

[В подобных ситуациях], даже если риск очень высокий, то говорят, что стоит лечить,

А в случаях меньшего риска говорят, что следует лечить с осторожностью.

К тому же [все прогнозы] должны соответствовать общепринятым правилам и нормам [Yutok, 2000, p. 100].

Отсюда следует, что тибетский врач во избежание неприятных последствий для репутации, даже при очень высоком риске, должен говорить о возможности выздоровления, а в случаях меньшего риска говорить о необходимости осторожного подхода к лечению. Ибо под влиянием каких-либо объективных и субъективных факторов даже неизлечимо больной человек может выздороветь, а человек с куда менее серьезным заболеванием может умереть.

Комментируя данный фрагмент, знаменитый тибетоязычный монгольский врач XIX века Лунрик Дандар пишет, что врач также “избегает неприятностей” тогда, когда его благоприятный или неблагоприятный прогноз подтверждается. В том случае, если подтверждается неблагоприятный прогноз, и больной умирает, то врачу рекомендуется выполнить все подобающие случаю обряды, в том числе произвести астрологические вычисления для погребения тела, родственникам и близким умершего изложить буддийское учение о непостоянстве и неизбежности смерти и т.д. [Lunrik, 2004, p. 167].

Тут необходимо подчеркнуть, что мировоззрение тибетской медицины полностью основывается на буддизме. И некоторые особенности тибетской врачебной этики, которые, на европейский взгляд противоречат врачебной этике как таковой, объясняются буддийским учением о пустоте (*тиб.* stong pa nyid/ *санскр.* śūnyatā) или взаимозависимом происхождении всех явлений (*тиб.* rten 'brel 'byung ba/ *санскр.* praṭītya-samutpāda), утверждающего, что в мире перерождений – *сансаре* все обусловлено, о *карме* (*тиб.* las/ *санскр.* karma/ *букв.* “действие”) или законе причинно-следственной связи всех деяний человека на физическом, вербальном и ментальном уровнях.

Что касается самого буддизма в целом, то с распространением *махаяны* в первые века нашей эры медицина стала её неотъемлемой частью. Согласно религиозно-этическому идеалу *бодхисаттвы*, предложенной *махаяной* и монахам, и мирянам, лечение больных, избавление живых существ от страданий является ключевым аспектом духовного совершенствования. Медицина была включена в пять основных наук и стала предметом монастырского образования в буддийских университетах Индии. В некоторой степени медицину рассматривали как одно из “искусных средств” для обращения в буддизм. Был создан культ Будды Медицины с детально разработанными текстами, обрядностью, который пользовался большим успехом в Центральной Азии, на Дальнем Востоке, а затем в Тибете и в других буддийских регионах [Dalai Lama V, 2009; Жабон, 2014]. Через *махаяну* тибетцы ознакомились не только с буддийскими этическими принципами, но и с аюрведическим кодексом медицинской этики, систематизированным древнеиндийскими врачами [Pandya, 2000]. По утверждению Г.М. Бонгард-Левина в древней Индии существовало понятие врачебной тайны, согласно которой индийский “врач не должен был сообщать пациенту о тех своих наблюдениях, которые способны были бы отрицательно повлиять на

его душевное состояние и, таким образом, усугубить недуг” [Бонгард-Левин, 2007, с. 353]. Надо признать, что в тексте “Чжуд-ши” не удалось обнаружить такое выражение, которое соответствовало бы современному пониманию врачебной тайны. Здесь также отсутствуют понятия об эвтаназии и аборте. Однако, как будет изложено ниже, все эти вопросы решаются тибетскими врачами в рамках буддийских учений о *карме*, реинкарнации и т.д. В этой связи отметим, что седьмой пункт статьи Ч. Гудмана полностью посвящен проблемам эвтаназии и аборта, рассматриваемые им с точки зрения буддийских этических принципов [Goodman, 2014]. Собственно же буддийская этика, которую более точно в традиции называют “нравственной дисциплиной” (*тиб.* tshul khriims/ *санскр.* śīla), всё активнее привлекается в поле академических изысканий западных учёных [Harvey, 2000]. Существует даже специальный “Журнал буддийской этики” (The Journal of Buddhist Ethics), освещающий работы в области изучения историко-культурного развития буддийской этической мысли, рассматриваемой здесь с различных точек зрения: Виная и юриспруденция, философская этика, права человека, этика и психология, экология и окружающая среда, социальная и политическая философия, межкультурная этика, этика и антропология, межконфессиональный диалог по вопросам этики и медицинская этика [Hughes, Keown, 1995].

Отношение тибетцев к эвтаназии и аборту. В современной медицине, согласно требованиям части общества, в том числе некоторых медицинских работников, всё чаще обсуждают вопрос о возможности легализовать эвтаназию, которая в корне противоречит традиционной клятве Гипократа. Что касается тибетцев, то в формулировании ответов на такие сложные ситуации в медицинской практике как эвтаназия, аборт они непременно обращаются к буддизму.

Безусловно, в случае неизлечимых пациентов тибетские врачи не практикуют эвтаназию. Они лишь стараются, насколько это возможно минимизировать боль и облегчить состояние больного. Буддийская точка зрения заключается в том, что нужно позволить *карме* завершиться самостоятельно, естественным образом. И, конечно же, у тибетских врачей нет аппаратов, которые бы искусственно продлевали жизнь. Но вместе с тем, на вопрос об эвтаназии Далай-лама XIV (1935 г.р.) в одной из своих публичных лекций ответил, что “в целом её лучше избегать, как и аборт. Бывают случаи, когда люди очень сильно страдают, и надежды на выздоровление нет, тогда эвтаназия может быть приемлема. И всегда бесконечно важно, чтобы ум умирающего пребывал в покое” [Далай-лама XIV, 2014]. То есть, надо понимать, что всё зависит от ситуации, и необходимо рассматривать каждый отдельный случай.

Очень любопытную трактовку аборта в своё время дала Лобсанг Долма Канкар (1935-1989) – первая женщина врач в тибетском обществе. Согласно её мнению, существует три вида младенческой смерти: внутриутробная смерть плода, смерть во время родов (или же сразу после родов) и смерть детей младше одного года. Внутриутробную смерть, которую специалисты классифицируют как самопроизвольный аборт, Долма Канкар объясняет тем, что плод естественным образом погибает в утробе, прожив те несколько недель или месяцев, которые остались у

человека от предыдущей жизни (*tshe lhag*). Два других случая смерти, а также искусственный аборт, обусловлены, по её мнению, *кармой* ребёнка прожить короткую жизнь. Вместе с тем она отмечает, что для женщины аборт чреват тяжелыми *кармическими* последствиями [Lobsang, 1998, p. 97-100]. Тут может возникнуть вопрос – какая *карма* может быть у ребёнка? Ведь нам более привычна европейская модель восприятия ребенка, когда он считается “невинным божьим созданием”. Согласно же буддизму, взрослые и малые дети ничем не отличаются, каждый несёт своё индивидуальное *кармическое* наследие. Что конкретно имеется в виду здесь? Современные исследователи считают, что жизнь человека как биологического индивидуума формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется “неповторимый генетический материал” [Еремеева, 2016, с. 42]. Однако буддисты добавили бы сюда и “непрерывный поток сознания” [Hopkins, 1980, p. 41], или то, что они называют *сантаной* (*тиб. sems kyī gyud/ санскр. citta-saṃtāi, saṃtāna/ букв. “поток”, “континуум”, “последовательность”, “нить”*). Согласно традиции, именно непрерывность *сантаны* обуславливает процесс перерождения или реинкарнации (новое существование, переход из одной жизни в другую), где без предшествующего потока сознания последующий поток сознания не может быть порожден [Hopkins, 1980, p. 41-48]. Так, например, о трех причинах, обуславливающих зачатие [Garrett, 2008, p. 8], а также о других сопутствующих факторах появления человеческой жизни в «Чжуд-ши» сказано:

«Условием для зачатия [нового организма] в матке являются:

Слияние спермы отца и яйцеклетки матери, не имеющих каких-либо изъянов,

Сознание, побуждаемое [отпечатками прошлой] *кармы* и [вредоносными эмоциями] *клеши*, соединение пяти первоэлементов» [Yutok, 2000, p. 16].

Как же весь этот процесс (взаимосвязь *сантаны* и *кармы*) реализуется? Предельно корректное и понятное объяснение принципа работы такой сложной религиозно-философской концепции обнаруживается в работе Г.М. Бонгард-Левина «Древнеиндийская цивилизация»:

Представление о *сантане* служит в буддийской доктрине предпосылкой к своеобразному восприятию идеи *кармы*. Смерть есть неизбежное прекращение *сантаны*, «приостановка потока», причем прежние связи рвутся и целое окончательно распадается на элементы. Однако действия и интенсивные психические напряжения, вызванные прекратившейся *сантаной*, не исчезают вовсе, они предопределяют изменения в элементах и сказываются на особенностях новых «потоков», которые опять и опять возникают в непрерывном круговороте бытия. В этом смысле новое существование – результат событий, отмеченных в предыдущем. <...> Как же буддисты объясняли природу и суть перерождения, утверждая одновременно иллюзорность души и индивидуального «я»? Наиболее точный ответ можно получить, обратившись к тем образным сравнениям, с помощью которых раскрывается идея. Когдадвигающийся шар, поясняет, например, буддийский комментатор V в. Буддхагхоша, сталкивается с другим шаром, он как бы передает ему свое движение; теперь движется уже второй шар, а первый останавливается. Точно так же и с личностью человека (вернее, с

сантаной): смерть прекращает существование индивида, но совершенные им дела воздействуют на новые существования [Бонгард-Левин, 2007, с. 166-167].

К слову сказать, сознание, “карта ума” и многие другие темы в тибетском буддийском представлении уже давно привлекают внимание западных ученых: природа различных типов и уровней сознания [Houshmand et al., 1999], эмбриология [Garrett, 2008]; процесс умирания и смерти [Hopkins, 1980, 2002].

Примечательно отметить и “результат труда тибетского врача” в традиционном понимании. Так, признание, богатство и т.д. в этой жизни составляют “временный результат”. Но если же тибетский врач будет строго придерживаться всех установленных правил и норм поведения, то обретёт “окончательный результат”, то есть достигнет конечной цели всех буддистов – состояния будды (*тиб. sangs rgyas kyī sa/ санскр. buddha-bhūmi*), подразумевающего “того, кто преодолел все свои недостатки и реализовал весь свой потенциал ради блага других”. Для этого тибетскому врачу необходимо практиковать *бодхичитту* (*тиб. byang chub/ санскр. bodhicitta*) – развить в себе “ум, устремленный к просветлению”. Это означает, что он должен воспринимать все живые существа, как своих родителей, самоотверженно стремиться помочь всем им. В этой связи следует отметить, что именно практика *бодхичитты* делает её этикой буддизма, отличает её от других существующих этических дисциплин. Чтобы приступить к практике *бодхичитты* тибетский врач должен получать у учителей особые посвящения, получить устную передачу медицинских текстов, слушать учения у буддийских мастеров, соблюдать обеты и т.д. Потому, в отличие от профессиональной медицинской этики современных врачей, главная особенность тибетской модели врачебной этики заключается именно в обязательном духовном совершенствовании.

Итак, как очевидно из всего выше сказанного, отношение к большинству этических проблем тибетской и европейской моделей врачебной этики обнаруживает как значительные элементы сходства, так и свои специфические особенности. В целом тибетские биоэтические представления, понятие о врачебной этике носят корпоративный, патерналистский характер, при котором пациент полностью полагается на квалификацию и опыт врача, возлагая на него всю моральную ответственность за своё здоровье, что свойственно для традиционной модели Гиппократова. Однако в конкретных случаях, в принятии морально значимых и жизненно важных решений взаимоотношения тибетского врача с больным отличаются более реалистичным подходом, в котором груз ответственности распределяется между обеими сторонами. Здесь тибетский врач руководствуется биоэтическим «принципом уважения», и незамедлительно информирует пациента о диагнозе и прогнозе болезни, даже если этот прогноз крайне неблагоприятен, в то время как в европейской культуре такой подход довольно редко практикуется, особенно при раковых заболеваниях. Это не означает, разумеется, что тибетский врач следует собственным демократическим принципам современной биоэтики (автономии личности, информированного согласия и т.д. в общепринятом смысле). Эти подходы реализуются им в контексте целого ряда других,

традиционно тибетских духовных ценностей, философских и религиозных представлений [Жабон, 2016]. В сложных ситуациях в медицинской практике, таких как эвтаназия или аборт, тибетские врачи преимущественно апеллируют к буддизму, в частности, учению о *карме*. Вместе с тем исследование показывает, что основные положения древней врачебной этики Тибета с ее полным комплексом духовной и профессиональной подготовки врачей достаточно прогрессивны, актуальны и вполне могут интегрироваться в этическое знание европейской и российской культуры. Это позволит преодолеть мировоззренческую односторонность и доминирование этических принципов западной культуры в подходе к некоторым современным медицинским проблемам.

Литература:

1. Бонгард-Левин Г. М. Древнеиндийская цивилизация: история, религия, философия, эпос, литература, наука, встреча культуры. М.: Вост. лит., 2007.
2. Еремеева О.И., Сайфуллина Н.А. К вопросу о понятии и правовом положении эмбриона человека // Инновационная наука. 2016. № 3-2 (15). С. 40-44.
3. Жабон Ю.Ж. Медицинские обрядовые тексты (на материалах тибетского фонда Центра восточных рукописей и ксилографов Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН) // Вестник БНЦ. 2014. № 2 (14). С. 172-176.
4. Жабон Ю.Ж. Тибетский медицинский канон «Чжуд-ши» об этике // Культура Центральной Азии: письменные источники. 2016. Вып. 9. С. 64-92.
5. Курленкова А.С. Биоэтика в российской культуре: мнения экспертов // Медицинская антропология и биоэтика. 2013. №1 (5). http://www.medanthro.ru/?page_id=1156
6. Силуянова И.В. От клятвы Гиппократова до биоэтики. Моральные принципы и исторические модели биомедицинской этики // Биоэтика: реальность жизни. Человек и его образ в современной медицине и философской антропологии. Учебно-методическое пособие / Отв. ред. И.В. Силуянова. М.: изд-во РГМУ, 2001. С. 5-17.
7. Чжуд-ши – канон тибетской медицины / Пер. с тибетского Д.Б. Дашиева. М.: Восточная литература, 2001.
8. Boesi A. Plant categories and types in Tibetan Materia Medica // The Tibet Journal. Vol. XXX & Vol. XXXI, No.4 & No.1, Winter 2005 & Spring 2006. P. 66-90.
9. Garrett F. Religion, medicine and the human embryo in Tibet. London; New York: Routledge, 2008.
10. Hopkins J. Death, Intermediate State and Rebirth. In collaboration with Lati Rinpoche, translated and annotated from the Tibetan by Yang-jen-ga-way-lo-drö with an introduction. Ithaca: Gabriel Press, 1980.
11. Hughes J., Keown D. Buddhism and medical ethics: a bibliographic introduction // Journal of Buddhist ethics. 1995. Vol. 2. P. 105-124.
12. Khenchen Thrangu. Medicine Buddha Teachings. New-York: Snow Lion Publications, 2004.
13. Lunrik Dandar. rGyud bzhi'i brda bkrol nam rgyal a ru re'i phreng ba'i mdzes rgyan. Dharamsala: Bod gzhung sman rtsis khang, 2004.
14. Pordié L. Buddhism in the Everyday Medical Practice of the Ladakhi Amchi // Indian Anthropologist. 2007. № 37 (1). P. 93-116.
15. Schrempf M. (ed.) Soundings in Tibetan Medicine: Anthropological and historical perspectives. Leiden: Brill Academic Publishers, 2007.

Reference:

1. Bongard-Levin G. M. Drevneindijskaya civilizaciya: istoriya, religiya, filosofiya, ehpos, literatura, nauka, vstrecha kul'tur. M.: Vost. lit., 2007.
2. Eremeeva O.I., Sajfullina N.A. K voprosu o ponyatii i pravovom polozhenii ehmbriona cheloveka // Innovacionnaya nauka. 2016. № 3-2 (15). S. 40-44.

3. Zhabon YU.ZH. Medicinskie obryadovye teksty (na materialah tibetskogo fonda Centra vostochnyh rukopisej i ksilografov Instituta mongolovedeniya, buddologii i tibetologii SO RAN) // Vestnik BNC. 2014. № 2 (14). S. 172-176.
4. Zhabon YU.ZH. Tibetskij medicinskij kanon «CHzhud-shi» ob ehlike // Kul'tura Central'noj Azii: pis'mennye istochniki. 2016. Vyp. 9. S. 64-92.
5. Kurlenkova A.C. Bioetika v rossijskoj kul'ture: mneniya ehkspertov // Medicinskaya antropologiya i bioetika. 2013. №1 (5). http://www.medanthro.ru/?page_id=1156
6. Siluyanova I.V. Ot klyatvy Gippokrata do bioetiki. Moral'nye principy i istoricheskie modeli biomedicinskoj ehтики // Bioetika: real'nost' zhizni. CHelovek i ego obraz v sovremennoj medicine i filosofskoj antropologii. Uchebno-metodicheskoe posobie / Отв. ред. I.V. Siluyanova. M.: izd-vo RGMU, 2001. S. 5-17.
7. CHzhud-shi – kanon tibetskoj mediciny / Per. s tibetskogo D.B. Dashieva. M.: Vostochnaya literatura, 2001.
8. Boesi A. Plant categories and types in Tibetan Materia Medica // The Tibet Journal. Vol. XXX & Vol. XXXI, No.4 & No.1, Winter 2005 & Spring 2006. P. 66-90.
9. Garrett F. Religion, medicine and the human embryo in Tibet. London; New York: Routledge, 2008.
10. Hopkins J. Death, Intermediate State and Rebirth. In collaboration with Lati Rinpoche, translated and annotated from the Tibetan by Yang-jen-ga-way-lo-drö with an introduction. Ithaca: Gabriel Press, 1980.
11. Hughes J., Keown D. Buddhism and medical ethics: a bibliographic introduction // Journal of Buddhist ethics. 1995. Vol. 2. P. 105-124.
12. Khenchen Thrangu. Medicine Buddha Teachings. New-York: Snow Lion Publications, 2004.
13. Lunrik Dandar. rGyud bzhi'i brda bkrol nam rgyal a ru re'i phreng ba'i mdzes rgyan. Dharamsala: Bod gzhung sman rtsis khang, 2004.
14. Pordié L. Buddhism in the Everyday Medical Practice of the Ladakhi Amchi // Indian Anthropologist. 2007. № 37 (1). P. 93-116.
15. Schrempf M. (ed.) Soundings in Tibetan Medicine: Anthropological and historical perspectives. Leiden: Brill Academic Publishers, 2007.

УДК 172

РЕЛИГИОЗНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Т.Г. Светличная

Доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, statiana64@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-6563-9604

Л.И. Меньшикова

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, menshikova1807@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1525-2003

А.А. Рухтин

кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава России, biosoc2008@yandex.ru

В статье изложены результаты исследования морально-нравственных и биоэтических представлений верующих и неверующих медицинских работников для оценки влияния фактора религиозности на формирование биоэтического типа мировоззрения. Проведенный компаративный анализ морально-нравственных характеристик медицинских работников с религиозным (43,3%) и