

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022  
УДК 614.2

Аксенова Е. И.<sup>1</sup>, Александрова О. А.<sup>1,2,3</sup>, Ярашева А. В.<sup>2</sup>, Марков Д. И.<sup>1,3</sup>

## КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: УЧЁТ ЭТНОКОНФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

<sup>1</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>2</sup>Институт социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской — обособленное подразделение

ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН», 117218, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, Москва, Россия

*Цель статьи — изучение подходов к развитию корпоративной культуры работников сферы здравоохранения в части формирования у них толерантного отношения к пациентам, принадлежащим к различным этнокультурным и конфессиональным группам. В числе мер управленческого воздействия — дальнейшее развитие основ корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций, которое может способствовать решению задачи привлечения пациентов, относящихся к самым разным национальным и религиозным группам. Результаты анализа (систематизация научной литературы и социологический опрос в виде проведённых авторами статьи интервью) основных проблем, решение которых связано с развитием корпоративной культуры, показали, что важное значение имеют отношение пациентов и медицинского персонала к эвтаназии, прерыванию беременности, смерти (в том числе суициду); способы воспроизводства жизни (искусственное зачатие, суррогатное материнство); препятствия для отправления религиозных ритуалов во время лечения пациентов. В статье представлены выводы по анализу указанных проблем и возможных подходов к их решению: авторами предложены меры по формированию новых компетенций в корпоративной культуре (как совокупности формальных и неформальных требований в медицинской организации, предъявляемых по отношению к своим сотрудникам), направленные на предотвращение и преодоление конфликтных ситуаций, возникающих из-за недопонимания между пациентами (российскими и зарубежными) и медперсоналом.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* медицинская организация; корпоративная культура; этноконфессиональные особенности пациентов; медицинский туризм

**Для цитирования:** Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учёт этноконфессиональной принадлежности пациентов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(спецвыпуск):943—948. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948>

**Для корреспонденции:** Марков Дмитрий Игоревич, e-mail: [dimarkov@fa.ru](mailto:dimarkov@fa.ru)

Aksenova E. I.<sup>1</sup>, Aleksandrova O. A.<sup>1,2,3</sup>, Yarasheva A. V.<sup>2</sup>, Markov D. I.<sup>1,3</sup>

## CORPORATE CULTURE IN A MEDICAL ORGANIZATION: THE ETHNO-CONFESSIONAL AFFILIATION OF PATIENTS

<sup>1</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Institute of Socio-Economic Studies of Population — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, 117218, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Financial University under the Government of the Russian Federation, 125167, Moscow, Russia

*The purpose of the article is to study approaches to the development of corporate culture of healthcare workers in terms of forming a tolerant attitude towards patients belonging to various ethno-cultural and confessional groups. Among the measures of managerial influence is the further development of the foundations of the corporate culture of employees of medical organizations, which can contribute to solving the problem of attracting patients belonging to a variety of national and religious groups. The results of the analysis (systematization of scientific literature and sociological survey in the form of interviews conducted by the authors of the article) of the main problems, the solution of which is associated with the development of corporate culture, showed that the attitude of patients and medical personnel to euthanasia, termination of pregnancy, death (including suicide); methods of reproduction of life (artificial conception, surrogacy); obstacles to religious rituals during the treatment of patients. This article presents conclusions on the analysis of these problems and possible approaches to their solution: the authors propose measures for the formation of new competencies in corporate culture (as a set of formal and informal requirements in a medical organization imposed on its employees) aimed at preventing and overcoming conflict situations arising from misunderstandings in relationships between patients and medical staff.*

*К е y w o r d s:* medical organization; corporate culture; ethno-confessional characteristics of patients; medical tourism

**For citation:** Aksenova E. I., Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Markov D. I. Corporate culture in a medical organization: the ethno-confessional affiliation of patients. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(Special Issue):943–948 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948>

**For correspondence:** Dmitry I. Markov, e-mail: [dimarkov@fa.ru](mailto:dimarkov@fa.ru)

**Source of funding.** The research had no sponsor support.

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

Received 22.03.2022  
Accepted 13.05.2022

### Введение

В российском здравоохранении вопросы формирования корпоративной культуры связаны с нала-

живанием коммуникации работников медицинских организаций (МО) и пациентов, относящихся к различным этнокультурным и конфессиональным

группам. С точки зрения важности соблюдения законодательных норм, «приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путём соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного отношения со стороны медицинских работников и оказания медицинской помощи пациенту с учётом его физического состояния и с соблюдением культурных и религиозных традиций пациента<sup>1</sup>». Однако не все аспекты данного вопроса учитываются во взаимодействиях медперсонала и пользователей услуг здравоохранения. Учёными ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» осуществляются научные разработки по формированию конкурентоспособного кадрового состава сотрудников столичных медицинских организаций [1] и исследуются важные аспекты корпоративной культуры работников здравоохранения [2].

### Литературный обзор

Анализ научных публикаций российских учёных показал, что профессиональные качества медицинских работников подразумевают и высокий уровень мотивированности для оказания необходимой помощи пациентам [3], и такие модели поведения [4], которые способствуют увеличению удовлетворённости услугами. Исследование возможностей учёта этнокультурных особенностей пациентов в процессе лечения осуществляется в ГБУ «НИИОЗМ ДЗМ» на основе систематизации научных разработок и авторских социологических опросов [5]. Способы увеличения конкурентных преимуществ организаций (привлечения внебюджетных средств) за счёт оказания услуг не только российским, но и иностранным пациентам (медицинский туризм), исследуются в разрезе воспитания толерантного отношения к пациентам, принадлежащим к разным этническим и конфессиональным группам, как части корпоративной культуры [6]. Корпоративная культура как эталон поведения работников рассматривается исследователями в качестве характеристики, «определяющей своеобразие и уникальность деятельности медицинской организации, способов повышения социальной ответственности работников здравоохранения перед обществом и пациентами» [7].

### Методы и результаты исследования

Достижение цели исследования предполагало систематизацию имеющихся подходов к актуальным проблемам развития корпоративной культуры в МО, а также проведение опроса с помощью качественного социологического метода — структурированного интервью.

Опрос проводился в период с апреля по июль 2021 г. Опрошены 24 иностранных гражданина из 20 стран (средний возраст опрошенных — 25 лет); 2 эксперта из области исследований качества жизни иностранных студентов, в сферу интересов которых входило и изучение установок иностранных студен-

тов (потенциальных потребителей) в отношении российских медицинских услуг.

### *Паллиативная помощь, эвтаназия, суицид, смерть пациента*

Большинство православных христиан стойко переносят все тяготы имеющихся у них недугов, а уход за пожилыми неизлечимыми больными, их социальная и психологическая поддержка выполняют задачу достойного человеческого завершения жизни. При этом позиция православной церкви заключается в необходимости молитв, но не самостоятельного выбора человеком между жизнью и временем (моментом) смерти, и осуждает действия медицинских работников, способные привести к сокращению срока жизни. Эвтаназия ни при каких обстоятельствах не допускается в православии [8]. Догматы католической церкви предполагают возможность использования анальгетиков при организации паллиативной помощи, при этом «если лечение больного связано с риском, мучениями и непредсказуемыми последствиями, разрешается прекратить такую терапию» [8, С. 87].

Такое же отношение к паллиативной помощи и в исламе: важно обеспечение достойной жизни больного человека и возможность реализации его духовных потребностей [9]. Согласно мусульманским представлениям, «необходимо всячески препятствовать наступлению преждевременной смерти, оправдание смерти во избежание страданий не допускается» [10]. Но на «терминальной стадии можно прекратить лечение больных, если врачи убеждены в его неэффективности и отсутствии методик, способных хотя бы стабилизировать состояние пациента» [8].

В отношении смерти пациента медицинский персонал стационаров часто встречается с возражением родственников умершего мусульманина против вскрытия [11]. Из уважения к семье врачи руководствуются законом<sup>2</sup>: «при проведении патологоанатомических вскрытий, по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника, а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном при его жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится, за исключением особых случаев».

Несмотря на различия в религиозно-философских представлениях буддистов в разных странах мира, отношение к методам лечения и смерти одинаковое: разрешается обезболивание и принцип «двойного эффекта» (уменьшение страданий, но не сокращение жизни).

Если рассматривать такое явление как суицид, то в исследовании, проведённом в «Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова» Минобороны РФ, выявлено: среди пациентов с суицидальными

<sup>1</sup> Закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>2</sup> Статья 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

высказываниями православных было больше, чем в группе больных, совершивших суицидальные попытки (73,7 и 53,8% соответственно)<sup>3</sup>. Подтвердилось большое значение принадлежности к традиционной (в данном случае, православной) религии и воцерковленности в качестве антисуицидальных факторов [12].

Социокультурные аспекты, которые необходимо учитывать медицинскому персоналу, выражаются в «способах осуществления суицида и связанных с этим этнических особенностей менталитета. У представителей разных этносов имеются определённые черты клинической картины, течения и распространённости психических расстройств, приводящих к самоубийству» [13]. Психиатрические и психотерапевтические методы лечения пациентов базируются на «оценке степени духовности пациента, они должны быть частью исследования культурологического контекста в ходе любой консультации пациента в психиатрическом учреждении, и могут помочь вскрыть психологические и социальные вопросы, имеющие отношение к успеху лечения» [14].

#### *Вопросы воспроизводства жизни*

Дифференциация причин прерывания беременности, вопросы отношения к зарождающейся жизни («имеет ли плод право на жизнь?») остаётся дискуссионной [15]. Зачастую медицинским работникам «удаётся избежать нарушения этических принципов, однако это не снимает остроту вопроса о допустимости медицинской помощи при искусственном прерывании беременности» [16]. Отношение к этому у представителей всех конфессий отрицательное, при этом нельзя не отметить и право врача на этический выбор при принятии решения о проведении аборта. По своим религиозным убеждениям медицинские работники могут отказаться от осуществления вмешательства и/или производства медицинской процедуры [17]. Если говорить о трёх мировых религиях, то «буддизм запрещает искусственное прерывание беременности во всех случаях; согласно мусульманской религиозной традиции, душа у эмбриона появляется с 1-й недели 4-го месяца беременности, с этого времени аборты запрещены, а до этого срока за женщиной сохраняется свобода выбора, как поступить». В католицизме «аборт возможен только при прямых медицинских показаниях»; в православии аборт — один из видов убийства.

Исследование учёными из Европейского университета в Санкт-Петербурге и НИУ ВШЭ (Санкт-Петербург) вопросов отношения представителей 9 постсоветских республик к проблемам абортов, разводов и добрачных связей<sup>4</sup> по Азербайджану, Армении, Грузии, Беларуси, Казахстану, Кыргызстану, России, Узбекистану и Украине выявило важней-

ший фактор: при выстраивании отношений между медицинскими работниками и пациентами следует различать вид (направление) религии и уровень (степень) религиозности человека» [18]. Выяснилось, что «в преимущественно мусульманском (направление конфессии), но довольно светском (уровень религиозности) Казахстане отношение к вопросам возможности абортов значительно менее жёсткое, чем у населения христианских и весьма религиозных Армении и Грузии; индустриальный и секулярный Казахстан с исламским культурным наследием оказался ближе к индустриальной и секулярной Беларуси с христианской культурой, чем к мусульманским, но в основном сельскохозяйственным Узбекистану и Кыргызстану» [18, С. 110].

#### *Сложности соблюдения ритуалов во время лечения*

Приверженцы ислама в период поста не могут осуществлять приём еды, воды и лекарственных препаратов в светлое время суток. Однако, поскольку «Коран освобождает обязанности соблюдения поста, особенно, если пост может привести к серьёзным последствиям для здоровья» [19], медицинским работникам следует убедить пациентов с сахарным диабетом отказаться от поста. В протоколах лечения диабета в периоды «священных» месяцев перечислены сахароснижающие препараты, «обеспечивающие длительный контроль глюкозы в крови» [20]; именно такие медикаментозные средства могут помочь больному выдержать до наступления тёмного времени суток. Кроме того, была разработана специальная «диета, оптимально подходящая тем, что во время вечернего приёма пищи количество углеводов невелико» [20, С. 7].

Что касается урологических заболеваний, то мусульмане отказываются от лечения по поводу злокачественного новообразования, ссылаясь на религиозные запреты. В публикациях врачей «отмечается, что большинство опасаются: уростама нарушает их ритуальную чистоту и, как следствие, их религиозные обязанности. Следствием такого отказа от лечения может явиться более низкое качество жизни по сравнению с пациентами других конфессий. Низкая осведомлённость о религиозных обязанностях среди хирургов, выполняющих хирургические операции при данном заболевании, может препятствовать полноценному обсуждению этих вопросов до операции» [21]. Священники-имамы «поясняют: от операции по поводу онкологии мочевого пузыря нельзя отказываться по религиозным мотивам. Эти данные могут и должны быть использованы врачами в качестве доказательства и убеждения при обсуждении тактики лечения с пациентом-мусульманином» [21, С. 207].

#### **Результаты эмпирического исследования**

Анализ интервью иностранных граждан, посвящённых возможности учёта мнений пациентов (в том числе потенциальных), относящихся к разным этноконфессиональным группам, позволил зафиксировать следующий парадокс. С одной стороны, к

<sup>3</sup> Обследован 161 пациент (81 человек, совершивших суицидальные попытки — основная группа и 80 пациентов с суицидальными высказываниями — контрольная группа).

<sup>4</sup> На материале шестой волны опроса «Всемирное исследование ценностей» за 2012—2014 гг.

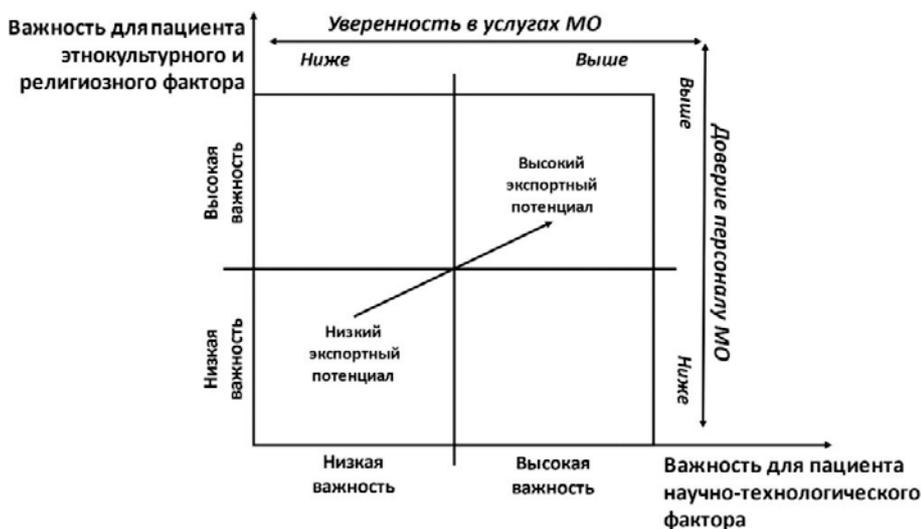


Рис. 1. Логический квадрат взаимовлияния научно-технологического и этнокультурно-религиозного факторов на развитие экспортного потенциала МО.

между врачом и пациентом, пациентом и медицинской организацией (рис. 1).

Важность учёта этнокультурного и конфессионального аспектов в коммуникации между иностранным пациентом и МО подчёркивают и опрошенные эксперты. Так, для выстраивания конструктивной коммуникации между иностранным пациентом и персоналом МО, способствующей как повышению результативности оказания медицинских услуг, так и снижению эмоционального стресса у каждого из участников, необходимы как в целом языковая доступность и компетентность инфраструктуры МО и её сотрудников, так и соответствующие «понимающие» качества у последних (рис. 2).

ключевым факторам выбора направлений медицинского туризма большинство опрошенных отнесли технологическую оснащённость медицинской организации (МО), квалификацию и опыт персонала, а также результативность, срочность и стоимость оказания медицинских услуг; этнокультурный и религиозный аспекты в этом плане являются вторичными. С другой стороны, существуют определённые страны, от посещения которых (с целью медицинского туризма) интервьюируемые предпочли бы отказаться (при условии равного качества и результативности медуслуг) по таким причинам, как:

- а) существенное различие в мировоззрении;
- б) непонимание организации процесса лечения;
- в) недоверие к представителям другой национальности и языковой группы;
- г) определённая неприязнь к «чужакам» в стране — экспортере медицинских услуг, осложняющая пребывание в ней;
- д) коммуникационные сложности;
- е) возможность оказаться обманутым.

При этом отдельные информанты указывали на близость стран в этнокультурном и религиозном аспектах как во многом определяющей при выборе направления использования медицинских услуг.

Научно-технологический и этнокультурный факторы являются определяющими с точки зрения развития экспортного потенциала МО: первый является определяющим на макроуровне, обеспечивая уверенность в надёжности услуг, второй — на микроуровне, обеспечивая конструктивную коммуникацию

между врачом и пациентом, пациентом и медицинской организацией (рис. 1).

Результаты экспертных интервью показали, что иностранные студенты, получающие образование в Москве, достаточно низко оценивают уровень предоставляемых им услуг в государственных МО.

Данная установка обусловлена:

- высокой стоимостью медицинской страховки, которая, с одной стороны, является необходимой для проживания в общежитии, а с другой стороны, преимущественно не включает в себя актуальные для студентов медицинские услуги, которые необходимо оплачивать отдельно;
- недостаточно высоким уровнем обслуживания иностранных граждан по приобретённой страховке, связанным как с наличием языкового барьера между персоналом МО и пациентом, когда последний не может правильно описать причину своего обращения за медицинской



Рис. 2. Условия выстраивания конструктивной коммуникации между иностранным пациентом и персоналом МО.

услугой, так и с нетерпеливым отношением к пациенту со стороны персонала МО.

Помимо этого, эксперты отдельно указали на случаи нетолерантного отношения со стороны медицинского персонала к студентам, приехавшим из стран Африканского континента. Иностранным студентам приходится обращаться в частные МО, где уровень обслуживания несколько выше. Однако ввиду материальных ограничений обратиться в частную клинику может позволить себе далеко не каждый обучающийся.

Исходя из этого, перед корпоративной и организационной культурой МО стоят следующие вопросы, требующие принятия решений:

1) развитие коммуникативных компетенций для общения с пациентами, принадлежащими к разным этносам и религиям;

2) создание условий в МО для удовлетворения пациентов (диагностика и лечение).

В рамках первого направления необходимы:

а) лингвистическая подготовка персонала, подразумевающая обучение (основным/или необходимым в данной МО) иностранным языкам в рамках непрерывного медицинского образования;

б) обучение медперсонала основам кросс-культурных и профессиональных различий пациентов (тренинги, семинары);

в) сотрудничество с религиозными учреждениями различных конфессий;

г) включение в стандарты работы с пациентами требований учёта принадлежности к определённым этносам и конфессиям, в том числе учёт пожеланий родственников умершего пациента отказаться от процедуры вскрытия.

По второму направлению требуется:

а) создание и развитие в МО этических комитетов;

б) учёт этнокультурных и религиозных особенностей при осмотре пациента и сборе анамнеза, объявлении диагноза, назначении лекарственных средств и процедур, назначении схемы питания (диеты), проведении операций (манипуляций), сообщении родственникам о смерти пациента;

в) организация логистики и размещения пациентов, включающая наличие табличек на дверях кабинетов на разных языках и/или пиктограммы; наличие в помещениях МО инфографики с данными об основных заболеваниях и направлениях специальностей врачей; организация приёма пациентов по гендерному принципу (важно для мусульман); обеспечение питания в период религиозных постов; организация питания с учётом с точки зрения конфессиональной принадлежности продуктов для пациентов; обеспечение доступа (при необходимости — помещений) для совершения личных ежедневных религиозных ритуалов.

### Заключение

Теоретический и эмпирический анализ проблем, предпринятый в данной статье, показал важность учёта этноконфессиональных различий пациентов и

необходимость поиска эффективных решений для предотвращения конфликтов и недопонимания между персоналом МО и пациентами. Привлечение иностранных граждан для лечения, диагностики и реабилитации в России в ещё большей степени требует формирования принципов толерантных взаимоотношений. Создание условий наиболее благоприятного взаимодействия и комфортной атмосферы для удовлетворения пациентов предполагает развитие коммуникативных компетенций медицинского персонала для общения с пациентами, принадлежащими к разным этносам и религиям. Решению данной задачи может способствовать формирование и развитие корпоративной культуры в российских МО: в рамках осуществления процесса наставничества, установления тесных связей с религиозными учреждениями различных конфессий, сотрудничества учреждений здравоохранения с посольствами зарубежных стран и т. д.

**Источник финансирования.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И. и др. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27, № 5. С. 522—528. DOI: 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528
2. Ярашева А. В., Марков Д. И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций // Народонаселение. 2022. Т. 25, № 1. С. 155—166.
3. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликиперова Н. В. и др. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № S2. С. 1049—1055. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055
4. Аликиперова Н. В., Ярашева А. В., Ключева С. Ф., Виноградова К. В. Модели профессионального поведения сотрудников медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65, № 5. С. 454—460.
5. Марков Д. И. Экспорт медицинских услуг: как повысить конкурентоспособность организаций российского здравоохранения // Здоровье мегаполиса. 2021. Т. 2, № 2. С. 6—14. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2021.v.2i2;6—14
6. Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. Экспорт медицинских услуг. М.; 2020. 272 с.
7. Задворная О. Л., Алексеев В. А., Борисов К. Н. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинских организаций // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7, № 3. С. 142—149. DOI: 10.18184/2079—4665.2015.7.3.142.149
8. Судоргин О. А., Карелина М. Ю. Влияние религиозных догматов основных конфессий России на характер и содержание паллиативной помощи // Научный журнал. 2019. № 11. С. 86—90.
9. Мухамедова З. М., Умирзакова Н. А. Паллиативная помощь: современность и традиции мусульманской биомедицинской этики // Гуманитарный трактат. 2018. № 21. С. 38—40.
10. Андрианов А. В. Исламская традиция в отношении эвтаназии // Ипатьевский вестник. 2019. № 1—2. С. 186—191.
11. Васильев Д. Ф., Кругова Н. В., Кулиш А. С. Право, религия и медицина: пути взаимодействия на благо пациента // Тверской медицинский журнал. 2017. № 5. С. 148—151.
12. Рутковская Н. С., Серегин Д. А., Днов К. В. Особенности религиозности пациентов с суицидальным поведением // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 39, № S3-4. С. 235—238.
13. Овчинников А. А., Султанова А. Н., Киселева Л. Т. Кросскультуральные аспекты психотерапии (литературный обзор) // Обзорные аспекты психотерапии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2016. № 2. С. 8—14.

14. Медведева Е. Н. Значение религиозной веры пациента в процессе оказания психиатрической помощи: зарубежный опыт // Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 9, № 12. С. 84—87.
15. Филимонов С. В. Взгляды представителей различных религиозных конфессий на вопросы контрацепции и супружеские отношения // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. Т. 53, № 2. С. 84—88.
16. Москвичева Л. И. Религиозная приемлемость как фактор, определяющий границу медицинского вмешательства // Медицинская этика. 2020. Т. 8, № 1. С. 59—64.
17. Маркова Е. Н. Право врачей на отказ от предоставления медицинских услуг по религиозным соображениям // Юридический мир. 2019. № 2. С. 58—62.
18. Лопатина С. Л., Костенко В. В., Понарин Э. Д. Дело не в исламе: отношение к абортам, разводам и добрачному сексу в девяти постсоветских государствах // Журнал социологии и социальной антропологии. 2016. Т. 19, № 3. С. 95—115.
19. Галстян Г. Р., Крылов В. В., Валева Ф. В. и др. Особенности сахароснижающей терапии и контроля гликемии в период соблюдения поста Рамадан // Ожирение и метаболизм. 2012. Т. 9, № 2. С. 70—76.
20. Мартынова Е. Рекомендации по контролю сахарного диабета во время месяца рамадан // Актуальная эндокринология. 2015. № 7. С. 4—9.
21. Мамизhev Э. М., Джалилов И. Б., Асланов Б. И. и др. Ислам и уростомы: современный взгляд через призму религиозно-традиционной правовой системы // Онкоурология. 2020. Т. 16, № 3. С. 205—208.
5. Markov D. I. Export of medical services: how to increase the competitiveness of Russian health care organizations. *Zdorov'ye megapolisa*. 2021; 2(2): 6—14. (In Russ.)
6. Aksenova E. I., Petrova G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N. Export of medical services. Moscow; 2020. 272 p. (In Russ.)
7. Zadornaya O. L., Alekseev V. A., Borisov K. N. Formation and development of corporate culture of medical organizations. *MIR (Modernization. Innovation. Development)*. 2016; 7(3): 142—149. (In Russ.)
8. Sudorgin O. A., Karelina M. Yu. The influence of religious dogmas of the main confessions of Russia on the nature and content of palliative care. *Nauchnyy zhurnal*. 2019; (11): 86—90. (In Russ.)
9. Mukhamedova Z. M., Umirzakova N. A. Palliative care: modernity and traditions of Muslim biomedical ethics. *Gumanitarnyy traktat*. 2018; (21): 38—40. (In Russ.)
10. Andrianov A. V. Islamic tradition in relation to euthanasia. *Ip-at'yevskiy vestnik*. 2019; (1—2): 186—191. (In Russ.)
11. Vasiliev D. F., Krugova N. V., Kulish A. S. Law, religion and medicine: ways of interaction for the benefit of the patient. *Tverskoy meditsinskiy zhurnal*. 2017; (5): 148—151. (In Russ.)
12. Rutkovskaya N. S., Seregin D. A., Dnov K. V. Features of religiosity of patients with suicidal behavior. *Izvestiya Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii*. 2020; 39(S3-4): 235—238. (In Russ.)
13. Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N., Kiseleva L. T. Cross-cultural aspects of psychotherapy (literary review). *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V. M. Bekhtereva*. 2016; (2): 8—14. (In Russ.)
14. Medvedeva E. N. The significance of a patient's religious faith in the process of providing psychiatric care: foreign experience. *Uspekhi sovremennoy nauki i obrazovaniya*. 2016; 9(12): 84—87. (In Russ.)
15. Filimonov S. V. Views of representatives of various religious confessions on the issues of contraception and marital relations. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2004; 53(2): 84—88. (In Russ.)
16. Moskvicheva L. I. Religious acceptability as a factor determining the boundary of medical intervention. *Meditsinskaya etika*. 2020; 8(1): 59—64. (In Russ.)
17. Markova E. N. The right of doctors to refuse to provide medical services for religious reasons. *Yuridicheskiy mir*. 2019; (2): 58—62. (In Russ.)
18. Lopatina S. L., Kostenko V. V., Ponarin E. D. It's not about Islam: attitude to abortion, divorce and premarital sex in nine post-Soviet states. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*. 2016; 19(3): 95—115. (In Russ.)
19. Galstyan G. R., Krylov V. V., Valeeva F. V. et al. Features of hypoglycemic therapy and glycemia control during fasting Ramadan. *Ozhireniye i metabolizm*. 2012; 9(2): 70—76. (In Russ.)
20. Martynova E. Recommendations for the control of diabetes mellitus during the month of Ramadan. *Aktual'naya endokrinologiya*. 2015; (7): 4—9. (In Russ.)
21. Mamizhev E. M., Jalilov I. B., Aslanov B. I. et al. Islam and urostoma: a modern view through the prism of the religious-traditional legal system. *Onkourologiya*. 2020; 16(3): 205—208. (In Russ.)

Поступила 22.03.2022  
Принята в печать 13.05.2022

#### REFERENCES