



СТАБІЛЬНІСТЬ • ДОСКОНАЛІСТЬ • ВІДДАНІСТЬ

ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ: СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ

*Матеріали ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики,
15-16 квітня, 2021 р., м. Київ*



Національна медична академія
післядипломної освіти ім. Шупика

Всеукраїнська громадська організація
«Українська асоціація з біоетики»

ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ: СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ

Матеріали ІХ Міжнародного симпозіуму з біоетики,
15-16 квітня, 2021 р., м. Київ

«Графіка і Дизайн»

Київ
2021

Співорганізатори:

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ ім. Н.А.
ТЕСТЕМІЦАНУ (РЕСПУБЛІКА МОЛДОВА)

МІЖНАРОДНИЙ ДЕРЖАВНИЙ ЕКОЛОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ ім. А.Д.
САХАРОВА, БІЛОРУСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
(РЕСПУБЛІКА БІЛОРУСЬ)

ТАШКЕНТСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ
(РЕСПУБЛІКА УЗБЕКИСТАН)

ПІВДЕННО-КАЗАХСТАНСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
(РЕСПУБЛІКА КАЗАХСТАН)

УДК 113:51(043)

Ф54

Упорядники та редактори:
Пустовіт С.В., Б.І. Остапенко

Електронний варіант розміщено на сайті НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання. Матеріали ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики (15-16 квітня, 2021 р., м. Київ) / Упор. С.В. Пустовіт, Б.І. Остапенко. – К.: Графіка і дизайн, 2021. – 000 с. ISBN 5-7715-0746-9

Матеріали симпозиуму містять тези авторів, що представляють різні науково-дослідні установи та заклади вищої освіти України й зарубіжжя. Вони присвячені філософським засадам медичної теорії та практики; філософсько-методологічним та біоетичним аспектам сучасних концепцій здоров'я; біоетичним, етико-правовим та аксіологічним вимірам медицини; філософським, етико-правовим та біоетичним питанням медичної реформи; ролі філософії та біоетики в епоху пандемії; стратегіям виживання в контексті сучасних біомедичних технологій, філософії та біоетики; актуальним питанням викладання філософії та біоетики у медичних закладах вищої освіти.

ISBN 5-7715-0746-9

© Національний університет охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика, 2021
© Українська асоціація з біоетики, 2021
© Автори тез, 2021

PAUL TOURNIER AND THE NEED FOR A PARADIGM CHANGE TO OUR HEALTH SERVICES 2021

Appleyard W. J.

MD FRCP, London, UK; jimappleyard2510@aol.com

Paul Tournier, the distinguished Swiss physician whose first book on *Medicine de la Personne* was written in 1939 at a time of professional and personal turmoil, when the leading discourse was of nationalism and eugenics. He outlined his professional vision of an integrated, body, mind, and spirit approach towards patients.

Such an approach led us to establish the Mary Sheridan Centre in Canterbury 50 years ago, where we pursued Mary Sheridan's shared vision of each child's assessment being combined with therapy designed for their needs.

We were able to provide specialist support at the Centre for ophthalmology, ENT and orthopaedic so that the consultants came to visit them at the Centre, rather than the children going to the different specialist departments at the different hospitals.

There has been a dramatic reduction in the long-term effects of birth asphyxia over time and referrals have changed to more children presenting with ADHD, behavioural difficulties and dyspraxia but the underlying philosophy of the Centre 50 years later remains the same

How do these 'front line' clinical departments fit in with the current health systems. In my view with difficulty

The current health systems need to be turned upside down with the needs of the patients being put first. It is important that health systems actually are built on such units, providing directly for the needs of patients with the management there to support such initiatives. The way to achieve this through cybernetics will be sign posted.

References

1. *Appleyard W.J., Baird G.* (1975) A review of the needs of the medical, educational and social needs of 207 handicapped children. *Child Care, health and development*, 1: 379-387.
2. *Cloninger C, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Schwartz M, Appleyard J, Goodwin N, Groves J, Hermans M, Mezzich J, Van Staden CW, Rawaf S.* (2015) A Time for Action on Health Inequities: Foundations of the 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *International Journal of Person Centered Medicine*, 4 (2): 69-89.
3. *Beer S.* (1984) The viable system model, its provenance, development, methodology and pathology. *J Research Society*, 35:17-25.

THE PROBLEM OF ABORTIONS IN THE PENITENTIARY AND THEIR AVOIDANCE THROUGH SPIRITUAL COUNSELING

Cojocaru V.P.¹, Ojovanu V.I.², Banari, I.P.³

¹Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova; ¹viorel.cojocaru@usmf.md; ²vitojovanu@gmail.com; ³ion.banari@usmf.md

All the social problems related to the life of the human individual are exacerbated in the penitentiary environment. It has been proven over time that, regardless of the form of coercion, a man can make various decisions incompatible with his own axis of values. The penitentiary generates not only a physical constraint, due to the lack of freedom, but also a mental one, determined by the detainees' subculture, by the effects of detention after serving the sentence, but mostly also by the identification of the stigmatizing factors of the detainees. Female sensitivity in the penitentiary environment develops a much more emphasized characteristic of vulnerability than in male detainees. The primary factor that maximizes vulnerability in women detainees is closely linked to the maternal aspect, the woman is the one who gives life, and for this reason she must be protected. The isolation of women from their family members, especially the children, from the possibility of giving birth in a public medical institution increases the predisposition to develop mental disorders during detention. Mental health problems occur during arrest or immediately after it and they are caused by the physical, mental, sexual abuses, etc., suffered by women in the past, as well as the shock of separation from the children and the loved ones.

From the point of view of the detained woman, she, as a giver of life, cannot be deprived of her freedom. From this perspective, in some countries pregnant women are exempt from deprivation of freedom (ex. in Russian Federation), an aspect also mentioned in the Criminal Code of the Republic of Moldova until 2004, and subsequent amendments give the mother the right to stay in the penitentiary with the newborn child until he reaches the age of three. The mutiny of delinquent feminism against this penal modification was manifested by a strong explosion of abortions at the time of detention. In addition to these pressing bioethical issues identified in the female prison environment, there is also smoking, lesbian orientation, verbal and physical violence, etc. Many of the actions of abortion of the detained woman occurred as a consequence of the revolt over life in general, firstly, and the abandonment of the woman by the concubine after the sentencing.

By committing the abortion, the woman detainee participates in an integral process of homicide. Thus, aggravating her loneliness, she uses in the penitentiary system all kinds of tools that end with the criminal abortion, a phenomenon often encountered in prisons, which can only be countered by implementing spiritual counseling mechanisms. The fear of having the pregnancy notified by her cellmates and by the guards, who will advise her to keep the pregnancy, will lead to the identification of criminal methods of abortion in the detention environment, a method that can sometimes be shared with a colleague, maximum two. It is not known for sure how many women ask to have their pregnancies terminated during detention; however most of them resort to various subversive methods of criminal abortion. Even though the penitentiary administration offers better conditions for pregnant women and for

those with newborns, the presence of abortion in the penitentiary environment is still high.

Research has shown that women detainees who have had an abortion have a higher tendency to commit suicide than those who have not had an abortion. The suffering of loneliness and the femininity deprived of freedom give rise to emotional traumas, and on the other hand the emancipation and female domination in the penitentiary environment produce behavioral cracks. An experienced mechanism in the process of spiritual counseling of these categories of convicts that guarantees positive results is keeping of the counseled secret, first of all, and then offering new levers of change. Respecting the bioethical principle of confidentiality harnesses the effort of the spiritual counselor, as the feminism deprived of freedom suffers from collegial distrust. Therefore, by the method of conversation, especially by the religious confession of the convict and her compassion as a female being, the spiritual counselor contributes to restoring trust in the spiritual assistant, and many times he ensures the keeping of the pregnancy. In the women's penitentiary the spiritual assistant is often tested in compliance with the secrecy provided by the convict. Overcoming this stage, the counselor will successfully implement other mechanisms of spiritual assistance, for example: training clubs of professional-teaching interests, watching documentaries and movies, discussing educational-moral books, dialogues on various topics that will counteract behavioral crises, etc. The formation of a minimum spiritual comfort in the penitentiary environment will contribute a lot both to the preservation of the pregnancies and to the overcoming of the various crises that appear during detention.

Another aspect that will determine preservation of the pregnancy in women detainees is the raising of the value of life from the physical form, which in this case is constrained, to the spiritual form, which offers the possibility of creating a space of thought and action without limits. The quality of the fetal growth in the prenatal period also depends a lot on the spiritual state of the detainee. Only the spiritual counselor can identify this state, taking into account the individuality of the person, her skills and her intellectual level. There are also many women detainees who keep the pregnancy during detention, caring for the child separately from the family. In this case, the spiritual counselor in collaboration with other assistants of the penitentiary institution must ensure that the future mother is informed of the correct upbringing and education of a child, if it is necessary, also to financially ensure the circumstances of both. European legislation requires certain facilities for mothers who give birth and raise their children during detention, a fact achieved in the Republic of Moldova by building the two centers for mothers with children or pregnant, which are deployed in two penitentiary institutions: Penitentiary-Hospital no. 16 "Pruncu" and Penitentiary no. 7 "Rusca". The conditions in these Centers exceed by far the conditions outside of prison for some detainees.

A serious problem in the women prison environment is the inclination towards lesbianism, which requires a wider bioethical discuss. Some of the detainees, exploring the biomedical opinion on the need for sexual intercourse in order to maintain somatic and psychological health, resort to the lesbian act. In the penitentiary environment, one cannot say about lesbianism as a lifestyle, but about some alternative groups, which are sexually satisfying themselves periodically. In the women's peni-

tentiary institution, where men are missing and sexual energy needs to be achieved, not having a person of the opposite sex, it is performed on people of the same sex. Through the treatment of this subject in spiritual-medical counseling, focused on the principles of morality and integrity, will result that a person needs to be proportionate, and sexuality is predominantly biological, it belongs to a certain orientation age that develops artificially or in a certain environment. This orientation produces a change of personality, finalized by great deficiencies in having descendants (children) after the expiration of the detention term, in the attitude towards men, distrust and repulsion towards the opposite sex, etc.

EDUCATIONAL CONCEPT OF INTRODUCING BIOETHICAL PRINCIPLES

Kachkovska V.V.¹, Boyko I.², Anderson E.E.³

¹Sumy State University, medical institute, Sumy, Ukraine;vlady_dytko@ukr.net

²Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine; ihor.boyko@ucu.edu.ua

³Neiswanger Insitute of Bioethics, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois, USA; emanderson@luc.edu

Medical education in Ukraine has been characterized by a lack of flexibility in the curriculum. However, in this age of rapid development of medical sciences and modern biotechnologies flexibility is needed in medical education so that future doctors learn skills that are highly relevant to sustainable development and Ukraine's social and economic needs as a developing country. Additionally, Ukrainian medical education should equip physicians with the skills needed to identify and address ethical challenges at the bedside that result from modern biotechnologies. Currently, a curricular gap exists in medical education with respect to ethical sensitivity, knowledge, and skills.

We have analyzed four key Ukrainian text books of Bioethics which we use for educating medical students. They describe an interdisciplinary approach to biomedical ethics and its philosophical foundation, bioethical problems of life, dying, death, resuscitation and other important aspects of biomedical ethics. They were written based on the International Conventions and Declarations, mostly based on the principlist paradigm. However, none includes description of clinical cases, which limits their usefulness in terms of promoting ethical sensitivity and teaching necessary skills of analysis and communication. The problem of the principlist paradigm is that it does not encompass the full requirements for the ethical activities to be carried out by medical doctors and defines only a finite number of ethical dilemmas. Such an approach, at the same time, impairs the perception in the recognizing of other moral obligations and does not supply young physicians with other essential tools in solving ethical problems at the bedside. Consequently, the scope and complexity of the moral issues in the medical field should be covered with the full range of moral principles and obligations, including principlist paradigm (where it could applicable).

Here we argue that Ukrainian medical education must include complex clinical cases to help future physicians visualize the complexity of bioethics dilemmas and develop ethical analysis skills.

ETHICAL ASPECTS OF THE CHRONIC PAIN MANAGEMENT IN RHEUMATOLOGICAL PATIENTS

Kachkovska V.V.¹, Boyko I.², E.E.Anderson³

¹Sumy State University, medical institute, Sumy, Ukraine; vlad_dytko@ukr.net

²Ukrainian Catholic University, Lviv, Ukraine; ihor.boyko@ucu.edu.ua

³Neiswanger Insitute of Bioethics, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois, USA; emanderson@luc.edu

Inadequate management of chronic pain is a global medical ethics problem with significant impact on patients and caregivers. Many patients with chronic pain suffer from rheumatological disease. The principle aim of rheumatological disease management is effective control of inflammation, prevention of structural damage, slowing down the progression of the bone erosion and preservation of physical function. Unfortunately, even patients whose disease is under control still suffer from pain syndrome, a significant concern for quality of life. Chronic pain in rheumatological patients is very complex and not fully understood, as it consists of many pathways such as neuropathic, central and nociceptive and their interactions. According to the last data, in Ukraine there are more than 3 million people suffering from the rheumatic disorders, complicated with chronic pain.

An analysis of the management of patients' chronic pain through ethical principles of beneficence (relief of pain) and nonmaleficence (avoidance of psychological and physical harm) identifies limitations as well as strategies for improvement in effective treatment of chronic pain in Ukraine. Specific aspects will be analyzed and re-considered to improve chronic pain management for Ukrainian rheumatology patients: 1. Physician training: Currently, pain management is not a key feature of rheumatologists', medical nurses and medical staff training. Therefore, such training programs should point the problem of chronic pain and deepen discussion according to the recent scientific updates in terms of the pathophysiology and treatment modifications. 2. Availability of appropriate pain medications: Effective medications recommended by international pain management guidelines are not available in Ukraine. This problem should be covered by the governmental program and solved on the State level. 3. Psychological services: Effective pain management requires multiple strategies not limited to pharmacologic agents. There should be development of cognitive behavioral therapy, including group therapy, where patients will be allowed to discuss their considerations and share their own experience, going through different methods in the management of their conditions. Such program should be established according to our local conditions and opportunities, at the same time we can share the existed experience of the European countries and USA.

Taking into account the above, considering best practices for chronic pain management and significant numbers of patients with low quality of life in Ukraine due to persistent pain syndrome, improving physician training, making certain pain medications available, and providing integrated psychological services for chronic pain patients are ethical imperatives. This presentation will outline first steps towards achieving the goal of adequate pain management for rheumatology patients in Ukraine.

RESEARCH ETHICS DURING A PANDEMIC: THE HOUSTON METHODIST HOSPITAL EXPERIENCE (2020)

Miller S. M.

HMH, Houston, TX, USA; smmiller@houstonmethodist.org

On March 11, 2020, the Director-General of the World Health Organization, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesu, declared the novel coronavirus outbreak (SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; COVID-19), to be a pandemic [1]. At Houston Methodist Hospital, Dr. James M. Musser, Chair, Houston Methodist department of Pathology and Genomic Medicine, determined COVID-19 was introduced into Houston multiple, independent times utilizing World Health Organization (WHO) nucleic acid amplification tests [2]. In early 2020, the Methodist Hospital-based system was able to test forty percent of confirmed cases within the Houston geographic area [2]. Analysis of SARS-CoV-2 genomic variations revealed the initial strains of COVID came from Europe, Asia and South America [2]. On Saturday, March 28, 2020, the FDA approved an emergency use IND authorizing the use of convalescent plasma in two patients. Dr. Salazar provided clinical follow-up to the IRB and the FDA on Monday, March 30, 2020. In less than one week, the FDA provided approval for the convalescent plasma pilot study [3, 4].

Houston Methodist Hospital and the Houston Methodist Academic Institute made the early decision to maintain its ability to perform research studies during the COVID-19 pandemic. A multi-disciplinary Clinical Trials Task Force was created to review greater-than-minimal-risk COVID-19 study submissions. The Task Force included senior administration directors, the ranking IRB chair, clinician-investigators, pharmacists, regulatory experts, and an institutional attorney. This group met up to twice a week to review protocols submitted by investigators, pharmaceutical companies, device companies and other academic institutions. Once this committee determined that there was scientific validity, institutional support and adequate personnel to conduct the proposed research, the investigator was given permission to then submit their research proposal to the IRB (Institutional Review Board).

A separate institutional committee was convened to review clinical algorithms and management processes. The COVID Clinical Algorithm Task Force would rapidly analyze internal data describing clinical outcomes, clinical scenarios, gaps in patient care and external publications. A third institutional committee was created to facilitate and prioritize appropriate enrolment onto clinical trials. This included a mechanism to screen for COVID-19 admissions on a daily basis in order to determine whether the individual was an appropriate candidate for a specific study.

At research hospitals, institutional review boards comprised of physician-investigators, regulatory personnel, statisticians, and community members must dispassionately review and approve research studies involving human samples, data, devices, images or any clinical trial enrolling patients to ensure the study is well-designed and ethical. From March 2020 through the end of the year, approximately 231 greater-than-minimal risk protocol submissions and resubmissions were reviewed by the Task Force. Almost 100 COVID-related protocols (minimal risk, and greater than minimal risk) were prioritized and approved, including two Phase II clinical trials. The IRB's rapid responsiveness ensured COVID-19 patients at Houston Methodist

were among the first to benefit from experimental treatments. An emergency use Remdesivir IND was approved on March 17, 2020 and on the next day, this antiviral was given to a severely ill COVID-19 patient. A subsequent clinical trial utilizing Remdesivir was next approved. Furthermore, on March 28, 2020, Houston Methodist became the first institution in the country to use emergency-use convalescent plasma treatment in an investigator-initiated study.

During the pandemic, high-ranking institutional officials were available seven days a week to review emergency protocol requests, adverse events and regulatory compliance. One of the institution's IRBs was designated as an ad hoc COVID IRB to facilitate review of COVID-19 submissions. This committee would meet as frequently as three times a week to accelerate approval of COVID-19 investigations without compromising patient and research subject safety. The IRB would review the study design, COVID-19 rationale, inclusion/exclusion criteria, enrolment processes, recruitment processes, consent procedures, anticipated adverse events, mechanisms for interim statistical analyses, competition with other studies, conflicts of interest, duration of IRB approval and criteria for suspension of enrolment. Rapid reporting of adverse events to the IRB/IRB chair were mandated. Frequent IRB meetings also allowed additional regulatory oversight and a facilitated process for approval of substantive modification requests.

In summary, many of the protocols, especially from novice investigators, required additional regulatory, scientific and oversight support prior to initial IRB approval. As the scientific knowledge surrounding COVID-19 increased, re-review of approved protocols occurred. When research interventions became a standard of clinical care, protocols which did not address state-of-the-art knowledge were disapproved. Ultimately, nearly 1800 individuals (out of approximately 14,000 COVID-admissions) participated in a greater than minimal risk, research study during the first year of the COVID-19 pandemic at our institution [5].

References

1. *WHO* Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID19 –March 2020.
2. *Houston* Methodist Researchers Find Telling Clues in Virus Genes From COVID-19 Patients. URL: <https://www.houstonmethodist.org/newsroom/houston-methodist-researchers-find-telling-clues-in-virus-genes-from-covid-19-patients/> Accessed March 11, 2021.
3. *Pierce, S.* (2020). Houston Methodist performs the nation's first plasma transfusion to treat COVID-19. URL: <https://www.tmc.edu/news/2020/03/houston-methodist-performs-the-nations-first-plasma-transfusion-to-treat-covid-19/> Accessed March 11, 2021.
4. *Private* communications (Dr. Salazar/Dr. Miller), March 28, 2020 and March 30, 2020.
5. *Internal* data, HMM. Accessed March 11, 2021.

THE ROLE OF PSYCHIATRY DURING THE HOLOCAUST

Miller S. M.¹, Gallin S.²

¹MPH, Houston, TX, USA; smmiller@houstonmethodist.org

²NJ, USA; sgallin@mimeh.org

Although Johann Weyer (1515-88) was the first physician to specialize in mental illness (Cavanaugh), Johann Christian Reil initially coined the term psychiatry in 1808 (Gaebel). During the late 1800s, large psychiatric institutions were founded in Germany typically outside of metropolitan areas (Gaebel). These facilities were funded by governmental institutions, wealthy patrons and individual financiers in an attempt to provide humane care (Roder; Strous). Academicians, such as Emil Kraepelin, developed the system which categorized specific psychiatric diagnoses (Gaebel). They also performed research on these psychiatric patients until the end of World War II. Since psychiatrists were responsible for clinical diagnoses, they became instrumental in differentiating and identifying those who were medically normal/abnormal (Strous; Miller/Gallin). As eugenics became the foundational basis for racial hygiene, this designation, and its subsequent radicalization, had significant implications for individual patients, families, citizens, and society.

Historically the two traditions in medical care in Germany were based on individuals and public health. Post World War I economic pressures reversed earlier health care priorities which focused on the patient-centric, detection of illness. These financial stressors coincided with a eugenical categorization system which defined individuals “unworthy” of governmental-supported health care (Reich, 2001).

Psychiatrists provided the medical criteria, leadership, and oversight which allowed the societal implementation of political policies based on race and psychiatric illnesses. In retrospect, it was not sufficient for German academicians to teach eugenics to physician colleagues or medical students. Rather, physicians essentially needed to embrace this indoctrination as truth, not as ideology (Miller/Gallin, p. 260).

Erwin Bauer, Eugen Fischer and Fritz Lenz’s 1921 textbook *Human Heredity and Racial Hygiene* heavily influenced psychiatrists and neurologists (Miller/Gallin; Röder, 159). Through their book, which promoted the rationale for eugenic-sterilization programs, combined with the influence of Binding and Hoche’s controversial 1920 treatise, *Permission for the Destruction of Life Unworthy of Life*, physicians acquired the medical justifications for protecting the purported racial hygiene of society. The establishment of eugenic practices (voluntary and involuntary sterilization) soon led to practices which advocated the extermination of the unfit (Lifton, Miller/Gallin). This relatively unexplored history reflects academic psychiatry’s pioneering role in Hitler’s rise to power.

Historical Examples:

Emil Kraepelin (1856-1926) was the founder of the German Institute for Psychiatric Research and specialized in the hereditary factors of psychiatric illness (Röder, p. 323). His research interests included schizophrenia. He and his geneticist colleagues were concerned that society’s compassion towards the vulnerable prevented the natural selection of those with medical impairments (Lifton, pp. 22-24). Hence, these “pathological” traits, through ongoing reproduction, could continue to exist

and flourish. Kraepelin's work is still referenced within the Diagnostic and Statistical Manual (Röder, 234), which remains in use today.

Kraepelin's ideas were further developed by his student Ernst Rödin (Röder, 234), one of the major leaders and pioneers in German psychiatry who was notably supported by the Rockefeller Foundation (Torrey/Yolken). As early as 1911, Rödin proposed eugenic sterilization legislation was based on his population study exploring "*Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene* (Procreation, Transmission, Racial Hygiene)" (Röder, 43).

However, Rödin did not become politically empowered to enforce sterilization until 1933, when he co-authored the "*Law for the Prevention of Genetically Diseased Offspring*," **mandating** involuntary sterilization of individuals with: feeble-mindedness (e.g., mental retardation), schizophrenia, genetic epilepsy, manic-depressive disorders, hereditary blindness, hereditary deafness, chronic alcoholism, severe physical malformations, and Huntington's chorea (Pross, 14; Torrey, 27; Grodin, 54; Ernst, 2-3; Röder, 91). Subsequent sterilization legislation was expanded to include "habitual criminals" (Lindert, 11). Between 1934-1935, 388,400 individuals were identified as hereditarily suspect and referred to the Heredity Health Courts in Berlin (Friedlander, pp. 27-28). "The youngest reported victim of involuntary sterilization was two years old." (Meyer-Lindenberg, 8).

Initially, the eugenicists argued against incorporating euthanasia as a component of social reform programs. They argued sterilization would be a sufficient mechanism to reduce the number of inferior offspring and should not be used to terminate 2 «already living people» (Kuhl, 185-186, 199). However, Paul Weindling, in his book, *Health, Race and German Politics*, describes how eugenic thought radicalized and progressed to the concept of euthanasia by 1924.

The origins of Hitler's Euthanasia Decree provide additional insights. In July 1939, Hitler asked his private physician, among others, to draft a law that permitted the heretofore, and still illegal killing of mental patients (Torrey, 28; Strous, 3). By August, multiple expert psychiatrists, asylum directors and key political administrators convened a meeting to provide expert advice on the justification and organizational logistics of a potential euthanasia program (Schmidt, pp. 125-126). This resulted in a Circular created by the German Ministry of Health (Longerich, 670) which ordered physicians and midwives to report newborns and children with defined medical deformities (Pross, 51). These forms were sent to a post-office box in Berlin for review by trusted individuals who served on the "National Committee for the Scientific Registration of Serious Hereditary and Congenital Diseases." The asylum facilities were then notified of required actions regarding these children (Pross, 26).

However, physicians needed legal protection if this policy was to be implemented. A verbal order was insufficient. Hitler thus changed his mind about the creation of a formalized judicial process and forbid the creation of specific euthanasia legislation (Friedlander, 188). Instead, with the assistance of Professor Max de Crinis (1889-May 2, 1945), a senior academic T4 psychiatrist and SS member (Lindert, 19; Schmidt, 227), the correspondence to Dr. Karl Brandt and *Reichsleiter* Philipp Bouhler was created on Hitler's personal stationary, enabling and empowering physicians to administer a "merciful death" (Schmidt, 132). Very few psychiatrists publicly protested against these injustices.

Professor Jutta Lindert describes how “the leading psychiatrists of the time...voluntarily and often enthusiastically took part in all stages of the operation to kill their defenseless victims. But...when confronted after the war with their deeds, denied any knowledge or responsibility.” The American psychiatrist, Peter Breggin and German geneticist, Thomas R?der (p. 44) describe how German psychiatrists proposed the extermination of mental patients *even before* Hitler came to power. Once the political system changed in Nazi Germany, organized psychiatry was able to implement involuntary eugenical sterilization and euthanasia, ultimately killing up to 400,000 German mental and disabled patients (Lindert, 7).

In conclusion, the contemporary psychiatrist, Dr. Rael Strous (2007) describes how medicalization allowed psychiatry to attain an unprecedented professional status during the Nazi era. This status allowed the classification, labelling and persecution of millions of individuals deemed unfit by a newly powerful group of professionals. Instead of actively or even passively resisting the ideology of medicalization and politicization, psychiatrists played a central role in what became known as “crimes against humanity”.

References

1. *Breggin, P.R.* (1993). Psychiatry’s role in the holocaust. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 4(2), 133-48. Doi:10.3233/JRS-1993-4204.
2. *Cavanaugh, R.* (2015). The founder of modern psychiatry. *History Today* 65(4). <https://www.historytoday.com/archive/founder-modern-psychiatry>. Accessed October 27, 2020.
3. *Ernst, E.* (2001). Commentary: The Third Reich-German physicians between resistance and participation. *International Journal of Epidemiology* 30(1), 37-42. <https://doi.org/10.1093/ije/30.1.37>.<https://academic.oup.com/ije/article/30/1/37/619-23> (On-line, pp. 1-18).
4. *Friedlander, H.* (1995). The origins of Nazi genocide: From euthanasia to the final solution. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
5. *Gaebel, W., Zielasek, J., & Müller, U.* (2007). Psychiatry in Germany. *International Psychiatry* 4(3), 61-3.
6. *Grodin, M.A., Miller, E.L., & Kelly, J.I.* (2018). The Nazi physicians as leaders in eugenics and “euthanasia”: Lessons for today. *Am J Public Health* 108(1):53-57. Doi: 10.2105/AJPH.2017.304120.
7. *Kuhl, S.* (2001). The relationship between eugenics and the so-called ‘euthanasia action’ in Nazi Germany: A eugenically motivated peace policy and the killing of the mentally handicapped during the Second World War. In M. Szollosi-Janze (Ed.). *Science in the Third Reich*. (pp. 185-210). Oxford: Berg. <http://hdl.handle.net/10822/517320>
8. *Lindert, J., Stein, Y., Guggenheim, H., Jaakkola, J.J.K., von Cranach, M., & Strous, R.D.* (2012). How ethics failed – the role of psychiatrists and physicians in Nazi programs from exclusion to extermination, 1933-1945. *Public Health Reviews* 34(8), 1-26. <https://doi.org/10.1007/BF03391660>.
9. *Lifton, R.J.* (2000). *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books.

10. *Longerich, P.* (2019). *Hitler: A Biography*. New York: Oxford University Press. (English Translation).
11. *Meyer-Lindenberg, J.* (1991). The Holocaust and German Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 159(1), 7-12. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.7>
12. *Miller, S.M., & Gallin, S.* (2019). An analysis of physician behaviors during the Holocaust: Modern day relevance. *Conatus* 4(2):265-285. DOI: 10.12681/cjp.21147 <https://orcid.org/0000-0002-5519-3255> .
13. *Reich, W.T.* (2001). The care-based ethic of Nazi medicine and the moral importance of what we care about. *The American Journal of Bioethics*, 1(1), 64-74. <https://www.muse.jhu.edu/article/178907>.
14. *Robertson, M., Light, E., Lipworth, W., & Walter, G.* (2017). Psychiatry genocide and the National Socialist State: lessons learnt, ignored and forgotten. In N. Marczac, & K. Shields (Eds). *Genocide Perspectives V.* (pp. 66-89). Australia: UTS ePRESS. <http://hdl.handle.net/2123/17406>.
15. *Röder, T., Kubillus, V., & Burwell, A.* (1994). *Psychiatrists – the men behind Hitler: The architects of horror*. Los Angeles: Freedom Publishing.
16. *Schmidt, U.* (2007). *Karl Brandt, The Nazi doctor, medicine and power in the Third Reich*. London: Continuum Books.
17. *Seidelman, W.E.* (1988). Mengele Medicus: Medicine's Nazi heritage. *The Milbank Quarterly*, 66(2), 221-39.
18. *Strous, R.D.* (2007). Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Ann Gen Psychiatry* 6(1): 8. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-8>. (On-line, pages 1-18)
19. *Torrey, E.F., & Yolken, R.H.* (2010). Psychiatric genocide: Nazi attempts to eradicate schizophrenia. *Schizophr Bull*, 36(1), 26-32. Doi: 10.1093/schbul/sbp097.
20. *Weindling, P.* (1989). *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press.

SURROGACY: BLESSING OR CURSE TO POOR SOCIETY IN INDIA

Pytetska N., Molodan D., Saini E.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The advances of surrogate motherhood have introduced incredible opportunities in reproductology. The literal meaning of a surrogate is substitution. The word surrogate means appointed to act in the place of another. Surrogacy agreement is the carrying a pregnancy for intended parents, which is used by infertile women or unable to carry a pregnancy.

There are three main types of surrogacy: gestational, traditional and donor surrogacy. In gestational surrogacy, an egg is removed from the intended mother or anonymous donor and fertilized with the sperm of the intended father or anonymous donor. In traditional surrogacy, a surrogate mother is artificially inseminated by an either the intended father or an anonymous donor and carries the child to term. In donor surro-

gacy, there is no genetic relationship between the child and the intended parents as the surrogate is inseminated with the sperm, not of the intended father, but of an outside donor.

What are prerequisites for the emergence of the reproductive services industry? First of all, this is the increased demand and the emergence of new reproductive technologies from the developed countries. In addition, the delay in the creation of a family by educated and working women reduces their ability to create a family, the lack of time to get pregnant. The rise of lifestyle disorders such as obesity and diabetes have certainly contributed to infertility.

Globally, India is one of the most popular providers of surrogate mothers where commercial surrogacy is legalized. Reproductive tourism in India is developing for several reasons. There is easy availability of English speaking, and highly trained doctors, presence of a well-developed medical tourism infrastructure, medical care integrated travel, hotel, and insurance services. Also, the cost is only one third of that in developing countries. A favorable exchange rate leads to lower prices. Foreigners enter into surrogacy agreement in India due to restrictions in their countries. It is very important that the maternal surrogacy presents an opportunity for very poor women to make easy improvements in their financial crisis. In addition, Indian women are less likely to drink alcohol and smoke less, which can be detrimental to a successful pregnancy. Thus, the global increase in the prevalence of infertility and the rise of the poor population in India will ensure that the reproductive tourism industry in India will grow steadily.

Surrogacy raises ethical issues such as medical protections and informed consent. Commercialization of surrogacy creates several social conflicts. A surrogate mother is often poor, uneducated, or semi-literate, which complicates the uncertainty of true informed consent. In addition, these women are rarely fully aware of the potential health risks that are associated with surrogacy or emotional damage that can result from child abandonment. In India, surrogates are implanted with multiple embryos in order to increase the chances of pregnancy, which however increases the health risks of children and mothers (multiple pregnancies, low birth weight, giving birth to ugly children). Moreover, there is a high risk of developing metabolic and cardiovascular complications such as diabetes or hypertension, as well as death. Domestic violence and household strife occur on surrogate mothers due to dislikes of male partners. In addition, uncertainty exists whether the surrogate will be able to enjoy sexual relations with her husband.

Conclusion. Surrogacy in India is not only a contractual agreement between the parties, which must be drawn up with care to avoid human rights violations. Surrogacy is a public health problem associated with both medical and social problems.

SOLIDARITY AND RECIPROCITY: BIOETHICAL VALUES IN THE COVID-19 PANDEMIC

Rubanovici L.P.¹, Rusnac D.V.²

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau,
Republic of Moldova; ¹ludmila.rubanovici@usmf.md; ²daniela.rusnac@usmf.md

Solidarity and reciprocity have their roots in the beginning of humanity, in man's struggle for survival, which generated the natural impulse of solidarity of the group. Lacking means of defense against the dangers of the world around him, the human being was unable to resist the hardships of life alone. In order to survive, people needed collective labor. Only an evolution of human chain in the sense of correlating individual and group interests has allowed the existence of humanity today. During the historical development, the fact of being in solidarity manifested itself in the most diverse forms: socio-community charity, social affective identification, Christian mercy, civic compassion, national unity, social goodwill, etc.

In the sociological theories of Ferdinand Tönnies (1855–1936), Emile Durkheim (1858–1917) and Max Weber (1864-1920), solidarity and reciprocity are defined as integrative mechanisms. These values are based on the individual tendency towards communion generated by closeness, empathy, through similarity (mechanical solidarity and reciprocity), and mechanisms based on the conformation of individual interest through the interdependence generated by the division of labor or the market (organic solidarity and reciprocity).

Therefore, the spirit of mutual help and unity is a mechanism of self-regulation, self-preservation, and social self-development and it allows the possibilities of all members of society to be used to the maximum for the purpose of individual and social well-being. The premises of solidarity and social reciprocity are in themselves universal. From this perspective, these reference values represent the embodiment of the principle of equality of individuals in the face of needs, which synthesizes the primary element of morality and socialization: all individuals, at some point, during their existence, may be in need.

In bioethics, the concepts of solidarity and reciprocity are used as values and principles, not expressing a duty, but the foundation of this duty (ideas present in the theories of Imm. Kant, G. W. F. Hegel, Richard Rorty, Bernard Williams). These ideals by themselves do not indicate with whom, where, when and for what we must be in solidarity, they necessarily imply the addition of a certain value, in the name of which we must be in solidarity and reciprocity (e.g. God, society, humanity, etc.). There is also solidarity and reciprocity in evil, which unites individuals in committing immoral and criminal actions, but such an act, is unlikely to be seen by people as a duty. In the ethical-deontological sense, the concepts of solidarity and reciprocity are presented as foundations of moral duty between members of the same community, insofar as they are considered to form the same body, which implies the unity of ideas, a sense of self-help, cohesion, unity of conceptions, interests, and actions or being together.

The COVID-19 pandemic emphasized the importance of the spirit of unity for the provision of effective public health programs by highlighting the potentially disastrous consequences of its absence. In his statement, Tedros Adhanom

Ghebreyesus, General Director of WHO, said that the spirit of solidarity must be at the heart of all states' efforts to defeat COVID-19. Similar statements were done by other high-ranking officials, each emphasizing the role of the unitary model of action as an essential part of an effective public health response. Correspondingly, many governments continue to impose blockades and implement drastic measures to limit the spread of the virus, thus expressing social solidarity.

In order to be protected by the COVID-19 virus, various protection measures recommended by the health authorities must be applied. In the 1990s, Dr. James Reason (Professor Emeritus, University of Manchester) proposed the Swiss Cheese Model to improve safety in many areas, analyzing risks and managing them to reduce and prevent them. This model has been proved to be as functional in the case of COVID-19 by Dr. Ian Mackay, virologist at the University of Queensland, Australia and Fatima Tokhmafshan, geneticist and bioethicist at McGill University and member of the COVID-19 fight commission in Canada. Like Swiss cheese, a single layer of protection against COVID-19 has “holes” or weaknesses that may allow the virus to get through. “When we depend on just one, there is higher risk of virus exposure, but when we layer multiple prevention strategies together, the holes are covered, and protection is greatly improved”, states Professor Karine Lacombe, head of the infectious diseases department at Saint-Antoine Hospital in Paris. Health officials recommend that people continue to use multiple measures of protection against COVID-19, including physical distancing, wearing a mask, hand washing and cleaning surfaces and last but not least - vaccination. Each action on its own is imperfect but using multiple strategies together provides stronger protection against exposure to COVID-19, and “Only a common spirit of solidarity, reciprocity and responsibility at individual, social and global level will overcome the crisis caused by the COVID-19 pandemic,” said Charles Michel, President of the European Council.

The situation we live in makes us recognize our vulnerability, common to global threats to health, but also to climate change, serving as a catalyst for solidarity between us, as members of society, then at the level of nations and people.

THE RIGHT TO EDUCATION AND PROTECTION OF VULNERABLE GROUPS IN CURRENT EPIDEMIOLOGICAL CONDITIONS

Rusnac D.V.¹, Rubanovici L.P.²

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova; ¹daniela.rusnac@usmf.md; ²ludmila.rubanovici@usmf.md

Education has been and is an important target which means to change societies and must become the mainstay in the recovery of the current situation in which humanity has found itself. Thus, in a pandemic context it is important to remember that the education of the new generation must become the main priority, which is also addressed by several conventions, documents, regulations that ensure the right of children to education. The European Convention on Human Rights contains several provisions that protect the rights of children in general and the right to education in particular. Other important documents on this subject are the World Declaration on

Education for All, the Dakar Framework for Action on Education for All, the United Nations Convention on the Rights of the Child, etc. These international standard-setting instruments are of great importance as they define clear rules, reaffirm the main principles to be observed and give them concrete substance so that the Member States that have signed these conventions can take real action at the national level to ensure the right to education.

Another important aspect of this issue is how this right is respected vis-à-vis people, vulnerable groups, and those with disabilities. In this regard, we want to clarify that the notion of vulnerability can be understood in several ways. We will mention only two here: the first approach interprets vulnerability as a universal category: due to our incarnation, we are all inevitably vulnerable, our physical existence being exposed to diseases and disabilities, accidents, natural disasters, economic hardships, and others; and the second approach, which is more appropriate for our analysis, is found in the European framework for the protection of human rights of the Council of Europe and the European Union where vulnerability is understood as a feature of individuals, groups, or certain populations in society. Here, the vulnerability expresses the fact that due to certain identities or characteristics, members of certain populations find it particularly difficult to exercise their rights. From this perspective, groups traditionally considered vulnerable are those whose innate or physical characteristics make them socially perceived as “inherently” vulnerable. This category includes children and the elderly (those considered vulnerable due to their age), people with disabilities, refugees, prisoners, the poor, the illiterate, etc., and, in certain scenarios/cases, women. According to the Universal Declaration of Human Rights, the latter are equal in rights, but they cannot always think, decide in the same way, or the interests, abilities and needs differ from person to person.

From the category of groups traditionally seen as vulnerable, the only groups that have received the most attention in terms of their special status in education are people with disabilities. They are often affected by poverty and face limitations on access to employment, as well as limited opportunities for a wide range of goods and services, including education.

The COVID-19 pandemic has had and continues to have an unprecedented impact on all levels of education and learning around the world. At the beginning of April 2020, the closure of schools in the 194 countries affected about 1.6 billion students in preschool, primary, secondary and high school, representing 90% of all students in the education system. Distance learning through the internet, television, radio, and other technologies have only partially succeeded in replacing learning that takes place in the school environment. Online study has become a lifeline for education, as institutions tend to minimize the possibility of community transmission of the virus. Unfortunately, not all schools have the necessary infrastructure to deal with such a crisis, and children with special needs or educational disabilities of any kind seem to be left behind. In the Republic of Moldova, for example, according to a survey conducted in March-May 2020, about 29 thousand students and three thousand teachers in the country did not have computers, laptops, or tablets that would allow them free access to education.

As states adopt distance learning practices, students with disabilities face various barriers due to lack of necessary equipment, internet access, accessible materials, and

support that would allow them to take online lessons. Only a few countries are developing tools and finding resources for students with disabilities and their parents. There is also a need to improve accessibility, such as audio narration, sign language videos, and simplified text, as well as the provision of assistive devices that would help children with disabilities to adapt their interaction with learning materials and to meet their specific learning needs and preferences. For example, in Turkey, at the end of April 2020, the Ministry of National Education launched a mobile application for students with special needs, so 175,000 users downloaded the application and 370,000 users accessed its training videos, recommended activities, special education lessons and books with additional resources.

The negative results of the pandemic and the prolonged closures of schools and other social institutions also have a disproportionate impact on displaced, refugee children. In response, UNHCR has taken steps to ensure that displaced children and young people can access distance learning alternatives. Also, the sanitary blocks were modernized and the study classes were provided with water, training was provided for teachers in the field of health and various activities were developed to raise community awareness about COVID-19.

In conclusion, we note that the COVID-19 pandemic also stimulated innovation, as countries began to offer distance learning lessons, various educational platforms and sites were developed. There are various opportunities to rethink and reorganize the education system to ensure that education continues anywhere and anytime. The lesson learned during COVID-19 can help improve both access to and quality of education, thus reinventing education systems to ensure that all children, regardless of which group and the country they belong to, have the same opportunities to learn.

ДУХОВНОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ЭВТАНАЗИИ

Протоиерей Г.В. Батенко

УПЦ; variabaten@ukr.net

Прежде, чем начать разговор о «смерти» (а эвтаназия — это смерть в «улучшенном» варианте; «легкая» смерть), хотелось бы в начале сказать слово о «жизни», ведь именно Жизнь и есть главный Божественный дар, и этот бесценный дар человек должен беречь и правильно к нему относиться. Жизнь, как и смерть, — это право и закон Творца, но современное «прогрессивное» человечество предьявляет свои права на управление жизнью (ЭКО) и на управление смертью (эвтаназия). У современного человека, потерявшего Бога и не осознающего себя как «высшее» творение Творца, существует неправильное, искаженное представление о мироздании, о самом себе, о своем происхождении и устройении и других фундаментальных законах жизни человека, в том числе и о смерти, а лучше сказать, о переходе человека в иную сферу существования.

Человек — это бессмертная душа. Для жизни этой души Творец одевает ее в плоть, которая служит словесной душе. После того, как душа оставляет свое тело, это служение заканчивается, но жизнь человека (души) продолжается, и этот закон человек не в праве изменить. Он, т.е. закон, не зависит от нашей

воли, хотим ли того или не хотим, верим ли в это или не верим, имеем ли мы иные представления о жизни, о душе и о смерти. Эта Божественная «законность» есть закон законов. Творец сказал нашим прародителям после их грехопадения: «смертью умрёте», — и после этого смерть для человека приобрела тот законный «статус», который мы наблюдаем и сегодня; сами же рано или поздно станем участниками этого «необратимого» процесса под названием «смерть». Но умирает тело, а душа продолжается сама по себе в бессмертности и вечности. Возникает вопрос: а где и как будет жить душа после того, как оставит этот мир, уйдет ли она в иной? Ответ мы находим во святом Писании: «у Бога обителей для жизни души много...». Где жить душе после смерти зависит в большей мере от самого человека. Как мы жили, какие поступки и дела были нами совершены, как любили или не любили близкого своего, какие для себя приняли жизненные нравы. Как эти правила нашей жизни соотносились с божественными постановлениями. Все эти вопросы мы должны задать сами себе. Одним из ключевых и определяющих моментов, где жить бессмертной душе в Вечности является вопрос, каким образом человек оставляет этот мир и как он готовится к переходу из мира материального в мир метафизический, духовный.

Эвтаназия — это современная форма попрания незыблемых божественных начал, иными словами это беззаконие, при котором нарушаются божественные заповеди: «не убий» и вторая — «возлюби ближнего твоего, как самого себя». Прикрываясь, порой, под личиной «гуманизма» и милосердия, люди совершают преступное злодеяние — умертвляют тяжело страдающих больных или давая согласие на убийство самого себя.

Легализация эвтаназии, т.е. узаконивание этого «убийства» в некоторых «цивилизованных» странах свидетельствует о глубочайшем духовно-нравственном кризисе современного «прогрессивного» человечества. Это человечество ищет «добраго» оправдания для умерщвления людей из «жалости» к ним.

Но что же делать, когда человек долгостраждует, когда «качество» его жизни плохое, когда невыносимые, казалось бы, его боли причиняют такие же мучительные страдания его родным и близким людям?

А что делали раньше наши благочестивые предки? Они обращались к Богу и просили Его о помощи для тех больных людей и для тех, кто за ними ухаживал; обращались к Церкви, принимая помощь благодатную в Таинствах Причащения, Покаяния и Соборования, и, когда муки больного становились невыносимыми, прибегали к молитвенному обращению к Богу, чтобы Господь сам освободил душу страждущему от уз умирающей плоти. Существует ли возможность для нынешнего врага и самого тяжело болящего пациента избежать греха убийства? Существует! Отвечу я Вам как врач и практикующий священник, имеющий свой личный опыт умирания и будучи знакомым с опытом умирания других. Благодаря применению благодатных церковных священнодействий, огромное множество болящих получали и получают облегчение в своих страданиях и сподобяются благодатной и тихой кончины своего земного бытия. При этом и врачи, и земные люди остаются «чистыми», т.к. их души не участвовали в индивидуальном «диалоге» Бога и умирающего.

Решение жизнь даровать или забрать всегда остается за Творцом «сотворившем Небо и Землю и вся яже в них».

В заключении хочу привести соборное мнение всей церковной полноты (всех христианских церквей) по отношению к вопросу об эвтаназии. Церковь выступает против эвтаназии в любой ее форме, поскольку ее применение неизбежно приведет: 1) к поруганию бесценного дара — жизни человеческой; 2) к распространению в обществе цинизма, нигилизма и прочих видов нравственной деградации в целом, что неизбежно произойдет при отказе от соблюдения заповеди «не убий»; 3) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга; 4) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для излечения неизлечимых заболеваний и т.п.; 5) к криминализации медицины и к потере доверия общества к институтам здравоохранения.

В свете этих факторов Церковь считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных инициатив, пытающихся юридически узаконить возможность её применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины.

ПАРАДИГМА «ПОРАНЕНОГО ЦІЛИТЕЛЯ» В КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Березіна В. В.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ, Україна
berezina.kf@gmail.com

Розуміння страждання (сфери персональних особистісних проблем пацієнтів) в сучасній медичній спільноті перестає бути цінністю, втрачає сенс. Як наслідок, часто зустрічаються “моральне вигорання” та «медичний цинізм». Натомість надцінного значення набувають технологічні рішення (високотехнологічні втручання). Справжнім об'єктом медицини стає біологічний організм як мішень впливу.

Технологізація медицини — сучасна загальномедична установка на систематичне застосування фундаментальних біологічних знань і біотехнологій до медичних завдань діагностики, профілактики, лікування, реабілітації та ін. — веде до її дегуманізації, усунення людини з медичної антропології [3, С.17]. Альтернативна настанова “повернути суб'єкт в медицину” сприяє розвитку моральної саморефлексії медицини і пошуку нових методологічних та теоретичних підходів, які б протидіяли технологічному стилю в медицині.

Термін «поранений цілитель» виник з легенди про Асклепія, бога лікування, відомому тим, що в пам'ять про власні рани і страждання він заснував святилище в Епідаврї, де могли цілюватися всі бажанчі. Згідно з К.-Г. Юнгом, поранений цілитель — це вроджений стереотип людської

поведінки (архетип), який означає, що здатність зцілювати чужі рани виникає із власної пораненості цілителя. Парадигма «пораненого цілителя», яка відома в різних культурах з давніх-давен, залишається релевантною сучасній медицині як базис розуміння страждання.

Медична діяльність передбачає екстремальний досвід поєднання протилежностей фізичного здоров'я і фізичної хвороби, життя і смерті. Лікар в повній мірі відчуває ці крайнощі на собі, борючись за пацієнта та відчуваючи власну вразливість до хвороб і смерті. На жаль, не всі з тих, хто стає лікарями, здатні тривалий час переносити напругу співіснування двох полюсів, утримувати протилежності у свідомості, справлятися з невизначеністю і тривогою. Ця подвійна ситуація іманентна самій професійній діяльності лікаря, є її сутнісною характеристикою.

Хоча технічні можливості медицини ростуть, контроль над тілом має свої межі, зокрема, смертність тіла нікуди не зникла, навіть якщо науковий ідеалізм розглядає її як тимчасову межу, яку колись, в принципі, можна буде подолати. За словами Петера Слотердайка, сьгоднішня криза медицини викликана, зокрема, складними і заплутаними стосунками зі смертю [2, С. 406].

Постійна зустріч з хворобами і смертю в професійній діяльності дає лікарю особливу мудрість — ґрунтовний реалізм по відношенню до смерті, свідоме ставлення до смерті, у якому схоплюється крихкість і вразливість тіла, процес функціонування якого розглядається як процес руху до смерті. Крім того, цей реалізм включає визнання, що вся сила і влада йде від тіла, тому не втрачає актуальності союз лікаря з волею до життя пацієнта, природними тенденціями життя до самоінтеграції і захисту від болю. Хворий може проектувати власну волю до життя («внутрішнього цілителя») на лікуючого лікаря.

Фундаментальна модель лікаря містить спокусу — витіснити один з полюсів архетипу цілителя і хворого і спроєкувати патологічний аспект на пацієнта. Лікар намагається шляхом застосування влади ліквідувати це розщеплення. Стосунки, в яких на перший план виходить влада, характерні тим, що суб'єкт прагне перетворити партнера в об'єкт. Поєднання влади і покори — ось результат спроби об'єднати розщеплений архетип за допомогою влади. Як наголошує А. Гугенбюль-Крейг, використання влади у медичній професії не несе в собі нічого позитивного. Адже застосування влади пропорційно зниженню ефективності лікування. Однак, прагнення відновити архетип за допомогою влади краще байдужості [1].

Образ «пораненого цілителя» символізує гостре і драматичне усвідомлення хвороби як стану, властивому здоров'ю, переконання в потенційному розкладанні власного тіла і духу. Переживаючи подібні почуття, лікар досягає емпатії з пацієнтом, перестає над ним домінувати і, що найважливіше, вже не потребує більше влади. Як бачимо, розщеплення архетипу — внутрішня подія і не так сильно залежить від зовнішніх обставин життя лікаря, як від рівня його внутрішнього розвитку і людських якостей.

Отже, проблематика професії медичного працівника має одну важливу рису — проблему розщепленого архетипу, яка проявляється в формах специфічних для даного виду діяльності. Над ними тяжіє архетип цілителя і хворого; вони повинні виносити тягар обох полярностей цього архетипу; вони

можуть ставати «пораненими цілителями» або витіснити один полюс архетипу, проєктуючи його назовні, і тим самим підпадати під вплив тієї чи іншої форми прагнення до влади. Справжні поранені цілителі не розщеплюють архетип.

Бібліографія

1. *Гугенбуль-Крейг, А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. Перевод с немецкого С. С. Панкова. Научная редакция В. В. Зеленского. — СПб.: Б. С. К., 1997. — 117 с.
2. *Слотердайк, П.* Критика цинического разума. – Екатеринбург: У-Фактория, М.: АСТ 2009. – 800 с.
3. *Ушаков, Е. В.* Биоэтика: учебник и практикум для вузов/Е. В. Ушаков. — М.: Издательство Юрайт, 2016. — 306 с.

ЕТИКА, БІОЕТИКА, МЕДИЦИНА ТА ПОЛІТИКА В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ

Бойченко Н.М.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ, Україна; n_bouchenko@ukr.net

Пандемія Covid-19 спричинила загострення багатьох проблем у сучасному суспільстві в цілому та в галузі охорони здоров'я зокрема. Найбільш гострими в період пандемії стали питання ефективного розподілу коштів та дефіцитних ресурсів у сфері охорони здоров'я; доступ усіх членів суспільства до медичної допомоги; особливості використання медичного сортування; пріоритетність надання медичної допомоги та проблема марної медичної допомоги. Сьогодні зовсім інакше перед глобальним суспільством постають питання про майбутнє моральних теорій, деонтології та медичну етику та особливості політики в медичній галузі. «Необхідність перегляду аксіологічного фундаменту медичної теорії та практики сьогодні пов'язана як зі значним прогресом у науці (зокрема медицині) так і з усвідомленням обмежених можливостей доступу усього населення до якісної медичної допомоги» [1]. Етична теорія та прикладні етичні дисципліни нині не можуть ігнорувати тему пандемії. Відомі сучасні філософи вже оприлюднили свої рефлексії з цього приводу. Цікавими є розвідки Алена Бадью «До епідемічної ситуації»; Джорджо Агамбена, який випустив колонку у виданні *Quodlibet* де він викладав свої роздуми роздумів щодо епідемії та її впливу на людей; Торнбьєрн Теннсьйо шведського етика та філософа; німецької філософиня Свенї Фласспелер. Питання актуалізовані пандемією виникли не сьогодні, але тим не менш лишаються не тільки актуальними але й свідчать, що за кризової ситуації етичні дилеми зростають в геометричній прогресії. Теоретичні пошуки та мисленні експерименти, проведені сучасними філософами та етиками мають сприяти пошуку відповідей на важливі практичні питання в галузі охорони здоров'я.

Зокрема Торнбьєрн Теннсьйо присвятив свою книгу «Setting health-care priorities» [2, 96] особливостям застосування моральних теорій для визначення пріоритетів та політики в медичній галузі. Основна аргументація щодо

залучення певних теорій (утилітаризму, теорії maximin/leximin, егалітаризму) висловлена філософом полягає в тому, щоб здійснити певну “апробацію” моральних теорій спочатку за допомогою виявлення в цих теоріях найбільш проблематичних моментів, а потім через спеціальні процедури когнітивної психотерапії в межах моральної епістемології. Філософ доводить, що етична дискусія може вестись з інших вихідних точок, крім тих, які ми сприймаємо як належне. Його методичний спосіб описувати різні етичні позиції та їх наслідки змушує нас досліджувати власні аргументи. В одному з інтерв'ю Торнберн Теннсьйо озвучує свою позицію щодо пріоритетного вакцинування осіб похилого віку «Вакцина повинна в першу чергу бути частиною боротьби з інфекцією, а не засобом врятування індивідуального життя в короткостроковій перспективі»; на його глибоке переконання пріоритет повинен надаватися молодим.

Ален Бадью обмірковуючи ситуацію з пандемією говорить про розчинення «внутрішньої активності Розуму, що змушує суб'єктів повертатися до його сумних наслідків — містицизму, фантазій, молитв, пророцтва і прокльонів, які мали місце у Середньовіччі, коли по землі ширилася чума» [3]. На думку Бадью, епідемія є моментом волаючого протиріччя між економікою і політикою; навіть європейським країнам не вдається вчасно скоригувати свою політику перед обличчям вірусу, що свідчить про необхідність перегляду не тільки ресурсного забезпечення, але й етичного підґрунтя соціальної політики європейських країн.

Одним з «топових» філософів, що долучилися до обмірковування теми пандемії та її впливу на людину й суспільство, є Джорджо Агамбен. Ще до глобальної кризи, викликаної вірусом Covid-19, філософ випустив цікаву роботу *Nomo Sacer*, в якій він стверджує, що етика Аристотеля, чи деонтологічна етика Канта не в змозі запропонувати сучасності підходи, які були б в змозі її осмислити та описати. Уроки, отримані етикою «після Аушвица» очевидно не сформувавши того новітнього етичного механізму, що був би здатний ефективно регулювати широке коло проблем, пов'язаних з пандемією. Автор підкреслює, що умови соціального дистанціювання та обмеження пересування (спричинені пандемічною ситуацією) є найбільш вигідними для влади — будуть припинені соціально-культурні взаємодії, серед яких і дискусії навколо політики, що зробить керування людьми простішим, ніж будь-коли. «Якщо вже зараз, в умовах поступового занепаду ідеологій і політичних переконань, міркування безпеки дозволили громадянам прийняти обмеження свобод, які вони раніше не бажали приймати, то біобезпека виявилася здатною запропонувати абсолютне припинення всієї політичної діяльності і всіх суспільних відносин, як вищої форми громадської участі» [5]. Філософ наголошує, що медикалізація сучасного суспільства вже перейшла усі межі, і вочевидь усім нам доведеться переосмислювати своє ставлення до медицини та хвороб. В одній з своїх робіт «Біобезпека та політика», Джорджо Агамбен називає терором охорони здоров'я заходи, вжиті у зв'язку з епідемією коронавірусу.

З міркуваннями мислителів, роботи яких ми розглядали можна не погоджуватися, але слід зауважити, що їхні висловлювання послуговували

виненкненню філософського дискурсу навколо пандемії. Сьогодні, як ніколи раніше, першочерговим завданням біоетики є переосмислення на не-априорних засадах, а на засадах ситуативного аналізу моральних практик в медицині. Очевидно, нам (етикам, філософам, політикам) слід пам'ятати про дуже важливий аспект, пов'язаний з імплементацією моральних теорій в реальне життя, мова йде про суттєві відмінності у визначенні пріоритетів прикладною етикою в ситуаціях окремих пацієнтів, що потребують медичної допомоги та в ситуаціях, де допомоги потребують широкі верстви населення (епідемії, стихійні лиха, техногенні аварії, тощо). В таких ситуаціях мало говорити про максимізацію очікуваного щастя, тут мова йде перш за все про створення ефективного та дієвого алгоритму визначення пріоритетів у розподілі дефіцитних ресурсів.

Бібліографія

1. *Hubenko, H., & Boichenko, N.* (2020). the future of moral theories: reflecting on Torbjörn Tännsjö's book "SETTING HEALTH-CARE PRIORITIES". *Arhe*, 27(33), 289-299.
2. *Tännsjö, T.* (2019) *Setting Health-Care Priorities* New York: Oxford University Press.
3. *Бадью А.* До епідемічної ситуації. 21 березня 2020. (Alain Badiou. Sur la situation epidemique. March 21,2020) Доступ: <https://files.nas.gov.ua/PublicMessages/Documents/0/2020/03/200330171210972-4465.pdf>
4. *Агамбен Дж.* Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь / Джорджо Агамбен. – М.: Европа, 2011. – 256 с.
5. *Агамбен Дж.* Есеї про Covid-19 та критика навколо текстів Доступ: <https://supportyourart.com/stories/agamben-covid-19/>

ПРО ЛОГІЧНУ ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНУ КРИТИКУ ПСИХОАНАЛІЗУ

Буцикін Є.С.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ, Україна; Yegorbutsykin@gmail.com

Щойно психоаналіз зміцнів, передусім як новий агент у психіатрії та психотерапії, і на нього почали зважати представники академічної науки, природно виникла перша критична реакція¹. Загалом у цій критиці можна виокремити два аспекти: логічний та феноменологічний.

Логічна критика психоаналізу показала, що психологія Фрейда є індуктивною теорією із необґрунтованими засновками, тому вона насправду ніколи не має до діла із безпосереднім спостереженням фактів, натомість сегрегує та формує їх відповідно до теоретичних передсудів: про асоціативну природу психіки, переміщення афекту, зв'язок несвідомого та свідомості [Kroonfeld, 1914]. Усі перераховані припущення потребують обґрунтування, а деякі, наприклад, про асоціативну природу психіки, відверто застарілі та

¹ Тут мені йдеться про т. зв. ранню феноменологічну критику психоаналізу. Докладніше про це див. [Буцикін, 2020].

непереконливі [ibid.]. Поряд із цим, логічна критика центральних технічних понять психоаналізу, виявила то прикрий факт, що усе, що ми уявляємо як психоаналіз не впливає із теорії, а навпаки радше нею унеможлиблюється [ibid.].

Найбільш показовим є приклад із математичною імовірністю успіху застосування методу вільних та неперервних асоціацій, що він свідчить про неможливість реконструкції витисненого уявлення, навіть якщо б наше мислення обмежувалася усього лиш 25 думками, адже у такому разі імовірність відновлення забутої болісної думки становить $1/10000000$ [Kronfeld, 1914: S. 74-75]. Отже, навіть якщо припустити, що аналітик таки спроможний сприяти такому відновленню, то це не обґрунтовується теорією. Те саме стосується й іншого технічного поняття — спротиву — що його наявність обґрунтовують покликанням на затримки в асоціюванні, водночас останні пояснюють спротивом. Коло у визначенні — одна з найпоширеніших логічних помилок в обґрунтуванні психоаналітичних понять, що відразу впадає в око всякому досліднику.

А втім, слід сказати, що *логічна критика психоаналізу починала з передсуду про успішність психоаналітичної практики, тому була скерована передусім на теорію і вимагала її обґрунтування*². На жаль, цього не сталося, першу психоаналітичну теорію психічних інстанцій заступила друга — структурна теорія психіки — що вона також некритично асимілювала засадові уявлення попередниці, у такий спосіб лишивши нерозв'язаними усі перераховані проблеми [Kronfeld, 1925]³. Тож усе це також кидає тінь на історію становлення психоаналітичних проєктів «після Фрейда», інакше кажучи, їхній розгляд слід відкласти поки не буде обґрунтована доцільність використання некритично запозичених засадових понять.

Феноменологічна критика психоаналізу розглядала психоаналіз як натуралістичний проєкт психології та психотерапії, тобто настанову, за якої під час дослідження царини психічного застосовують непитомі для неї причинно-дієві пояснювальні схеми, нехтуючи відмінностями між психічними та фізичними фактами (Брентано), створюючи психологію так би мовити без людини, останню уявляють ефектом діяння психічних механізмів [Jaspers, 1946, 1986 (1950), 1963]. Тож у цьому разі психоаналіз постає різновидом психологізму, тобто способу думання, який спирається на підміну відповіді на питання «що переді мною?» на «звідки воно взялося?», де відповіді на друге питання передусє побудова механістичної моделі людини, яка має випадковий і почасти необґрунтований характер [Jaspers, 1986 (1950)].

Логічна та феноменологічні критики методологічно пов'язані, тож їх не варто розглядати як окремі, особливо цей зв'язок дається взнаки у підваженні теорії асоціаційної природи психічного. Цей аргумент можна сформулювати так: якщо конституцію усякого психічного феномену можна пояснити діянням

² У такий спосіб Артур Кронфельд завершує другу частину цитованої тут книжки [Kronfeld, 1914]

³ Цю тезу Кронфельд, із неприхованим сумом, висловлює уже за 10 років. Водночас наголошуючи на закритості психоаналітичних спільнот, що перешкоджає будь-які критичній настанові щодо психоаналізу. На цій підставі Кронфельд наголошує на загрозі психоаналітичного сектантства, докладніше див. [Kronfeld, 1925]

асоціювання, так само як, наприклад, Г'юм пояснює виникнення ідеї золотої гори [Hume, 1995], то в такий спосіб можна також пояснити наявність психічних предметів психоаналітичного дослідження, наприклад, сновидінь. Щойно ми запитаємо, що є істотним для переживання усякого сновидіння, відразу бачимо, що сновидіння переживається як реальність, яку вдається сфальсифікувати лише прокинувшись. Тож виникає питання «чи можна пояснити наявність переживання реальності сновидіння винятково завдяки асоціації?», вочевидь — ні. Конституювання реальності сновидіння у виразне інтенційність як центральну особливість будь-якого психічного акту [Kronfeld, 1914: S. 71].

Логічна та феноменологічна критика психоаналізу виразно демонструє необхідність обґрунтування психоаналітичної теорії, особливо з огляду на асиміляцію центральних понять психоаналізу в психоаналітичній теорії «після Фройда», що від неї слід утриматися, як від феноменологічно необґрунтованої.

Бібліографія

1. Буцикін, С. (2020). Гайдельберзьке визрівання. Феноменологічна критика психоаналізу. Філософська думка, 4, 75-90. <https://doi.org/10.15407/fd2020.04.075>.
2. Hume, D. (1985). *Treatise of Human Nature*. Penguin.
3. Jaspers, K. (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter* [hierin die Schriften: *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958), *Zur Kritik der Psychoanalyse* (1950), *Arzt und Patient* (1953)]. Piper, München.
4. Jaspers, K. (1946). *Allgemeine Psychopathologie*. S.l.: Springer.
5. Jaspers, K. (1963). *Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)*. *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. S.l.: Sprin ger.
6. Kronfeld, A. (1914). *i ber die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Systematik und kritische Er j rterung*. *Sammlung von Abhandlungen zur psychologischen Pa da gogik*. Leipzig, Berlin: Verlags von Wilhelm Engelmann.

МЕДИЧНЕ ПІЗНАННЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОСНОВНИХ ПАРАДИГМ СУЧАСНОЇ ФІЛОСОФІЇ НАУКИ

Вергелес К.М., Вергелес Т.М., Верба М.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна, kvergeles@gmail.com

Problematization of scientific discourse and changing forms of methodological reflection in modern culture actualize the conceptual understanding of science as a cognitive and sociocultural phenomenon. This is due to the fact that qualitative changes in science in the late twentieth century led to the formation of post-classical science, which included in its scope of "human-like" objects. The basis of all modern science is unusual for classical science, the benefits of man and humanity, morality and good, duty and responsibility for the results. Human values are correlated with scientific truth, and the axiological component becomes an integral part of scientific research. Such complexity and contradiction of the image of science in modern cul-

ture, the presence of many contradictory interpretations of its new content actualize the philosophical and methodological analysis of medicine as a sphere of knowledge and activity.

Актуальність теми: проблематизація наукового дискурсу та зміна форм методологічної рефлексії в сучасній культурі актуалізують концептуальне осмислення науки як когнітивного і соціокультурного феномену. Дана ситуація обумовлена тими якісними змінами в науці, які датуються кінцем 20 ст. та саме вони спричинили становлення постнекласичної науки, яка включила в сферу свого розгляду «людиноподібні» об'єкти. В основу всієї сучасної науки входять незвичні для класичної науки блага людини і людства, моралі і добра, обов'язку і відповідальності за отримані результати. Цінності людини співвідносяться з науковою істиною, а аксіологічна компонента стає невід'ємною складовою наукового дослідження [5]. Така складність і суперечливість образу науки в сучасній культурі, наявність безлічі суперечливих інтерпретацій її нового змісту актуалізують філософсько-методологічний аналіз медицини як сфери пізнання і діяльності.

Мета роботи: експлікація взаємодоповнюваності соціокогнітивної і комунікативної парадигм сучасної філософії науки в аналізі медичного пізнання.

Методи та матеріали: проведено збір науково-дослідного матеріалу, проаналізовано наукові роботи з цієї теми.

Результати: сучасна наукова медицина є комплексом дисциплін переважно природничого профілю, хоча, при цьому, залишається гуманістичною за своєю суттю. Медицина має справу з людиною, що вимагає, відповідно, уваги до культурних та духовних аспектів людського буття. Існуюча неузгодженість між природничо-науковою та гуманістичною складовою в медичному досвіді робить актуальним дослідження медицини в гуманітарному аспекті, який повинен виражати ціннісно-смысловий вимір антропологічної проблематики. У сфері медицини специфіка гуманітарного підходу виявляє себе, перш за все в акцентуванні теми індивідуальної людської ситуації, осяяної особистісними смыслами. Цей підхід глибоко вкорінений у традиціях слов'янської медичної культури, відповідно до яких завдання медицини полягає не тільки в тому, «щоб відвести смертельну небезпеку, але і в тому, щоб виробити індивідуально вірний спосіб життя і навчити пацієнта насолоджуватися ним» [5,6].

Традиційна філософсько-медична проблематика не тільки не зникає, але розвивається, поглиблюється на новій основі. Відроджуються старі, виникають і популяризуються нові варіанти розуміння норми і патології, здоров'я і хвороби. Все більше на передній план виходять гносеологічні і методологічні проблеми медицини, аналіз процесу і результатів її історичного розвитку та охорони здоров'я. Розвивається методологічний аналіз медицини, який розглядає наявне знання як об'єктивний конкретно-історичний результат клінічної та пізнавальної діяльності і як передумову його подальшого розвитку [3]. У сучасній філософії та методології науки співіснують дві різноякісні за змістом, але пов'язані між собою великі групи досліджень, які визначаються як соціокогнітивна і комунікативна парадигми інтерпретації наукового пізнання.

Соціокогнітивна парадигма формувалася як рефлексія над природознавством і постулює розгляд наукового пізнання в ракурсі суб'єктно-об'єктної взаємодії. Комунікативна парадигма, що розвивається переважно в руслі соціально-гуманітарного знання, акцентує увагу на суб'єктній природі наукового пізнання в процесі комунікативних відносин, що складаються як в рамках самого наукового співтовариства, так і суспільства в цілому з приводу і в процесі наукової діяльності. Таким чином, якщо соціокогнітивна парадигма забезпечує можливість наукового дискурсу на шляху руху від об'єкта науки і знання про нього до суб'єкта, то комунікативна парадигма репрезентує реальне функціонування науки в інтерсуб'єктивному полілозі різних типів і форм пізнавальної діяльності в культурі [2,5].

Фундаментальним принципом побудови філософсько-методологічної концепції медичного пізнання виступає доповнення соціокогнітивної і комунікативної парадигм, оскільки реальність функціонування медичного знання і діяльності характеризується спряженістю суб'єкт-об'єктних і суб'єкт-суб'єктних відносин. Це обумовлено тим, що об'єктом і суб'єктом всіх актів медичного пізнання та практики виступає сама людина. Предмет медичного дослідження є, мабуть, найбільш багатограним і складним за своєю об'єктивною природою. У центрі уваги медицини знаходиться нормальна і патологічна життєдіяльність людини, а саме, її здоров'я і хвороба. Будучи частиною природи, живим організмом, підпорядкованим загальнобіологічним законам, людина разом з тим володіє свідомістю і мовою, є соціальною істотою, відмінною від решти світу. Вирішальний вплив на людину мають культурно-ціннісні засади її життєдіяльності. Все це накладає відбиток і на проблему здоров'я та захворювань людини. Така виняткова складність предмета медичної науки детермінована багатостороннім зв'язком цієї науки з іншими постійно розширюваними галузями людського знання впродовж усієї своєї історії. Медицина є складним комплексом природничо-наукових і соціально-гуманітарних знань, що спирається на всю сукупність наукових уявлень про живу і неживу природу, про людину як біологічну і соціальну істоту, про людське суспільство і культуру [1,4,5].

Характерною особливістю медицини є також те, що людина тут не просто суб'єкт пізнання, вона, насамперед, особистість, яка бажає і пристрасно добивається здоров'я, щастя і розквіту всіх своїх можливостей. Саме в силу даних обставин, які б перешкоди не лежали на шляху розвитку медицини, вони завжди долалися. З цього випливає, що аксіологічна (ціннісна) проблематика набуває в медицині особливого значення. Саме тому медицина стала єдиною сферою людської діяльності, спочатку підлеглої регулятивам професійної етики, а взаємодетермінація цінності здоров'я з соціальними, економічними, політичними та іншими цінностями культури зумовила процеси медикалізації суспільства [1,3,4,5].

В епоху науково-техніко-технологічного прогресу (НТ-ТП) все більше збільшується кількість використовуваних приладів і апаратури, як для вивчення стану хворого, так і в процесі лікування. Замість колишнього принципу «лікар - хворий» все більше і частіше домінує інший принцип «лікар-прилад-хворий». Однак, ця прогресивна тенденція розвитку сучасної

медицини має деякі тінюві наслідки - прилад може затулити від лікаря особистість хворої людини з його складною соціально-біологічною діалектикою розвитку, морально-психологічним світом установок і переживань [1,3,5].

Висновок: таким чином, медицина з самого початку свого існування не поміщалася в обмежені рамки вузьких теорій. Когнітивний базис медицини виходить не тільки за межі своєї природно-наукової бази на шляху гуманізації медичної науки, а й передбачає комунікативні взаємодії медицини з іншими сферами культури. У взаємодоповненні соціокогнітивної і комунікативної парадигм медицина може розглядатися як прообраз науки майбутнього, а філософсько-методологічний аналіз медичного пізнання має продуктивне значення для обґрунтування нового типу раціональності і нового образу науки, з якими пов'язані пошуки подальших шляхів розвитку сучасної цивілізації.

Бібліографія

1. *Ильин И.* О призвании врача // И. Ильин Собр. соч.: В 10 т. – М., 1994. – Т. 3. – С. 481.
2. *Кулик, С.П.* Взаимосвязь философии и медицины / С.П. Кулик // История философии / С.П. Кулик, Н.У. Тиханович. – Витебск : ВГМУ, 2009. – С. 27–31.
3. *Моисеев В.И.* Философия науки. Философия биологии и медицины / В. И. Моисеев. – М., 2008. – 560 с.
4. *Попович Я.М.* Синтез філософії та медицини / Я.М. Попович // Медсестринство: ТДМУ, 2018. – №2. – С. 15-17.
5. *Сайганова, В.С.* Динамика норм научной рациональности в контексте современных философско-методологических исследований: компаративный анализ / В.С. Сайганова // Социосфера. – 2012. – № 1. – С. 9–12.
6. *Туровская С. В.* Здоровье как философская проблема / С. В. Туровская // Логос живого и герменевтика телесности. Ежегодник. Вып. 13–14; под ред. О. К. Румянцева. – М., 2005. – С. 300–328.

МЕДИЧНА РЕФОРМА В КОНТЕКСТІ ЗЦІЛЕННЯ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ. МЕТАЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА НАВІГАЦІЯ ГУМАНІТАРНОЇ БЕЗПЕКИ

Гордієнко О.В.

ВГО Українська асоціація з біоетики; Комісія з питань етики НУОЗ України імені П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; КНП «КДЦ» Шевченківського р-ну м. Києва, філія №1, Київ, Україна; helenagor56@gmail.com

Українська медицина переживає зараз пік системної трансформаційної кризи, підсиленої дестабілізуючим впливом пандемії COVID-19. За попередні роки накопичилась ціла низка невирішених організаційно-правових питань, лавина яких експоненціально зростала за останній рік і майже довела медичну систему до межі колапсу. Постала життєва необхідність зцільної мобілізації і стабілізації системи і скерування її подальшого розвитку у конструктивне-прогнозоване річище, до суспільно важливих результатів.

Пандемія активно сприяє мобілізації СОЗ, а от до стабілізації ще далеко, враховуючи те, що цілі напрямки медичної допомоги поставлені на паузу через епідемічну обстановку і вимушений перерозподіл ресурсів. До того ж недолугі реформи останніх років остаточно розбалансували і рані виснажену, знекровлену хронічним недофінансуванням і корупційними схемами, медичну систему. Тож зараз вона вже фактично знаходиться на стадії напіврозпаду. Саме час системно проаналізувати витоки невдач і організаційно- правові прорахунки минулих років, щоб зорієнтуватись у виборі безпечних і надійних перспектив подальшого розвитку з фокусом на гуманітарну безпеку, забезпечення достатньо високої динаміки зростання показників здоров'я населення та розвитку людського потенціалу країни.

З урахуванням того, що існуюча статична система вже значною мірою демонтована і активно переводиться на рейки, які потребують іншої динаміки, потребують більшої мобільності і пластичності організаційної структури і принципів узгодженої взаємодії, іншої соціально-економічної моделі синергетичного розвитку багаторівневої інфраструктури в контексті зміцнення та розвитку єдиного медичного простору, життєво необхідно ґрунтовно-докорінно змінювати і існуючу законодавчу базу, яка зможе унормувати оптимальну функціональну спроможність національної медичної системи а також принципи і алгоритми системної взаємодії. Така законодавча база має створити надійне організаційно- правове підґрунтя як для системного забезпечення гуманітарної безпеки, так і для соціально- економічної ефективності. У цьому сенсі пропоную послідовно розглянути кілька блоків питань:

- **Метаєтика** — філософсько-світоглядний блок (прорахунки системної орієнтації, ціннісні пріоритети, прогресивні світові тенденції). Уява про конституцію медичного організму та соціально-економічний гомеостаз. Уява про систему гуманітарної безпеки – комунікативну основу системної стабілізації: опірності (імунітету від адміністративного свавілля і несприятливих зовнішніх чинників), системної пластичності та адаптивності, регенеративної спроможності. Новий етичний кодекс – робочий документ, який гарантовано забезпечить умови професійної свободи — професійної відповідальності лікаря та спонукатиме його до морального вибору.

- **Оптимізація організаційної структури (інфраструктурного устрою), та алгоритмів внутрішньо-системної та міжсекторальної взаємодії.** Поняття про системну цілісність як ієрархію довершених (людиноспіврозмірних) соціально-економічних циклів, та єдиний медичний простір. До прикладу: в функціоналі організаційної структури КНП «КДЦ» відсутні принаймні 2 найважливіші системні функції: 1) матеріально- технічне забезпечення лікувального процесу та 2) HR-функція — забезпечення достатніх соціально-економічних умов для стимулювання якісної і безпечної роботи персоналу (перш за все, я маю на увазі сучасний стан без бюджетної комунальної стоматології, віднесеної зараз до центрів платних послуг, в яких медики відчують повну соціально-економічну незахищеність і абсолютне безправ'я, яке де мотивує і деморалізує персонал).

- Професійне медичне самоврядування та державно-самоврядне партнерство (від Колективних угод про партнерство і співпрацю до ДССГ (Державної системи соціальних гарантій) та Закону України про професійне медичне самоврядування). Запропонований Комітетом ВР Закон 2445-д «Про самоврядування медичних професій», в якому жодним чином не враховані напрацювання і пропозиції фахових медичних спільнот, був категорично опротестований у професійних медичних колах через те, що по суті своїй він є інструментом остаточного жорсткого закріпачення медиків, репресивним інструментом тотального контролю і повного безправ'я і безпорадності медиків, про професійну свободу, моральний вибір та корпоративну культуру годі й думати. В той час, як саме професійне медичне самоврядування, організоване на справедливих і чесних гуманістичних засадах, покликане стати головним стабілізуючим і мобілізуючим чинником системного реформування, має врівноважити і збалансувати недоліки і вади жорсткого адміністрування, перебравши на себе забезпечення відсутніх організаційних функцій і, відповідно, долі ресурсозабезпечення. Мова йде про рівноправне і відповідальне державно-самоврядне партнерство, яке додасть системі необхідної мобільності і адаптивності, адже працюватиме в режимі взаємного доповнення і взаємного потенціювання. Тобто в правовому полі необхідне послідовне забезпечення акумулюючого (зведеного) спектру нормотворчих функцій, починаючи від Колективних угод медичних установ до Державної системи соціальних гарантій і Закону про професійне медичне самоврядування. Зазначу також, що попередня редакція закону, запропонована раніше ВУЛТом, також потребує перегляду і доопрацювання, адже була адаптована до раніше існуючої стабільної (статичної) медичної системи. А зараз треба враховувати новий суспільний запит на мобільність і адаптивність системи в потоці стрімких соціально економічних змін. Отже треба забезпечувати перманентний правовий супровід трансформаційних процесів на всіх етапах медичних реформ.

- Соціально-економічна політика забезпеченого розвитку в контексті гуманітарної безпеки та розвитку людського потенціалу. Поняття про принципи забезпечення системної цілісності шляхом поетапного формування висхідної ієрархії довершених (людино співрозмірних) соціально-економічних циклів в межах еволюціонуючого єдиного медичного простору. Тут слід зазначити, що вказані вище системні закони мають бути рамковими – визначати стратегічні напрямки і алгоритми взаємодії, залишаючи простір для адаптивної конкретики і ситуативних управлінських рішень. Доцільно також ще раз згадати про необхідність нового етичного кодексу – провідного інструменту реалізації гуманітарної безпеки та розвитку людського потенціалу. Окремого розгляду потребує також правове забезпечення системи медичного та соціального страхування (галузевого!!), системи громадського здоров'я, профілактики та реабілітації, які охоплюватимуть весь законодавчий спектр надійного забезпечення здоров'я населення і зрештою будуть системно зведені у Єдиний блок базових медичних конституюючих Законів.

Найважливішим, що варто усвідомити саме зараз, на етапі вибору стратегії системної стабілізації та подальшого розвитку, є те, що ми маємо покласти

край диктатурі капіталу та бізнесового лобі у вітчизняній медицині, подальшому паразитуванню системи на медиках та зубожілому населенні, яке може сприяти лише дегуманізації та деградації (інфраструктурній і моральній), та повернутись до нормальних цивілізованих відносин та гуманістичних пріоритетів. Адже система не повинна обертатись навколо капіталу (або його відсутності).

У фокусі системотворення національної СОЗ має бути **ПОВНОЦІННЕ ЖИТТЯ, ЗДОРОВ'Я І РОЗВИТОК ЛЮДИНИ** як головний національний пріоритет! Медицині можна і треба повернути її гуманістичну спрямованість!!! Впроваджуючи якісно інші принципи і форми системної організації і комунікації. Система повинна налаштовуватись на життєві потреби людини, як на камертон, а фінансова система має забезпечувати ці потреби! Хибна застаріла практика каструвати і калічити медичну систему під обмежений фінансовий ресурс. Варто віднаходити шляхи і створювати нові можливості ресурсозабезпечення, щоб національна медична система стала, нарешті, повнокривною і самодостатньою, паралельно з повномасштабним розвитком профілактики та соціальних передумов, достатніх для збереження здоров'я і щасливого життя.

В цьому сенсі, запропонована Українською асоціацією з біоетики на попередньому біотичному конгресі стратегія системної організації гуманітарної безпеки — як засадничого чинника системної стабілізації і забезпеченого розвитку, не лише не втратила своєї актуальності, а все більше набуває нового сенсу і системотворчого змісту в світлі суспільних запитів і очікувань сьогодення. Час вчитись ставити гідні доленосні цілі і досягати найкращих перспектив!

ЕКОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОГО ПРОСТОРУ: КІНЕЦЬ ЕПОХИ ПАЗАРИТУВАННЯ І ЗЛОВЖИВАНЬ – START UP ЕПОХИ ГУМАНІЗМУ І СПІВ-ТВОРЧОСТІ

Гордієнко О.В.

ВГО Українська асоціація з біоетики; Комісія з питань етики НУОЗ України імені П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; КНП «КДЦ» Шевченківського р-ну м. Києва, філія №1, Київ, Україна; helenagor56@gmail.com

Останніми роками усі ми стали свідками того, як світ стрімко втягується у горнило тотальної цивілізаційної трансформаційної кризи (екологічної; соціально-політичної; економічної; морально-етичної; комунікативної), коли стрімко руйнуються всі усталені підвалини і надбудови старого світоустрою, старі інфраструктурні (організаційні, системні і глобальні) моделі і принципи взаємодії.

У хаосі тотальної руйнації і переформатування все важче віднайти орієнтири стабілізації і надійні шляхи подолання безладу і безнадії. І саме моральні імперативи, засадничі принципи і методи Біоетики та світоглядні концепції Соціоетики та Метаетики можуть стати потужною ідейною

першоосновою системної стабілізації та подальшої навігації суспільної гармонії і забезпеченого розвитку.

Звернімо увагу на те, на яких засадах побудована світова взаємодія сьогодні. Постіндустріальне домінування капіталу (який вже став потужним суб'єктом лобювання інтересів бізнесу) утворює стійкий симбіоз з інноваційною домінантою ІТ — інфосфери і претендує на тотальний контроль і повне і остаточне закріпачення людини. Цей потужний симбіоз відсуває соціальні імперативи системного реформування у розряд другорядних, рудиментарних, гвалтуючи і спотворюючи моральні засади суспільного життя, сприяючи дегуманізації і деградації антропосфери, як в системному і національному, так і в цивілізаційному контексті. Всі ці процеси по суті стали вінцем епохи паразитування і зловживань. Людська цивілізація породила потужних монстрів, які можуть звести на нівець усі гуманістичні досягнення людства, спотворюють навіть саму її людську біологічну природу і свідомість, перетворюючи її або на паразитуючого ненажерливого монстра, або на жалюгідного жебрака-недолюдка, який за крихти з барського столу буде паразитувати на ще бідніших, обираючи і знищуючи таких само безвольних і безхребетних.

Пандемія COVID-19, ВИВЕРНУВШИ СВІТ НАВИВОРИТ, стала провокатором апогею загострення кризи, каталізатором суспільної турбулентності, ініціатором пробудження і розвитку суспільної свідомості, поставивши під загрозу і виживання людства і збереження людської самоідентичності. Ми всі маємо відповісти на питання: ХТО МИ Є В СУЧАСНОМУ СВІТІ??? ЩО МИ МОЖЕМО – МАЄМО ЗРОБИТИ ДЛЯ ЙОГО ОЧИЩЕННЯ, ВІДНОВЛЕННЯ І РОЗКВІТУ, щоб передати нащадкам у спадок ЖИВУ, ПРЕКРАСНУ, ЧИСТУ КВІТУЧУ ПЛАНЕТУ???

Тому збереження самоідентичності і повноцінності життя і розвитку особистості-соціальної системи Держави-Нації у фокусі соціальної місії Біоетики-Соціетики-Метаетики, які у соціальному ландшафті сьогодення мають місію НАВИГАЦІЇ І ПРОМОЦІЇ ГУМАНІТАРНОЇ БЕЗПЕКИ-СУСПІЛЬНОГО КОНСЕНСУСУ І ГАРМОНІЇ, повертаючи суспільне життя на рейки ЛЮДЯНОСТІ-МИЛОСЕРДЯ-ПАРТНЕРСТВА І СПІВ-ТВОРЧОСТІ. Всі правові, соціально-економічні, політичні і організаційні стратегії, політики і технології мають дотримуватись ПРИНЦИПІВ ЕКОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПРОСТОРУ-ПОВАГИ ДО МЕЖ І ПРАВ ЛЮДСЬКОЇ ОСОБИСТОСТІ — соціальної та організаційної СТРУКТУРИ-ПРОФЕСІЙНОЇ КОРПОРАЦІЇ-ДЕРЖАВИ-НАЦІЇ. *Взаємодія будь-якого рівня має вибудовуватись на принципах недомінування, взаємної поваги, довіри і консенсусної партнерської взаємодії — рівноправної і відповідальної, закріпленої у спільних угодах, за дотримання яких обидві сторони несуть однакову відповідальність.*

Саме на таких гуманістичних засадах доцільно вибудовувати будь-які стратегії системного реформування (і медичної системи в тому числі), аби відразу закладати у їхню основу надійні підвалини і основи гармонійного безпечного зростання суспільної опірності, регенеративності, активності, мобільності і пластичності, які в подальшому забезпечать необхідну стабілізацію на марші і зростаючу динаміку суспільного поступу, які у сукупності

складатимуться у ЦІЛІСНУ СИСТЕМУ ГУМАНІТАРНОЇ БЕЗПЕКИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕНОГО РОЗВИТКУ.

Ми всі разом, поважаючи один одного, домовляючись і свідомо роблячи спільні конструктивні кроки до спільного добробуту і розвитку, можемо повернути наш світ до розквіту людяності, милосердя, зцілення і спів-творчості.

ХВОРОБА ТА ЗДОРОВ'Я ЯК АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК САМОВИЗНАЧЕННЯ ЛЮДИНИ

Гомілко О.Є.

Інститут філософії ім. Г. Сковороди НАНУ, Київ, Україна;
olga.gomilko@gmail.com

Здоров'я належить до числа тих життєвих очевидностей, котрі зазвичай не виокремлюються як специфічна ознака людини. Мовчки припускається, що людина завжди є здоровою людиною. Це припущення інтегровано до складу будь-якої культурної практики, системи суспільних відносин та міжособистісного спілкування, світоглядних орієнтирів та естетичних зразків тощо. Можна сказати, що здоров'я задає культурний стандарт людському існуванню.

Але ця загальнокультурна норма повсякчас приходить у суперечність із досвідом індивідуального життя кожного. Більш чи менш відчутно, але людина майже безперервно переживає ураженість свого організму. Абсолютно здорової людини не існує. Здоров'я — це відчуття свого перебування у такому тілесному стані, котрому лише опонує чи загрожує відчуття хвороби та недуги. Індивідуальне відчуття здоров'я, однак, неодмінно включає в себе і певні хворобливі подразники, *до котрих індивід призвичаївся*. Висловимо дещо парадоксальне твердження: здоров'я — це індивідуальний стан хворобливості, котрий сприймається особистістю за нормальний стан існування. Наприклад, людина, котра слабка на очі й носить окуляри, не сприймає цю тілесну ураженість як хворобу. Так само й індивід, який втратив руку і звик до цього, каже: «Я здоровий». Немає тіла без слабкого місця, немає організму, на котрий серйозна хвороба, травма чи вроджений дефект не наклали б негативного відбитка. Саме тому здоров'я є відносною нормою, котра встановлюється і підтримується силою звички, що вельми й вельми індивідуалізована.

Це міркування знадобилося нам для того, щоб констатувати: по-перше, до числа особистісних ідентифікацій людини належить відчуття нею свого тілесного стану, по-друге, здоров'я є відчуттям звичного для конкретної людини функціонального стану свого організму. Порушення стану здоров'я може спричинити не лише хвороби у власному сенсі слова. Скажімо, втомленість, фізичне навантаження, стрес, зміна погоди, надмірна їжа або голод, алкоголь чи наркотики — можуть призвести до дисбалансів самовідчуття, створюючи, по суті, нездорову людину. Отже, людина постійно відчуває певне подразнення, що «витікає» із її плоті, і це подразнення вона певним чином ідентифікує як норму, насолоду, біль.

Можна, однак, вважати, що людина повсякчас перебуває у болі. Власне, відчуття болю підтверджує те, що вона жива. До більшості болів людина звикає, сприймає їх як норму життя. Через сукупність малих та великих болів вона створює образ свого тіла-організму, із котрим себе ідентифікує. Отже, моя особистість — це та тілесна достовірність, в якій я відчуваю себе. Ця достовірність витворена моїм досвідом переживання різноманітних відчужень себе, котрі мені довелося пережити.

Важливим напрямом дослідження здоров'я та хвороби як антропологічних вимірів самовизначення особистості є культурна історія людського тіла. Дослідження того, яким чином визначається феномен здоров'я та хвороби у різних культурах уможливорює виявлення логіки вироблення самовідчуття та практик подолання виходу із патологічних станів. Даний виступ передбачає звернення до сучасних досліджень феномену здоров'я та хвороби у культурно-історичній перспективі (античність, середні віка, просвітництво та модерний час) з тим аби довести тезу про антропологічну універсальність феномену здоров'я та хвороби як конструктивних чинників самовизначення людської особистості у різних культурно-історичних контекстах.

РОЛЬ БІОЕТИКИ В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ: ПРО ТУРБОТУ, ПОВЕДІНКУ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ПЕРЕД МАЙБУТНІМИ ПОКОЛІННЯМИ

Губенко Г.

МІ СумДУ, Суми, Україна; hanna.hubenko@gmail.com

Чи актуальна біоетика в 21 ст.? Нинішні кризові часи можуть бути фактором зростаючого інтересу до філософії біоетики як до інструменту самопомоги. Зрештою, біоетики зможуть зібрати дуже гідний збірник практик і наративів про досвід самопомоги. Виходить, що карантин вивів людство на новий шлях навчання, де з'являються і інтегруються біоетичні судження і різні методологічні стандарти. Все це сприяє актуалізації нової моделі суб'єкт-суб'єктних взаємин, заснованих, наприклад, на цінностях солідарності, співчутті, співучасті, діалоغو-комунікативістських інтересах (Б.Дженнінгс), а також чутливості (сенситивності) до різних контекстів.

Таким чином, біоетика розглядається нами як спроба наблизитися до соціальних реалій, до повсякденного життя людини. Соціальний контекст біоетики об'єднує в собі етичний аналіз і емпіричні дослідження в інтерактивному циклі. Біоетика сприймає «всерйоз» життєві практики (а саме бажання не тільки приймати правила і принципи, а й практично направляти дії людей). Така біоетична теорія в освіті в поєднанні з описаною методикою передбачає виховання здатності до морального вибору людини та формуванню сучасного мислення. У порівнянні з передковідним життям, де більше приділялося уваги культурі «Я», зараз увага спрямована на «Ми» і розуміння того, що людям преш за все потрібні підтримка, емпатія і взаємодія.

Ось чому важливі заклики до добровільної співпраці під час кризи. Тільки закони і політичні дії не врятують нас, не допоможуть усвідомити небезпеку.

Необхідно подивитися на проблему «різними» очима, під різним кутом — архітектора, медика, юриста, соціолога, психолога, філософа, біоетика тощо. Життя і обставини життя потребують гнучкості, гнучкого механізму або формули, яка може бути схожа на таку: добра психологічна підтримка; чесна комунікація і зворотний зв'язок. Припускаю, що зворотний зв'язок може бути у вигляді моніторингу емоційного стану (взаємин, здоров'я, ментального та психологічного стану) громадян. На мою думку, це шанс досліджувати роль/значення гуманістичних цінностей. Ми набуваємо нових компетенцій в поведінці, тому так важливо чути, читати наративи щодо отриманого досвіду. В освіті повинні з'являтися практики ведення діалогу і розглядання кейсів взаємодії. Життєстверджуюча позиція повертає/акцептує увагу до особистої поведінки й відповідальності.

Також я думаю, що настав час для біоетиків збиратися на онлайн або оффлайн платформах, щоб обмінюватися конкретними практиками в різних соціальних умовах. Тому так важливо комунікувати на трансдисциплінарних майданчиках і слухати/чути зворотний зв'язок. Дуже важливо не потрапити в пастку упередженості і подивитися на інформацію очима студента, слухача і/або очима соціуму. Культурне відставання створює проблеми для суспільства. Культурне відставання пострадянських країн можна розглядати як критичну етичну проблему, оскільки нездатність досягти широкого соціального консенсусу може призвести до зростання соціальних конфліктів.

Активісти і правозахисники повинні продовжувати роботу з моніторингу, документування та звітності про порушення прав людини. Всі інші громадяни повинні перш за все усвідомити масштаб кризи, в якій ми всі перебуваємо, і взяти на себе відповідальність за те, щоб зробити все можливе для допомоги суспільству в подоланні наслідків кризи, в отриманні необхідної допомоги і підтримки в цей складний кризовий час. Ставлення до уразливих груп в суспільстві є лакмусовим папірцем етики суспільства, благополуччя життя у нових реаліях.

БІОЕТИЧНІ ПРІОРИТЕТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Єгоренков А.І., Пащенко В.В., Свиридчук О.Б.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
altaikiev1@gmail.com

В реаліях пандемії COVID-19 лікарі щоденно зіштовхуються з проблемами біоетичного характеру. Для їх вирішення необхідно керуватися чотирма основними принципами біоетичної науки, які були розроблені американськими вченими Т. Бочампом і Дж. Чілдресом, а саме:

- принцип «не нашкодь», що покладений в основу лікарської етики та прописаний у клятві Гіппократа;
- принцип поваги автономії пацієнта, що передбачає залучення пацієнта до прийняття рішень стосовно лікувального процесу;

- принцип благодіяння, який передбачає, що кожен лікар має бути здатним на альтруїзм, емпатію, що відповідає моделі взаємовідносин «лікар-пацієнт» Парацельса;

- принцип справедливості, який передбачає, що матеріальні та духовні потреби кожного мають бути задоволені у повній мірі та стосується розподілу ресурсів, особливо в умовах їх нестачі [1].

Разом із традиційними етико-філософськими настановами часів Гіппократа ці принципи створюють базис для прийняття важливих рішень, що стосуються подальшого лікування хворого. Зараз, в умовах пандемії, принципи та правила біоетики мають конкретні приклади застосування. Принцип поваги автономії пацієнта — під час укладання інформованої згоди перед госпіталізацією, ПЛР-тестом, під час інших діагностичних маніпуляцій. Принцип благодіяння застосовується під час роботи з інфікованими пацієнтами, коли медичний працівник ризикує власним здоров'ям, повністю розуміючи наслідки. Принцип «не нашкодь» — лікар має виключати можливість надання шкоди пацієнту з COVID-19 (як безпосередньо, так і через недостатню компетентність, бездіяльність). Принцип справедливості полягає у справедливому наданні доступу до кисневих точок, медикаментів, вакцин. Метою нашого дослідження було з'ясувати, чи в однаковій мірі принципи біоетики пріоритетні в реаліях COVID-19. За результатами анонімого опитування молодих вчених-лікарів НАМН України та студентів-медиків стало зрозуміло, що, на їх погляд, пріоритетний принцип — «не нашкодь». Результати опитування наведені у таблиці 1 (кількість опитованих близько 100 чоловік).

Таблиця 1. Найбільш актуальний біоетичний принцип в реаліях сучасної біоетики та під час лікування COVID-19 на думку опитованого.

Принцип біоетики	Молоді вчені НАМН	Студенти-медики
Принцип благодіяння	4%	8%
Принцип поваги автономії пацієнта	12%	16%
Принцип справедливості	8%	16%
Принцип «не нашкодь»	76%	60%

Можливими, на погляд опитованих, причинами найбільшої актуальності саме цього принципу біоетики під час пандемії є наступні:

1. Цей принцип найближче до практичної діяльності лікаря. Керуючись екстремними протоколами, медичний персонал може помилково призначати лікарські препарати, нехтувати психологічною складовою, застосовувати невинновдану велику дозу лікарського препарату, що негативно впливає на роботу окремих систем організму, загальне самопочуття тощо.

2. Цей принцип найзрозуміліший для суспільства;

3. Цей принцип є невід’ємною умовою дотримання інших принципів біоетики;

4. Цей принцип являє собою усю сутність біомедичної практики та науки.

На другому етапі нашого дослідження було проведено дистанційне інтерв’ювання молодих лікарів. На їх погляд, принцип справедливості також потребує уваги лікарів. За відсутності достатньої матеріальної складової та, як наслідок, недостатньої кількості апаратів ШВЛ, концентраторів тощо, лікар вимушений виконувати функцію «божественного комітету» (прообраз етичного комітету), який враховує вік, стать, сімейний стан, кількість дітей, статок, отримуваний прибуток, емоційну стабільність, освіту, професію та деякі інші фактори при наданні високотехнологічної допомоги. Таке «етичне» навантаження на лікаря є неприпустимим та суперечить сучасним поглядам ВООЗ [2].

27 травня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров’я опублікувала на своїх веб-ресурсах «Clinical management of COVID-19: interim guidance» («Клінічне лікування COVID-19: проміжне керівництво»), що, містить психологічні, біоетичні рекомендації для зменшення морального навантаження на лікаря [3]. Окрім цього, необхідний високий

рівень профільних знань серед лікарів, що працюють з «ковідними» хворими. Необхідно організовувати доступ лікарів до цілодобового психологічного та юридичного консультування, обміну досвідом на державному та міжнародному рівнях, аналізу помилок, належному матеріальному забезпеченню. На початку 2021 року в Україні розпочалася вакцинація, яка також викликає у молодих вчених-лікарів ряд питань з точки зору біоетики. На їх погляд, враховуючи пріоритетний принцип «не нашкодь», сфера охорони здоров’я має гарантувати максимально можливу безпечність проведення вакцинації, зведення кількості випадків побічних реакцій до мінімуму та високу ефективність процедури. Результати нашого дослідження та подібних йому підтверджують необхідність комплексного підходу до організації роботи лікаря в умовах пандемії. Ця комплексність передбачає не лише медико-технічні чи фінансові компоненти, але й можливість реалізації етичних принципів лікарської та медико-наукової діяльності.

Бібліографія

1. *Thomas R. McCormick*. Principles of Bioethics // University of Washington. – 2020. – URL: <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics>.

2. *Добреля Н. В., Бухтіарова Т.А.* Проблеми біоетики в контексті пандемії COVID-19 // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2020. – №3. – С. 159-165.

3. *Clinical management of COVID-19: interim guidance* // WHO.– 2705.– URL: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГЛОБАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Ешану А.И.

Государственный университет медицины и фармации имени Николая
Тестемицану, Кишинэу, Республика Молдова; aesanu@gmail.com

Современный процесс глобализации, под влиянием кризиса неолиберальной доктрины, породил такие процессы, как неоммеркантилизм, протекционизм, односторонность. Эти явления в той или иной форме распространились в процессе управления текущим пандемическим кризисом, создав серьезные препятствия для выработки общей стратегии борьбы с ним в глобальном масштабе. Текущая пандемия COVID-19 высветила и подчеркнула те противоречивые тенденции в глобализации, которые становились все более и более выраженными до ее начала. Причины этих процессов многочисленны и имеют различные экономические, геополитические и цивилизационные отголоски. Односторонность, проявляющаяся в различных формах в поведении великих глобальных игроков, породила такие явления в управлении пандемией COVID-19, как национальный эгоизм в использовании медицинских ресурсов, преобразование производства вакцины против COVID-19 в жесткую конкуренцию между великими державами, где остается мало места для глобального сотрудничества и координации.

В Декларации Международного комитета ЮНЕСКО по биоэтике и Всемирной комиссии ЮНЕСКО по этике знаний и научных технологий от 6 апреля 2020 г. «*Этические соображения с глобальной точки зрения*» говорится, что заболевание Covid-19, вызванное коронавирусом SARS-CoV-2, является новой нозологической единицей, инфекцией, быстро достигающей масштабов тяжелой пандемии и требующей глобального осмысления и биоэтических ответных мер. Многие этические вопросы, которые возникают сегодня, требуют отказаться от разногласий и коллективно подумать о приемлемых решениях. Взгляд на биоэтику и этику науки и технологий, основанный на правах человека, должен сыграть ключевую роль в контексте этой драматической пандемии. В этом контексте биоэтика играет незаменимую роль в нынешнем кризисе: она должна снизить нагрузку на врачей и лиц, принимающих решения, которые зачастую являются трудными и беспрецедентными. Специалисты по биоэтике должны присутствовать при поддержке ответственных лиц и организаций, чтобы убедиться, что те принимают наилучшие возможные решения в ситуациях, с которыми они сталкиваются.

В настоящее время эксперты по биоэтике занимаются вопросами распределения ресурсов (маски, респираторы; койки интенсивной терапии; местный, региональный и глобальный процесс вакцинации). Но они также участвуют в поддержке менеджеров и опекунов в контексте кризиса, который, например, должен был определить наиболее уважительные способы борьбы с огромным количеством смертей среди пожилых людей: где хранить трупы и как оказывать психологическую помощь семьям умерших. Специалисты по биоэтике также обеспечивают защиту участников и надлежащее проведение

исследований в качестве советников комитетов по этике исследований. Мир нуждается в лечении и в равном доступе к одобренным вакцинам, и клинические исследования в этом контексте поднимают ряд этических вопросов. Пандемия Covid-19 показала важность биоэтики, ее разнообразие и актуальность. Биоэтика играет существенную и каталитическую роль в руководстве всеми сторонами, с которыми она взаимодействует, сохраняя при этом свой критический дух на службе общества.

Как и в случае с эпидемией испанского гриппа 1918 года, унесшей жизни десятков миллионов людей всего за несколько месяцев, пандемия COVID-19 2020-2021 гг. относится не только к радикальным мерам в области здравоохранения, принимаемым правительствами по всему миру, но и затрагивает один из важнейших аспектов, а именно, обновление критического взгляда на болезнь и здравоохранение. Подчеркнем, что раньше инфекционные заболевания оставляли в некотором смысле равнодушными специалистов по клинической биоэтике, например, в случае эпидемий ВИЧ-СПИДа, атипичной пневмонии или лихорадки Эбола. В противовес этой апатии, наступление SARS-CoV-2 сразу же вызвало пристальный интерес биоэтического сообщества, внося свой вклад в очертание парадигмальной структуры обновления, которая пандемия порождает в контексте глобальной биоэтики. В этом тренде можно выделить три силовые линии, связанные с вышеупомянутым обновлением: переход от индивидуалистической концепции автономии к более реляционному подходу; настаивание на нашей моральной ответственности перед ближними; ресоциализация глобальной биоэтики, требующая реального учета социальных детерминант планетарного здоровья.

БІОЛОГІЧНА ЕТИКА В КОНТЕКСТІ СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ

Кисельов М.М.

Інститут філософії імені Г.С. Сковороди НАН України, Київ, Україна;
nn1942@ukr.net

Футурологи уже давно ділять сучасне людство на «прогресистів» та «алармістів». Останні почали домінувати і зосереджуватися навколо створення варіантів концепту «стратегії виживання». Для реалізації цієї задачі вельми перспективним видається поєднання НТП з етикою. На перетині науки та етики, що традиційно розглядалися як несумісні, виникає і актуалізується низка «нових етик». Нині своєрідним епіцентром означеної тенденції постають **екологічна і біологічна етики**. **Біологічна етика** — сучасний напрямок прикладної етичної думки, де робляться продуктивні спроби поєднання новітніх досягнень біології та медицини з духовністю та етичними принципами. Таке поєднання все більше визнається як необхідна передумова подальшого існування людини як родової істоти, що надає підстави визначати біологічну етику як **«етику виживання»**, яка закладає фундамент цивілізації «любові та життю». Біологічна етика, визначаючи міру дозволеного втручання в природу взагалі і в природу людини зокрема, стає важливим компонентом ціннісно-духовних підвалин людської цивілізації, орієнтує на подальше моральне

вдосконалення людини, створює умови для захисту її прав та гідності. Її проблеми стосуються не лише біологів та медиків, а всього суспільства. Вони відзначаються безпрецедентною складністю та неоднозначністю, вимагають від дослідників високого професіоналізму, розвинутого відчуття міри та такту, граничної вимогливості до себе та відповідальності.

Насторожує те, що нині з'являється низка нових біосоціальних проєктів поліпшення природи людини та вдосконалення раціональної організації суспільства. До відомих проєктів епохи Просвітництва, еugenіки, соціобіології, долучаються генна інженерія, нанотехніка, різноманітні біотехнології, штучні репродукційні технології тощо, де виявляє себе драматична конкуренція біологічних та соціальних програм. Серед процедур вдосконалення людини та суспільства були послідовно запропоновані соціальна, психофармакологічна і, нарешті, геноінженерна терапія. Більш того, сучасні біотехнології вже намагаються не просто лікувати, а вдосконалювати людську природу, звільнити людину від «ланцюгів» біологічного і, загалом, від «сліпого» процесу еволюції. Саме ця обставина й спонукала формування біоетики, яка апелює до мудрості, зваженості, моральності представників людського роду.

Біологічна етика є одночасно академічною дисципліною та соціальною інституцією і є можливою лише за умов міждисциплінарного підходу до її проблем. К.-М. Маєр-Абіх вважає, що етика майбутнього має бути не антропоцентричною, а голістською, згідно з якою ми є відповідальними за інші життя, з якими живемо поряд. «Живі істоти існують у світі не тільки задля нас, а й разом із нами. Кожна жива істота потребує власного довкілля, свого специфічного життєвого простору. Наше довкілля є тільки одним із багатьох довкілля, людський життєвий простір є тільки частиною природного універсуму» [1, С. 13]. Навіть термін «довкілля» він вважає антропоцентричним, позаяк в такій редакції воно постає як лише наше (людське) довкілля. Аби подолати це враження, цей світ слід розглядати й визначати як наш природний спільноті [1, С. 14]. Отже, визначним фактором розвинутої екологічної свідомості є моральніше ставлення не лише до світу людини, а й до природного світу. Безпрецедентна актуалізація проблем, що нині об'єднується терміном «біологічна етика», є своєрідним індикатором корінного перелому в історії людства.

Проте актуалізація його на такому широкому культурно-соціальному тлі супроводжується надмірною декларацією, виникає своєрідна мода на біоетику. Прогресуюча актуалізація цього терміну, крім всього іншого, приводить до того, що він стає модним, суперечливим і, отже, потребує постійної семантичної корекції, а сама біоетика - уточнення меж і можливостей своєї компетентності, адекватної кореляції між ейдотичними та практичними аспектами.

Маніпуляції з вибором статі, успіхи генної інженерії та трансплантології тощо є надзвичайно вражаючими. Але, як часто буває, благі цілі часто-густо обертаються неочікуваними й небажаними наслідками. Тому величезні можливості біотехнологій в діагностиці, лікуванні, фармакології, селекціонуванні й виробництві необхідних органічних матеріалів не повинні відволікати увагу від можливих негативних наслідків їх реалізації. Зокрема Конвенція про

права людини у сфері біомедицини вимагає пріоритету для інтересів і блага окремої людини перед інтересами суспільства та науки.

В доповіді Римського клубу «Come on! Капіталізм, короткозорість, спадок і руйнація планети» (2019) його президенти Ернст Вайцзеккер і Андрес Вейкман явище глобального потепління, спровоковане антропогенними чинниками, кваліфікують як реальну загрозу цивілізації, свідчення приреченості «старого світу» і обстоюють нагальну необхідність корінної зміни парадигми розвитку людства, а саме: термінової трансформації систем виробництва і споживання, скорочення народжуваності, радикального переходу до альтернативних економіки та енергетики. Вихід із ситуації, що склалась вбачають у створенні «єдиної планетарної гармонійної цивілізації» (www.cluber.com.ua).

Потреба в цьому давно вже назріла, але рекомендації і не лише авторів цієї доповіді (особливо в частині швидкого створення “нового світу”) є багато в чому утопічними. А для того щоб подолати означену утопічність, необхідно надавати абсолютну пріоритетність таким напрямкам, особливо в освітянському процесі, як «екологія» та «біологічна етика». Поки що на наших теренах означені дисципліни у системі вищої та середньої освіти не є обов’язковими.

Бібліографія

Маєр-Абіх К.-М. Повстання на захист природи. Від доквілля до спільно світу. – К.: Лібра, 2004. – 196 с.

КОНЦЕПЦІЯ ПАЦІЄНТ-ЦЕНТРОВАНОГО ПІДХОДУ В МЕДИЦИНІ

Коваленко Н.В.

Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна; nakova@ukr.net

Важливий крок на шляху інтеграції України в європейську спільноту — це реформування системи охорони здоров’я та переорієнтація традиційної моделі взаємовідношень «лікар-пацієнт» на сучасну модель, яку підтримала Всесвітня організація охорони здоров’я, та в якій одним з пріоритетних напрямів стає пацієнт-центрований підхід в медицині. Пацієнт-центрована медична допомога (patient-centered care) з’являється в 1993 році як результат всебічних соціологічних досліджень Інституту Пікера та Гарвардської Школи медицини (Picker Institute & Harvard Medical School).

Характерною особливістю стратегії медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, стає здоров’я людини в цілому, а не зосередження уваги лише на скаргах та хворобі. Пацієнт розглядається не тільки в рамках конкретного захворювання, з яким він звернувся до лікаря, але й в контексті його повсякденного життя, в рамках взаємин з суспільством. Пацієнт-центрована модель включає доступну комплексну, неперервну медичну допомогу, реабілітацію, профілактику та динамічне спостереження. Її можна охарактеризувати як інноваційний підхід до планування, надання та оцінки

медичної допомоги, який заснований на вигідному партнерстві між представниками охорони здоров'я, пацієнтами та їх сім'ями, суспільством.

Лауреат Нобелівської премії, доктор медицини, заслужений професор кардіології Гарвардського інституту громадського здоров'я Бернард Лоун писав, що «зв'язок «лікар-пацієнт», заснований на взаємній прихильності і довірі, що формувався протягом трьох тисячоліть, сьогодні замінений зовсім іншим типом відносин. Зцілення підмінили лікуванням, догляд — безпристрасним виконанням обов'язків, а вміння слухати — технологічними процедурами. Лікар більше не переймається особистістю хворого, а лише «ремонтує» окремі неправильно працюючі частини біологічної системи. При цьому душевний стан пацієнта найчастіше не враховується [1].

В епоху персоналізації медицини допомога пацієнтам набула нового значення пацієнт-центрованого напряму з урахуванням психологічних та культурних особливостей. Пацієнт-центрований підхід — це широке розуміння взаємодії медика з пацієнтом з урахуванням психологічних і соціальних характеристик пацієнта, яке ґрунтується на принципі розділеної відповідальності і застосування біопсихосоціального підходу, що передбачає включення біологічних, психологічних та соціальних факторів здоров'я.

Дослідження Інституту Пікера в основі такого підходу виділяють 8 вимірів орієнтованості на пацієнта: 1) повагу до цінностей, уподобань та потреб пацієнта; 2) інформованість пацієнта про всі деталі лікувально-діагностичного процесу, клінічний стан, лікування, профілактику та ін.; 3) доступність до медичної допомоги; 4) забезпечення емоційної підтримки для зняття страху та тривоги; 5) створення умов для підтримки та спілкування з сім'єю, колегами та друзями; 6) безперервність та безпечний перехід між установами охорони здоров'я; 7) фізичний комфорт перебування пацієнта в процесі надання медичної допомоги; 8) координація отримання допомоги та догляду [2].

Керівники програми Інституту Пікера у всебічному дослідницькому дослідженні досвіду та потреб пацієнта «через очі пацієнта» дають уявлення про те, як якість медичної допомоги, що орієнтована на пацієнта, може бути інтегрована у системи, стандарти та правила охорони здоров'я.

Таким чином, основні показники пацієнт-орієнтованого підходу мають міждисциплінарну природу, поряд з біомедичною допомогою зазначаємо необхідність психосоціальної підтримки.

Бібліографія

1. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания/Б. Лоун. – М.: КРОН?ПРЕСС, 1998. – 367 с.
2. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. and Delbanco, T.L. (1993) Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993. 317 p.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ УЧАСНИКІВ ОСВІТЬНОГО ПРОЦЕСУ

Марков Ю.І.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ,
Україна; Yu.Mark@i.ua

Поняття «охорона здоров'я», «медицина» нерозривно пов'язані з покращенням якості надання освітніх послуг і фахової підготовки лікарів, що є пріоритетним в післядипломній медичній освіті. З метою дослідження мотивації до навчання в інтернатурі з анестезіології на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (сьогодні — Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика) на початку 2020 року було проведено соціологічне дослідження серед 136 інтернів. Проведений аналіз результатів анкетування показав, що найважливішими особистісними якостями викладача респонденти вважають: відкритість, почуття гумору та наявність зворотного зв'язку з викладачем. В майстерності викладача інтерни віддають перевагу вправності передачі знань та досконалості володіння педагогічною технікою. Основними професійними компетенціями лікарі-інтерни вважають: професійні знання, професійні цінності та особистісні якості й професійні дії. До найважливіших елементів педагогічної техніки вони відносять: володіння увагою аудиторії, культуру спілкування з слухачами та володіння мовою. Серед вимог до педагогічної техніки інтерни виокремлюють: уміння чітко та цілеспрямовано здійснювати окремі дидактичні операції, культуру мови, стиль навчально-виховної діяльності, а також здатність керувати своїм психічним станом та станом слухачів. Серед якостей успішного викладача лікарі-інтерни підкреслюють, що викладач повинен бути захопленим своєю роботою і академічною дисципліною, яку він викладає, та вміти «заразити» цим слухачів так, щоб вони зацікавилися; він повинен бути комунікабельним, здатним згуртувати людей і сприяти взаємоповазі та довірі між викладачем та слухачами, вміти справити приємне враження й завоювати довіру групи. При викладанні лекційного матеріалу лікарі-інтерни виокремлюють: доступність викладення матеріалу, його практичну значимість, наведення прикладів з практики, а також логічність й послідовність викладення матеріалу. Серед невербальних методів комунікації інтерни відмітили ентузіазм викладача а серед чинників, що найбільше мотивують до навчання, суттєво переважають ті, які прийнято відносити до внутрішньої мотивації.

ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ В СІМ'Ї В УКРАЇНІ

Мішалов В.Д. , Пустовіт С.В., Петрошак О.Ю. , Хохолева Т.В.,
Гуріна О.О., Москаленко В.С.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
Київ, Україна

На сучасному етапі побудови громадських взаємовідносин в Україні найбільш складним завданням виявилось формування національної системи правового та соціального захисту населення в цілому, та, зокрема, такої вразливої та незахищеної групи населення, як діти. І хоча наша держава взяла на себе конкретні зобов'язання щодо матеріального забезпечення сімей, створення необхідних етико-правових, соціально-побутових, психологічних умов життя в умовах ринкової економіки, однак реалізація цих настанов потребує не тільки подальшого удосконалення нормативно-правової бази, але й підвищення професійної інформованості та відповідальності кожного фахівця, зокрема медичного та соціального працівника.

На даний час розроблені та впроваджуються міжнародна та національна нормативно-правові бази захисту сім'ї та родинних відносин, основними серед яких є: Загальна декларація прав людини та Конвенція про права дитини (ООН); Європейська конвенція з прав людини та низка відповідних Протоколів до неї та Європейська соціальна хартія (Рада Європи); Конституція України. Документи ООН фіксують базові принципи та основні положення міжнародного співтовариства щодо прав людини. В них стверджується, що діти та люди похилого віку, як найуразливіші соціальні групи, потребують особливого сімейного піклування та захисту, а також захисту державою і суспільством. Також наголошується на необхідності правового та іншого захисту дитини до і після народження, важливості поваги до культурних цінностей окремих народів і т.ін. Разом з цим, згідно Конституції України, держава повинна захищати людину від будь-яких форм жорстокого поводження з нею, а також повинна створювати відповідні програми попередження зловживань та лікування постраждалих (ст. 19). Кожний член сім'ї має право на медичну допомогу, відповідно до найвищих стандартів, яка може бути реально забезпечена (ст. 24), а також на захист від усіх форм експлуатації: під час праці, небезпечної для здоров'я; при наданні освітніх послуг; за умов вживання наркотичних чи психо-активних речовин; при сексуальної експлуатації і т.ін., що наносять шкоду будь-яким аспектам сімейної благополуччя (ст. 32-36). Держава повинна захищати людину-жертву озброєного конфлікту від тортур, нехтування, поганого поводження чи експлуатації та забезпечувати необхідним лікуванням з метою повернення здоров'я та соціальної реінтеграції (ст. 39). Відповідно до Конституції України слід навести такі визначення, які також можна вважати засадами протидії насильства в сім'ї:

- Право на інформацію. Кожному гарантується право знати свої права і обов'язки, бути поінформованим стосовно того, що з людиною відбувається (ст. 57 Конституції України).

- Право на свободу та особисту недоторканість. Ніхто не може бути заарештований або утримуватися під вартою інакше як за вмотивованим рішенням суду і тільки на підставах та в порядку, встановлених законом (ст. 29).

- Право на вільний розвиток особистості. Суспільство повинно забезпечити вільний і всебічний розвиток особистості (с. 23).

- Право на життя. Обов'язок держави захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних дій (ст. 27).

- Право на повагу до власної гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижає гідність, поводженню чи покаранню (ст.28).

- Право на рівність та ін.

Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» № 2789-III, від 15.11.2001 зі змінами, визначає етико-правові і організаційні основи попередження насильства в сім'ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї. Статті Закону визначають терміни, перелік законодавчих вимог, органів та установ, на які покладається здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї (центральний орган виконавчої влади, підрозділи органів внутрішніх справ, органи опіки і піклування, спеціалізовані установи для осіб, які вчинили насильство в сім'ї, та жертв такого насильства, кризові центри, центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї); підстави для вжиття заходів з попередження насильства в сім'ї (заява про допомогу, висловлене бажання на вжиття заходів з попередження насильства в сім'ї, отримання повідомлення про насильство в сім'ї або таку загрозу); повноваження відповідальних установ та правила їх організації і фінансування; форми попередження насильства в сім'ї (офіційне попередження з постановкою на облік на 1 рік, примусове направлення до кризового центру для проходження корекційної програми, захисний припис, стягнення коштів, а також можливість кримінальної, адміністративної чи цивільно-правової відповідальності відповідно до закону).

Наказ Кабінету Міністрів України про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення передбачає існування всеукраїнської дитячої лінії (8-800-500-21-80) та системи телефонів довіри і визначає механізм взаємодії структурних підрозділів Державного комітету країни у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти і науки України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України щодо попередження жорстокого поводження з дітьми, фізичного, сексуального, психологічного, соціального насильства, наданні невідкладної допомоги іншим членам сімей, які потерпіли від жорстокого поводження.

СИСТЕМА ВИРУСОВ КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ «МИРОПОДОБНАЯ» СИСТЕМА

Мишаткина Т.В., Мельнов С.Б.

Международный государственный экологический институт им. А. Д. Сахарова
Белорусского государственного университета, Минск, Республика Беларусь

Термином «мироподобные системы» российский философ В.И. Моисеев обозначает части мира, подобные миру в целом. К ним он совершенно справедливо, на наш взгляд, относит биологические системы, для обозначения которых используя понятие «материя жизни» — субстрат, носитель живого. В соответствии с этой концепцией, живое — это микромир, микрокосм, подобный большому миру и обладающий своим пространством, своим временем, своей материей, своими законами, своими особенностями и характеристиками.

Концепция В.И. Моисеева рассматривает мироподобие как трансдисциплинарный феномен, ориентирующий исследователей на необходимость изучения и материи жизни, и средовой материи. Основные положения концепции абсолютно справедливы и продуктивны в рамках «классической» градации форм материи, особенно когда речь идет о материи жизни. Но уже давно и философия, и естествознание приняли идею бесконечного многообразия форм материи. И в этом многообразии наиболее загадочными и непостижимыми представляются переходные, пограничные формы живой и неживой материи, к которым и относятся вирусы — наиболее многочисленный класс биологических объектов. Подтверждением того, что вирусы обладают некоторыми свойствами живой материи и, следовательно, мироподобием, является и наличие у них довольно высокого уровня *активности*, проявляющейся в их способности приспосабливаться к изменяющимся условиям, и *адекватности* — способности правильно соответствовать и реагировать на отражаемое явление, и *избирательности* — способности «выбирать» наилучшие условия существования. Например, согласно неподтвержденной статистике, COVID-19 меньше и легче болеют курильщики: вирусу «не нравятся» прокуренные легкие.

В глобально-стратегическом плане это сигнал к пересмотру сложившихся, устоявшихся и таких привычных методолого-мировоззренческих подходов в биоэкоэтике — того, что принято называть парадигмами.

По своей сути, биоэкологическая этика — это *этика ненасилия, распространенная на отношение человека к природе*. И так же, как в человеческих отношениях, эффективность ее на протяжении тысячелетий была весьма низкой, но обращение к ней оставалось единственным шансом минимизации зла (что человечество начало осознавать лишь сегодня), так и в отношениях с природой: отказ от сознательного причинения ей зла, отказ от насилия по отношению к природным объектам — это «мост в будущее» (В.Р. Поттер) — единственная возможность выживания для человечества — даже с позиций антропоэгоизма.

И только в экстремальных ситуациях (как, например, сейчас — в кризисной ситуации с климатом или коронавирусом) мы начинаем понимать,

что отношения с природным миром не могут бесконечно строиться на борьбе, что борьба эта бесперспективна, потому что объективные природные условия существования сильнее и могущественнее человечества — этой временной формы существования материи. И тогда встает вопрос о том, что в экстремальных условиях человечество должно, наконец, учиться использовать преимущество, данное ему природой — разум — с тем, чтобы понять: просто не-антропоцентризма уже недостаточно. *В экстремальных условиях человек должен открывать для себя и учиться пользоваться экстремальной этикой*, которая требует смены ментальной парадигмы, переосмысления принципов взаимоотношений человека и природных условий бытия. Сегодня это требование стало особенно актуальным и справедливым в связи с пандемией COVID-19.

Во-первых, новая ментальная парадигма требует переориентации общественного сознания на признание *небытия* и его первичности, что так неприглядно для нашего, все еще марксистского, сознания. В совокупности бытие и небытие отражают «онтологическую судьбу» всех индивидуальных вещей и явлений. Любое из них сначала как бы таится в небытии, его нет в реальности (как до нашего рождения в мире нет каждого из нас); затем оно «приходит» в реальность (в результате действия природных или человеческих сил), существует в ней в течение определенного времени и рано или поздно исчезает, уходя в небытие.

Во-вторых, смена парадигмы заставляет нас пересмотреть отношение к природе самого вируса. Известный российский философ В.И. Моисеев для обозначения частей мира, подобных миру в целом, вводит термин «мироподобные системы». К ним он совершенно справедливо, на наш взгляд, относит биологические системы. Для их обозначения В.И. Моисеев использует понятие «материя жизни» — субстрат, носитель живого. В соответствии с этой концепцией, живое — это микромир, микрокосм, подобный большому миру и обладающий своим пространством, своим временем, своей материей и своими законами, своими особенностями и характеристиками. Материя жизни онтологически должна быть более мощной, концентрированной, интенсивной, должна обладать «волей к жизни» (А. Шопенгауэр). Основные положения концепции мироподобия абсолютно справедливы и продуктивны в рамках «классической» градации форм материи, особенно когда речь идет о материи жизни. Уже давно и философия, и естествознание приняли идею бесконечного многообразия форм материи. И в этом многообразии наиболее загадочными и непостижимыми представляются переходные, пограничные формы живой и неживой материи. И наиболее неопределенным является онтологический статус такой формы материи, как вирусы — самый многочисленный класс биологических объектов.

В-третьих, в идее современной глобальной *смены парадигмы* важным является *изменение отношения* к статусу, образу существования вируса и его симбиозу с организмом человека. И если статус вируса принадлежит области объективного — как сущность тайфуна или извержения вулкана — то наше *отношение* к этой форме существования материи, безусловно, содержит субъективный *аксиологический* аспект, предполагающий расстановку

приоритетов и ценностей — в меру достоверности наших знаний, пред-
рассудков, страхов и заблуждений. По своей сути, биоэкоэтика — это *этика
ненасилия, распространенная на отношение человека к природе*. Однако
воспитанные на марксистских идеях, что «вся наша жизнь есть борьба» и что
«мы не можем ждать милостей от природы, взять их у нее — наша задача», мы
сделали насилие нормой поведения, с упоением поворачивая реки вспять,
осушая водоемы и высокомерно не признавая за никакого иного
миропонимания. И только в экстремальных ситуациях (как, например, в
кризисной ситуации с изменением климата или коронавирусом) мы начинаем
понимать, что отношения с природным миром не могут бесконечно строиться
на борьбе: необходим «поиск и разработка путей и методов *противостояния*»
им, «*адаптация* к ним человеческого сообщества». В любом случае,
человечество должно незамедлительно искать методы и *средства диалога* с
природой и быть готовым к любым природным и климатическим катаклизмам,
угрозам и рискам, которые упорно возникают (и скорее всего, будут возникать
и дальше) на планете Земля. А это, опять же, требует *смены ментальной
парадигмы*, переосмысления принципов взаимоотношений человека и при-
родных условий. Сегодня это требование справедливо и по отношению к
ситуации, связанной с пандемией COVID-19.

Поэтому, в-четвертых, новая ментальная парадигма экстремальной этики
предполагает отказ от деятельностно-агрессивного подхода и переход к
адаптивному подходу. И поэтому не *борьба* с изменениями климата (что
абсолютно бессмысленно и нереально — так же, как и «борьба» с вирусом), а
«поиск и разработка путей и методов *противостояния*» им, «*адаптация* к ним
человеческого сообщества». Поэтому, как ни кощунственно это звучит, но мы
считаем, что бессмысленно говорить о «борьбе» с вирусом. Тем более что он
«не хочет зла человеку», просто он реализует, как может, свое стремление к
выживанию, более того, он «заинтересован» в человеческой жизни (а не
смерти). Это не означает, что мы должны его холить и лелеять согласно
принципу «благоговения перед жизнью». Нет, человечество должно
противостоять ему, минимизируя его смертельный вред для человека, и,
вместе с тем, искать *пути адаптации* к этой и идущим за ним следом другим
формам вирусных инфекций. Ведь нам, скорее всего, придется жить вместе с
ними и, возможно, долго.

Таким образом, речь идет об объективной необходимости и неизбежности
смены этических парадигм, становящихся в *экстремальных условиях
экстремальной этикой*. Или, по крайней мере, о необходимости
философской рефлексии по поводу смены этих парадигм. Это тем более
актуально и необходимо, что сегодня перед практическими
медиками-клиницистами и биологами-исследователями со всей остротой
встает проблема тяжелого морального выбора — в прямом смысле слова
между жизнью и смертью.

ПАРАДИГМА СОЦИАЛЬНОГО КОНТЕКСТА РАЗВИТИЯ БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Мухамедова З. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Республика Узбекистан; muhamedova_zamir@mail.ru

В сентябре 2018 года Президент Узбекистана Шавкат Мирзиёев утвердил Стратегию инновационного развития Узбекистана на 2019-2021 годы [1]. Ее основной задачей предусмотрено вхождение страны к 2030 году в состав 50 передовых государств мира по рейтингу Глобального инновационного индекса. Сегодня инновационная деятельность в Узбекистане не ограничивается лишь созданием новшеств, но и подразумевает принятие необходимых мер по еще более широкому использованию передового опыта, созданию современных условий для обеспечения благополучной жизни нашего народа. Одной из важных намеченных задач стратегии является «повышение качества и охвата образования на всех уровнях, развитие системы непрерывного образования...». Предусматривается широкое внедрение в учебный процесс программ и учебно-методических материалов, основанных на международных образовательных стандартах, что с полным основанием относится к курсу биоэтики. Курс стал обязательным во всех медицинских вузах республики с сентября 2020 года как в додипломном, так и в постдипломном образовании (магистратуре).

В настоящее время в Узбекистане уделяется особое внимание созданию условий для дальнейшего повышения качества медицинских услуг во всех регионах республики. Приоритетом в философском обучении студентов-медиков является формирование у них творческого мышления и научного мировоззрения в целях становления свободной и ответственной личности, способной конструктивно работать в проблемных ситуациях, сочетающей профессиональную компетентность с гражданской ответственностью.

Для осуществления данной задачи актуальным является формирование биоэтической культуры будущих врачей. Центральную проблематику в курсе биоэтики составляют темы, связанные с изложением современных мировоззренческих ориентиров и гуманных ценностей культуры, сопряженных с деликатными проблемами, возникшими в результате прорыва биомедицинских технологий: проблемы жизни и смерти, этических проблем биомедицинских исследований, медицинской генетики, геномной медицины и др. Дисциплина «Биоэтика» относится к социально-гуманитарному циклу, для которой необходимо освоение предшествующего знания в области: философии, истории медицины, религиоведения, истории Узбекистана, правоведения, общественного здоровья и здравоохранения, клинической генетики и других. Современная биомедицинская этика основывается на богатой традиции систематической моральной мысли, философской и религиозной.

Актуальность формирования социального контекста биоэтических проблем в Узбекистане.

Население Узбекистана сегодня составляет более 33 миллионов человек. По инициативе Президента Шавката Мирзиёева в стране последовательно продолжается работа по реформированию системы здравоохранения. Эти реформы нацелены на сохранение здоровья населения, воспитание физически и духовно здорового поколения. Сегодня во всех регионах Узбекистана, даже в самых отдаленных аулах, построены новые лечебные учреждения либо реконструированы имеющиеся лечебницы, которые приобрели современный облик, располагают всеми удобствами. В них созданы возможности для точной диагностики заболеваний и использования современных методов лечения и профилактики заболеваний. За последние три года принято более 160 нормативно-правовых документов. В результате во всех звеньях системы здравоохранения происходят важные изменения. Начиная с первичной медицинской помощи и заканчивая специализированными центрами, везде внедряются новые технологии, широко применяются достижения мировой науки и медицины. Эти изменения основаны, прежде всего, на указе Президента Республики Узбекистан "О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан" от 7 декабря 2018 года [2]. Указом были утверждены Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы и Программа мер по реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в 2019-2021 годах [2]. Общественный дискурс по актуальным проблемам, достижение договоренностей по спорным вопросам, участие общественности в принятии социально важных решений, возможность общественного аудита предприятий различных форм собственности и государственных учреждений в вопросах соблюдения договоренностей – в этих процедурах гражданского общества эко- и биоэтическая составляющие становятся катализатором практических действий. В настоящее время потребители медицинских услуг выражают озабоченность по поводу количества процедур, которым они подвергаются и сомневаются, действительно ли эти процедуры необходимы для диагностики или лечения их болезни? Население беспокоят расходы за оказание медицинских услуг и лечение по доступной цене. Система медицинского страхования только начинает работать. Правительство обеспечивает некоторую защиту медицинских льгот для уязвимых групп населения.

Почему так важно отнести биоэтику не только в разряд образовательных курсов для додипломного и постдипломного образования, но для общественного здравоохранения, гражданского общества и права? Потому что, во-первых: понятие биоэтики связано с этическим вопросом сохранения планеты и ее биоразнообразия в условиях технологических достижений, которые могут причинить вред экосистеме. На этом фоне биоэтика включает восприятие качества жизни человека, уважение к окружающей среде и экосистеме, а также существующим биомедицинским проблемам. Биоэтика охватывает достижения в области биотехнологий, здравоохранения и профессиональной этики, в том числе в поиске возможных решений, сосредоточенных на сложности самой жизни и ее проблем. Во-вторых: в области здравоохранения биоэтика профессионально создает мосты между

институциональной и государственной политикой, создавая интерфейс между достижением, долгом и тем, что должно делать, когда сфера ответственности превалирует как руководящий принцип этики. В этом контексте, поскольку общественное здравоохранение и биоэтика включают в свой анализ социальные и субъективные детерминанты, целесообразно проводить действия в общественном здравоохранении (ОЗ) с помощью расширенного и комплексного взгляда на отношение человека и здоровья. Суть этики общественного здравоохранения касается морального обоснования политики, программ и закона, направленных на защиту и укрепление здоровья населения. Поскольку общественное здравоохранение включает в себя широкие социальные программы и государственную политику, такие например, как обеспечение населения чистой водой и запрет на курение в общественных местах, вопросы, касающиеся оправдания патерналистских вмешательств, справедливого распределения ресурсов и ответственности за здоровье, очень важны. Отдельные меры по уходу за пациентами (например, вакцинация) также вносят вклад в общественное здоровье, и у практикующих врачей могут возникнуть сложные этические вопросы.

Здесь мы обращаем внимание на инициативу главы нашего государства Ш.М.Мирзиёева об определении вопроса ликвидации нищеты и борьбы с бедностью, которая была в качестве одной из основных тем сессии Генассамблеи ООН, а также проведению глобального саммита по этим вопросам.

В рамках реализации ЦУР Узбекистан обязался внедрить надежные стратегические механизмы устойчивого развития и социальной защиты для всех и, в частности, малообеспеченных и уязвимых лиц. В настоящее время в нашей республике активно ведется подготовка масштабной программы по сокращению бедности, активно изучается международный опыт по ликвидации бедности.

Глобализация и глобальная биоэтика.

Между биоэтическими проблемами, характерными для стран с низким уровнем дохода, и проблемами в недостаточно обслуживаемых или маргинализированных сообществах в более богатых странах существуют общие черты, возникающие из-за исторического неравенства, ограниченного доступа к медицинскому обслуживанию, расовой дискриминации и гендерного насилия. Учитывая важность здоровья как человеческой ценности и традиционное стремление биоэтики сформулировать универсальные принципы, можно предсказать, что этические вопросы, связанные с этими глобальными различиями, будут занимать очень важное место в научных исследованиях и исследованиях в области биоэтики. Естественный нравственный закон побуждает всякую совесть поступать хорошо и избегать зла. Это относится ко всем сферам этического поведения в целом и, в частности, к биоэтике. Организация и постоянное просвещение населения в интересах здорового образа жизни могут быть достигнуты только путем продвижения принципов биоэтики и императивов биоэтики.

В плюралистическом обществе, в котором мы живем, открытом для множества вариантов, наука нуждается в эволюционной динамике и открытой

этике. Науки, которые заинтересованы в междисциплинарном диалоге по биоэтике, — это медицина, психология, социология, экономика и так далее, такие, которые имеют отношение к жизни во всех ее проявлениях и могут помочь улучшить качество жизни.

Законы и принципы прав человека, концепции и технические подходы справедливости в отношении здоровья могут быть мощными инструментами для взаимного укрепления, не только путем содействия повышению осведомленности и консенсуса в отношении общих ценностей, но также путем проведения анализа и усиления измерения прав человека и справедливости в отношении здоровья, в чем велика роль биоэтики и общественного здравоохранения, руководящими принципами которых являются справедливость, социальная защита, социальная ответственность и солидарность.

Библиография

1. Указ Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». №УП-4947 07.02.2017. Режим доступа: <http://www.lex.uz/ru/docs/3107042>

2. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». №УП-5590 07.12.2018. Режим доступа: <http://lex.uz/docs/4096199>; Законопроект РУз “О совершенствовании системы здравоохранения путем адаптации к настоящим условиям концепций «Умной медицины» и «Центра единой медицинской информации», позволяющих раннее определение и дистанционное лечение болезней с применением телемедицинских технологий в Республике Узбекистан”. Режим доступа: <https://regulation.gov.uz/oz/document/1365>

АБСОЛЮТ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННАЯ ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ

Остапенко Б.И.

Национальный университет здравоохранения Украины, Киев, Украина;
ostabor@hotmail.com

«У каждого человека есть свой бог» — популярное высказывание. Обольщение притягательными рассуждениями, тешущими тщеславие и размывающими компетентное видение реальной жизни, обезоруживает и дезориентирует людей и общество. Так люди со своими богами могут действовать в иллюзии достигнутого комфорта. До тех пор, пока реальная жизнь не разрушит иллюзорную конструкцию. И тогда «свой бог» обнаруживает экзистенциальную бессодержательность.

Доминирующие обычаи и суждения о нравственности часто основываются на утилитаризме и релятивизме, приспособливая внутреннюю и общественную мораль к выгодным для собственных интересов моральным заблуждениям и иллюзиям. Нереальность собственных богов проявляется в разрыве иллюзорного мировоззрения от реальной жизни. Иллюзорные ожидания сталкиваются с разочарованием, идеологические декларации разбиваются о суровость жизни, многообещающие заявления осуществляются фарсом, дез-

ориентирующие представления сталкиваются с разрушением. И что же собственный бог каждого? Ответом является опустошение и страдание. Вместо богатого обновления и благословенного возрождения. Так мировоззрение релятивизма и утилитаризма со своими богами для каждого распадается на части деморализованного и дезориентированного в реальности духовного бытия человека. И ранит душу человека кровью совесть. Если мораль относительна и утилитарна, то почему совесть кровоточит? И для чего нужна совесть человека? И что это — совесть человека? Характерно, что даже наиболее аморальные индивидуумы и сообщества активно апеллируют именно к совести, как необходимому инструменту, медиуму воздействия на человека и общество. Более того, совесть разговаривает с человеком языком абсолюта морали.

Нравственная дезориентация известных исторических личностей и ординарных людей, социальных групп и народов предостерегает грядущие поколения от угрозы, которую иллюзия собственных богов представляет. На протяжении поколений судьба последователей собственных богов возвращает бойню. Некоторые люди и общества ожидают другой результат, идя тем же путем, оправдывая это тем, что те предшественники не смогли преуспеть в осуществлении своего мировоззрения, идеологических схем, политических практик. Они пытаются снова и снова думать, желать и делать тоже, что предыдущие поколения привело к катастрофе кровавых войн и социального каннибализма. При этом носители идеологического идиотизма подменяют честный анализ общественных, экономических и политических феноменов жизни твёрдостью декларирования идеологического идиотизма и агрессией по отношению к скептикам их адекватности и компетентности. Ох уж эти враги и обстоятельства, вопреки ним они прославляют себя как победителей, и неуклонно воспроизводят один и тот же результат снова и снова, оставляя позади тяжелые утраты и опустошение. Да, они следуют за своими собственными богами до своей кончины, за которой следуют следующие поколения духовно и интеллектуально ослепленных, повторяющих путь к руине.

Хотя жизненный путь человека и общества явлен и обозначен. Изучая драматическую историю предыдущих поколений, опираясь на явленный опыт человеческой культуры, избегая трагедий предков, разумно не следовать своим богам, не повторять воплощение идеологических схем, уже опробованных и принесших несчастье и руины. Разумно сохранять ответственность, трезвость, здравый смысл и делать все возможное, чтобы современные поколения жили достойно, чтобы человек, наделенный голосом совести, научался абсолюту морали и в своем мировоззрении, и в отношениях, и во всей полноте и практике человеческой жизни.

Библиография

1. *Ostapenko B.I. Absolute of Morality versus Deconstruction of Morality: Social and Personal Responsibility // "Metaphysical Discourse in Philosophy: History and Modernity."* Theses of International Scientific Conference "XXIX-th Readings, Dedicated to Memory of

the Founder of Lvov-Warsaw Philosophy School Kazimierza Twardowskiego”, 10-11 February 2017 / Ed.: V.L. Petrusenko. – Lvov: Publisher “Liga-Press”, 2017. – P. 178-180.

2. *Ostapenko B.I.* The Concept of the Competence of Moral Judgement // VII National Congress on Bioethics (30 September – 2 October, 2019). Kiev, 2019. – P. 27-28.

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ COVID-19 В УКРАЇНІ: ЧИ ДОТРИМАНІ БІОЕТИЧНІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ

Островська Б. В.

Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України; кафедра ЮНЕСКО в Національному університеті «Києво-Могилянська академія», Київ, Україна; ostrowskabogdana@gmail.com

Детальний аналіз офіційної інструкції [1] виробника (Serum Institute) стосовно складу і характеристики вакцини Covishield дав змогу виявити низку положень, що суперечать міжнародно-правовим принципам та нормам у сфері прав людини щодо права людини на життя та здоров'я. Зокрема:

Вакцина є продуктом, який містить генетично модифіковані організми, оскільки до її складу входить рекомбінантний аденовірус шимпанзе. При цьому її вироблено у 293 клітинах генетично модифікованих нирок ембріону людини. Результат такого поєднання нагадує собою дослідження зі складно прогнозованими біологічними наслідками, спрямоване на створення химер та трансгенних людських організмів, що має бути заборонено міжнародним правом в контексті захисту прав людини. Це стосується питання безпечності вакцини в довгостроковій перспективі для життя та здоров'я майбутніх поколінь у зв'язку з можливістю розвитку незворотних генетичних модифікацій людського організму.

Виробником зазначається, що тривалість захисту «наразі ще не встановлено», при цьому щодо рівня захисту наголошується, що вакцина може захистити «не всіх» реципієнтів (п. 4.4). Крім того, не проводилося жодних досліджень щодо взаємодії з іншими лікарськими засобами даної вакцини (п. 4.5). Так само й щодо шкідливих наслідків для репродуктивної функції людини, а також в період вагітності та лактації, оскільки остаточні дослідження щодо ризику для людини вакцини не завершені (п. 4.6.) Дані про потенційну токсичність вакцини (як репродуктивної, так і онтогенетичної) також наразі не підтверджені (п. 5.3).

Виникає питання походження біологічного джерела для вакцини, а саме ембріонів людини (для подальшої модифікації їх клітин), оскільки згідно з Конвенцією Ов'єдо (ст. 18) «виращування ембріонів людини для дослідних цілей забороняється». Водночас створення вакцини безумовно передбачає попередні дослідження на ембріонах. При цьому актуалізується проблема мораторію на терапевтичне клонування людини.

Отже, зазначене загалом загострює проблему законності використання ембріонів людини з метою проведення на них медичних досліджень та експериментів, а також виготовлення препаратів із використанням ембріональних клітин. Сучасний розвиток генетики в контексті геноміки людини,

особливо у сфері модифікації її генів та генної інженерії, може становити небезпеку для ідентичності людини. Наразі в міжнародному праві постає питання необхідності заборони генетичної модифікації людини, а саме експериментів та маніпуляцій з ембріонами людини, зокрема трансгенезу, химеризації.

При застосуванні інноваційних препаратів, таких як вакцини від COVID-19, слід дотримуватися біоетичних принципів, які встановлені міжнародно-правовими актами, зокрема: поваги до гідності та прав людини у зв'язку з застосуванням досягнень біомедицини; пріоритету інтересів та благополуччя окремої людини над інтересами суспільства або науки; переваги користі над шкодою, що зумовлений високим ступенем ризику в медичній практиці та застереженнями щодо застосування досягнень медицини й проведення досліджень з метою зменшення чи уникнення будь-якого ризику для життя, здоров'я людини, запобігання потенційним ризикам; поваги до особистості автономії та цілісності особи, що встановлює заборону втручання у фізичну та психічну сфери життя людини. Загалом право користування результатами та перевагами наукового прогресу має бути пропорційне загрозам, які несе такий прогрес.

Бібліографія

1. CHADOX1 NCOV-19 CORONA VIRUS VACCINE (RECOMBINANT), COVISHIELD. https://www.seruminstitute.com/pdf/covishield_ChAdOx1_nCoV19_corona_virus_vaccine_insert.pdf

ЭНДОКРИННО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Ожован А.Г.¹, Ожован В.В.²

¹Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинэу, Республика Молдова; alojovan@gmail.com;

²Университетская клиника первичной медицинской помощи Государственного университета медицины и фармации имени Николая Тестемицану, Кишинэу, Республика Молдова; vitalina.usmf@ojoo.com

Пандемия Covid-19, возникшая и продолжающаяся на протяжении 2020-2021 гг., повлияла, порой радикально, на все области человеческой деятельности. Особенно это сказалось в сфере медицины, которая отдавая приоритет борьбе с пандемией, ограничила деятельность других ее разделов. В недалеком будущем некоторые исследования покажут все последствия пандемических ограничений для медицинской деятельности. Безусловно, авторы выделяют не только обязательные, объективные меры, но и ошибочные действия, иногда явно неправильные в организации здравоохранения со стороны властей и ответственных лиц.

Сегодня большинство пациентов страдают несколькими сопутствующими заболеваниями. Некоторые из них относятся к таким областям, как эндо-

кринология и стоматология. Ряд поражений полости рта вызваны эндокринной дисфункцией организма, которая может варьировать от легкой до тяжелой формы. Часто такая ситуация сказывается на состоянии органов ротовой полости — языка, десен, неба, слизистых оболочек щек, провоцируя воспалительные процессы и болезненные ощущения. В этом случае и эндокринолог, и стоматолог оказываются в довольно сложной ситуации: они не могут напрямую, быстро и удобно провести необходимые консультации и назначить соответствующее лечение, требующее интердисциплинарного подхода. Таким образом весь контингент больных становится уязвимым.

Во-первых, тот факт, что стоматолог и эндокринолог должны применять общую стратегию лечения, является красноречивым примером соблюдения принципа терапевтической целостности, а также принципа добродетельности. Реализация этой тактики начинается с взаимопонимания, то есть с обмена информацией о предмете заболевания, после чего определяется соответствующий процесс лечения. Из опыта Республики Молдова следует отметить, что почти на полгода были запрещены все стоматологические услуги, за исключением служб скорой помощи, работающих в больницах или отделениях неотложной помощи. В результате, у стоматологов появилось больше времени, чтобы уделять внимание консультациям по телефону. Такая же ситуация наблюдалась и у врачей эндокринологов. Однако, у них оказалось меньше свободного времени из-за возросшей обращаемости больных с эндокринными патологиями. Конечно, в таких условиях становится труднее выделить ряд параметров, связанных с заболеванием, так как стало невозможно напрямую исследовать состояние тканей полости рта и других частей тела. В то же время, в такой ситуации наблюдался процесс укрепления отношений врач-врач в форме более тесного сотрудничества в отношении индивидуального лечения, которое должно дополняться временно невозможными процедурами и конкретными терапевтическими возможностями.

Во-вторых, по нашим наблюдениям, есть интересные тенденции во взаимоотношениях между врачом и пациентом: с одной стороны, у трети пациентов (у которых есть стоматологические проявления эндокринной патологии) в течение одного года пандемии контакт с лечащий врач (эндокринолог и/или стоматолог) уменьшился; с другой стороны, у двух третей этого контингента пациентов наблюдалось более тесное сотрудничество врача и пациента. Кроме того, у этих пациентов сложилось более уверенное и уважительное отношение к врачу (обеих специальностей). В данной ситуации врач как профессионал становится для пациента более престижной и ценной фигурой.

В-третьих, принцип милосердия (или «творить добро») укрепил свои позиции в сознании врачей. Антипандемические ограничения еще больше укрепили отношения между врачами и, в то же время, между врачом и пациентом. На первый взгляд, это объясняется дополнительными усилиями по поддержанию уже установленных связей с пациентами. Однако после более детального анализа выяснилось, что врачи сознательно проводят благодетельные акции по отношению к пациентам, понимая их тяжелое положение. Эндокринологи потратили много времени на тщательные

консультації. Врачам часто приходилось оказувати психологічну допомогу, а не напрямую займатися ендокринною терапією.

Таким образом, во время пандемии Covid-19 наметились оригинальные тенденции в процессе лечения эндокринно-стоматологических патологий. В этом контексте биоэтическим компонентам придается особая конфигурация.

ОНТО-ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В КОНТЕКСТІ БІОТЕХНОЛОГІЙ

Онищук О. В.

НУ «Львівська політехніка», Львів, Україна; oksana.v.onyshchuk@lpnu.ua

Потужний розвиток біотехнологій забезпечивши, з одного боку, величезні можливості для підтримки здоров'я та лікування, з іншого боку, все більше актуалізує питання меж втручання в людський організм (наприклад, під час клінічних досліджень), можливостей конструювання людини (коли, наприклад, органи сприймаються як такі елементи організму, які можна замінити для кращого функціонування організму, і тим самим підсилюється фрагментарне сприйняття себе). Така ситуація відображається і на медичній етиці, що стосується складних питань, пов'язаних із сучасним лікуванням і дослідженнями. Все складнішою стає відповідь на питання про межі між терапевтичними аспектами біотехнологій та втручаннями в організм, які є ризикованими для засадничих чинників людського буття, онтологічних меж людини та її ідентичності. Медичні відкриття останніх десятиліть рятують життя, але також створюють нові дилеми. Так, наприклад, у минулому людей вважали мертвими, коли вони переставали дихати і серце переставало битися. Однак, тепер люди з травмою головного мозку, але на апараті ШВЛ, можуть залишатися живими на невизначений термін в стійкому вегетативному стані за допомогою штучних вентиляторів, які дихають за них, і штучного годування. Чи можна назвати це життям? Хто має право вирішувати, що б пацієнт хотів у такому випадку? А як щодо людей, які очікують трансплантації, яким було б корисно, аби органи людини залишалися живими на апараті ШВЛ? Питань безліч: як визначається здатність приймати життєво важливі рішення для себе? Що робити, якщо батьки хочуть відмовити своїй новонародженій дитині з важкими фізичними вадами в життєво необхідному лікуванні? Як вирішується пріоритетність при пересадці органів? А як щодо трансплантації тканин плоду для лікування певних хвороб? Коли люди страждають від невиліковної хвороби, чи слід дозволити евтаназію за допомогою лікаря? Які наслідки високотехнологічних розробок у сфері репродукції (таких як екстракорпоральне запліднення, штучне запліднення і сурогатне материнство), а також сплайсингу, клонування генів? Так само все нагальнішим стає коло етичних проблем, пов'язаних з розглядом людини як об'єктом дизайну і конструювань, так званого «покращення людини» (enhancement). До ризиків біотехнологічного моделювання і вдосконалення людини відносять проблеми рівності, чесності (наприклад, в спорті), свободи, справедливості, дебіологізації та ін.

Розвиток біотехнологій призводить до такого кола проблем, які по суті пов'язані з неможливістю описати достовірно наслідки їх впровадження. Тому

переведення їх аналітики в площину філософії бачиться одним зі способів ефективного дослідження впливу біотехнологій. Сучасна гуманістична парадигма передбачає філософські рефлексії над морально-етичними засадами клінічної медицини, біомедичних досліджень та доклінічних випробувань крізь призму імовірних ризиків та небезпек. В межах біоетики переосмислюються такі категорії, як гуманізм, благо, життя, страждання та ін. Вона ж постає втіленням міждисциплінарного підходу для вирішення антропологічних проблем у зв'язку з розвитком біотехнологій.

ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНУ ІДЕНТИЧНІСТЬ

Палей Л.А.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
Київ, Україна

У широкому сенсі професійна ідентичність є складним інтегративним феноменом ототожнення себе з носієм конкретної професії, це складова професійного розвитку людини, яка свідчить про ступінь сприйняття обраної професійної діяльності як засобу самореалізації і розвитку, усвідомлення своєї тотожності з групою і оцінкою значущості членства в ній [3]. В медицині ідентичність можна розглядати в декількох аспектах. У філософському аспекті ідентичність бачиться як онтологічна категорія, засіб для опису буття людини, підстава для її самовизначення як своєрідного суцього. Ця перспектива є важливою для осмислення проблем граничних форм існування - життя та смерті, буття та небуття. Філософсько-антропологічний аспект зосереджується на самореалізації індивіда, екзистенційних та феноменологічних контекстах буття. Тема ідентичності людини в площині застосування біомедичних технологій є однією із центральних у біоетиці і відображається у обговоренні проблем штучної репродукції, статусу людського ембріона, констатації смерті, автономії і дієздатності пацієнта, особистісного самовизначення при застосуванні нейротехнологій.

Сучасні технології у медицині розширюють спектр етичних проблем і у такий спосіб актуалізують питання ідентичності у нових ракурсах. Із застосуванням новітніх нейротехнологій, які відкривають можливості візуалізації процесів у головному мозку і пояснення свідомих і моральних дій, спираючись на особливості нейронної діяльності, проблематизується суверенітет особистості як сукупності уявлень людини про саму себе і самопрезентація. Обґрунтування автономії пацієнта, його дієздатності з правової точки зору, ймовірно, буде покладатися на застосування технологій нейровізуалізації і моделювання процесів у головному мозку.

У соціальному аспекті професійна ідентичність це різновидом соціальної, групової ідентичності. З цієї точки зору професійну ідентичність у медицині можна визначити як систему правил і норм професійної діяльності медичного працівника, які лежать в основі медичного етосу, і механізм співвіднесення цих правил з власним внутрішнім кодексом. Професійна ідентифікація медика є

результатом норм і цінностей медичного етосу та формування особистісної життєвої історії у контексті історії медицини. Тому зміни ціннісних орієнтирів, пов'язані із розвитком та застосуванням новітніх біомедичних технологій, ведуть до трансформації особистості медика, його ідентичності, внутрішнього, морально-психологічного, та соціально-групового наповнення.

Технології сприяють розвитку знання, розширенню компетенції, але якщо вони не пов'язані з етичним наповненням у професії, а навпаки, спрямовані на примітивізацію правил і смислів, які організують діяльність лікаря, «спрощений» поведінковий кодекс, це може мати руйнівні наслідки для професійної культури і етосу. У цих умовах етос починає трансформуватися за зразком «техно-логосу» [2].

Медичний етос сьогодні стає все більш керованим та нормованим і хоча саморегулювання медичної професії переслідує благо мету, в сучасних глобальних варіантах саморегулювання помітними є і небезпечні тенденції. Вони пов'язані зі втратою сенсу лікарського покликання, із перетворенням лікарської допомоги на послугу на глобальному споживчому ринку. Технологізація медицини та медичної науки тягне за собою впровадження менеджерських стосунків і цінностей, в рамках яких медична діяльність уподібнюється до виробничої і комерційної сфери, а медична допомога стає послугою. Розширення технологічних можливостей змінює як лікаря, так і пацієнта, зумовлює проблематизацію професійної ідентичності. Послідовне утвердження автономії пацієнта стає початком перетворення медицини в елемент індустрії споживання. Як наслідок, трансформується комунікативна роль лікаря від порадника до консультанта. У споживчому контексті відбувається зміна цілей від терапії до поліпшення. Медицина все більше перетворюється в глобальний технологічний маркет. Комерціалізація медицини і комодифікація людського тіла перетворює лікаря на функціонера та провайдера медичних послуг.

На тлі розвитку тренду персоніфікованої, предиктивно-превентивної та партіципаційної медицини відбувається зсув від ролі лікаря як цілителя до ризик-менеджера. Обсяг даних, якими зобов'язаний оперувати сучасний лікар, продовжує неухильно зростати, що потребує залучення технологій обробки. Технологізація діагностичних і лікувальних маніпуляцій веде до того, що замість зосередження уваги на конкретному пацієнті і цілісному сприйнятті його проблеми, лікар фокусується на цифрових параметрах життєздатності та ризику [3].

Через поглиблення лікарської спеціалізації, доповнення та заміщення умінь і компетенцій лікаря технічними засобами слабшає суб'єктивність лікаря. Лікар стає елементом складного симбіозу людини, технічних пристроїв, інформаційних систем і технологій, що проблематизує професійну незалежність. Змінюються характер медичного знання, а також способи передачі і отримання знань, зростає спокуса використовувати неперевірені знання, особливо в гонитві за утвердженням пріоритету в умовах ринкових відносин, змінюється сам характер знань про організм, в результаті втрачається розуміння людини як цілісності. Лікар все частіше стає експериментатором і вступає в конкурентні відносини, патентуючи ново-

відкриті методи. Зростання бюрократизму і управління в біомедицині за зразками класичного менеджменту підсилює самодостатність і некритичне сприйняття нових технологій, які збільшують дистанцію між лікарем і пацієнтом. Абсолютизація віри в технологічний прогрес формує медицину і суспільство, де критерієм є не людина, а матеріальне благополуччя, якість життя тощо. Враховуючи той факт, що тривожні тенденції, пов'язані з негативним впливом біомедичних технологій на професійну ідентичність у медицині, посилюються, зазначені проблеми потребують глибшого та більш детального вивчення і осмислення.

Бібліографія

1. *Патракова А.П.* Парадоксы управления рисками электронном здравоохранении // *Философские проблемы биологии и медицины: Феномен биорациональности.* Вып. 13. - М.: ЛЕНАНД, 2019. - 304 с.
2. *Сидорова Т.А.* Новые технологии как фактор трансформации профессиональной идентичности в медицине // *Медицинская антропология и биоэтика.* - 2019. - №1 (17).
3. *Шнейдер Л. Б.* Профессиональная идентичность: Структура, генезис и условия становления (рус.). Автореферат докт. дис. М.: ИФ РАН. - 2001.

ПОНЯТТЯ МАНІПУЛЮВАННЯ ТА ЙОГО АМБІВАЛЕНТНЕ ЗНАЧЕННЯ У СФЕРІ БІОЕТИКИ

Петрушенко О.П.

Львівський медичний інститут, Львів, Україна; oksanapet53@gmail.com

Сьогодні термін *маніпулювання* використовується досить часто. Цей термін застосовують у сфері політики, журналістики, управління, історії (стосовно тоталітарних режимів), тощо. Використовують його і у курсі «Безпеки життєдіяльності», коли йдеться про соціальні загрози, і у обговоренні біоетичних проблем, особливо коли йдеться про маніпулювання пацієнтом з боку лікаря у сфері надання психологічної та психіатричної допомоги. Сучасне широко вживане значення терміну *маніпуляція* є дещо метафоричним. Початкове значення терміну означає складні дії, які необхідно виконувати руками (виконання медичних процедур, управління важелями, в тому числі — управління лялькою-маріонеткою). Від останнього, вірогідно, походить і сучасне метафоричне використання терміну *управління людиною* на відстані за допомогою ниточок, які не очевидні, проте існують і змушують ляльку-людину виконувати певні бажані кимось дії. Отже, психологічне та соціальне маніпулювання має такі найважливіші ознаки: 1) «прибирання до рук»; 2) об'єкт впливу повинен зберігати ілюзію самостійності прийняття рішень і виконання певних дій; 3) майстерність маніпулятора у виконанні прийомів впливу (Вікіпедія. Переносне значення маніпулювання).

Маніпуляція визначається як *спосіб соціального управління*, який полягає у прихованих (найчастіше через формування ілюзорних уявлень) впливах на масову свідомість і поведінку людей з метою примусити їх діяти (або бездіяти) в інтересах певних соціальних сил, отже, і проти власних інтересів [1]. На нашу

думку, у даному визначенні автори висувають невірне та не виправдане твердження: якщо людина діє у відповідності з інтересами певних соціальних сил, це не означає автоматично, що дана людина діє проти власних інтересів. З часів Просвітництва відоме висловлювання, що є гаслом багатьох вчителів та вихователів: «Вихованець повинен робити те, що він хоче, але хотіти він повинен того, що хоче вихователь». По суті, тут теж йдеться про маніпулятивні дії з боку вихователя, але якщо результатом цих дій є активне навчання та хороша соціалізація вихованця, то це, очевидно, в інтересах останнього, а не проти нього. Це справедливо і для системи сучасної освіти. У міністерській програмі не входять приклади, які наводить вчитель чи викладач для кращого пояснення та запам'ятовування навчального матеріалу; не передбачаються провокативні питання, на які студентська аудиторія не може відповісти, а тому краще запам'ятати проблему, про яку йдеться у навчальному курсі. Все це маніпуляції з боку викладача, проте всі вони відповідають інтересам студента засвоїти навчальний матеріал і стати добрим фахівцем, а не суперечать цьому.

Певною мірою така ситуація справедлива і для відносин лікаря та пацієнта. Попри всі сучасні моделі взаємовідносин лікаря і пацієнта головна мета лікаря (якщо він лікар, а не функціонер у системі охорони здоров'я) — зробити так, щоб пацієнт пролікувався та видужав. Отже, лікар може прагнути досягти цієї мети через умовляння, наведення певних прикладів, можливо — залякування, посилання на досвід інших пацієнтів, а все це з легкістю підпадає під поняття маніпуляції. Напевне, якщо говорити про небезпечність маніпуляції у процесі дискурсу та дискусій, необхідно виділити наступне коло питань та дати на них відповідь.

1. Дана маніпуляція суто словесна і має на меті лише перемогу над опонентом у суперечці (як у доведеннях софістів), спонукає нас до певних практичних дій. Якщо мета маніпуляції — лише перемогти у суперечці — це може бути дотепно, весело, можливо, не зовсім чесно, але й не більше — серйозної небезпеки тут немає.

2. Якщо маніпуляція передбачає соціально-позитивні дії (добре скласти іспит, відвідати лікаря) — безпека тут також не очевидна, оскільки добра мета виправдовує певні методи маніпуляції (перебільшення ризиків, використання напівправдивої інформації).

3. Якщо ж маніпуляція переслідує певну мету, яка відповідає інтересам маніпулятора, але не відповідає чи суперечить інтересам того, хто підлягає маніпуляції, тоді вона є фактором небезпеки. Так, класичним у сучасній політології є твердження про те, що у соціально-політичних конфліктах студентством, як особливою соціальною групою, здебільшого маніпулюють різні політичні сили для досягнення власних інтересів. Самі ж студенти при цьому можуть постраждати — лишитися без вищої освіти, бути пораненим або загинути, тощо.

У сфері ж практичної діяльності лікаря може відбуватися неочікуваний перехід від 2-го з описаних варіантів до 3-го. Лікар може впливати на пацієнта з найкращих міркувань, прагнучи його вилікувати, але через низку непередбачуваних обставин не одержати позитивного результату. Можливий також варіант, коли лікар майже свідомо здійснює маніпуляцію — пропонує

пацієнту лікування, не будши впевненим у позитивному результаті (особливо якщо послуга платна). Наприклад, онкологічному хворому можуть пропонувати оперуватися, навіть не перевіривши, чи є вже метастази. Сюди ж додаються проблеми, пов'язані з належною поведінкою лікаря при необхідності взаємодії з невиліковно хворими людьми, коли лікар вимушений відверто брехати пацієнту, підтримуючи у ньому надію на видужування, якої немає.

Як же уникнути небезпечного маніпулювання у сфері взаємин лікаря і пацієнта? Перший і найпростіший спосіб — дотримуватися принципа *автономії пацієнта*, і тоді лікар взагалі є у статусі спостерігача, який ні за що не відповідає. Проте і в цьому випадку лікареві важко «винести себе за дужки» ситуації, бо навіть його вигляд, вік, умови кабінету, інтонація голосу, коли він надаватиме пацієнту інформацію про захворювання та лікування, може певним чином впливати на пацієнта. Інший варіант — скликати консиліум, коли точка зору лікаря буде спиратися на колективну думку і колективну відповідальність, проте тут теж можлива наявність корпоративного інтересу кількох лікарів.

Особливого значення проблема маніпулювання пацієнтом з боку лікаря набуває у сфері психологічної та психіатричної допомоги. Самі психотерапевти (Кеннет Колбі) визнають, що їх діяльність близька за характером до взаємодії з хворими, яких не можна однозначно вилікувати, а це створює залежність пацієнта від лікаря, яка вже є підґрунтям до маніпуляції [2].

З.Фрейд свого часу писав: ми беремо з пацієнта «клятву підкорятися фундаментальному правилу психоаналізу, яке полягає в тому, що з цього моменту нам буде потрібно регулювати його поведінку». Пацієнт повинен сповіщати не лише те, що хоче, а й те, що йому неприємно [2, С.46.] Тут вже є безумовна основа для маніпулювання. К.Г.Юнг, розуміючи дану ситуацію, намагався відійти від неї — зустрічався з пацієнтами лише один-два рази на тиждень, створював для них «канікули», давав їм «домашні завдання», і вважав останньою стадією лікування *трансформацію*, тобто стадію самоосвіти пацієнта [2, С.103].

Як бачимо, діяльність лікаря в принципі неможлива без маніпулятивного компоненту, оскільки він має справу з людьми, психологічним впливом, порадами щодо здоров'я та оптимальних шляхів лікування.

Бібліографія

1. *Соціологія*: короткий енциклопедичний словник. К.: Укр. Центр духовн. Культури, 1998. – 736 с. – С.296).
2. *Фрейдджер Р., Фейдмен Д.* Личность. Теории, упражнения, эксперименты/Пер.с англ. – СПб.:прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 608 с. (Проект «Психологическая энциклопедия»). – С.46.

АБОРТ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Питецька Н.І.¹, Хорошун Е.М².

¹Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
²Військово-медичний клінічний центр північного регіону, Харків, Україна
natalia.pytetska@gmail.com

*«Я помітив, що всі прихильники абортів –
це люди, які вже встигли народитися»
(Рональд Рейган)*

На сьогоднішній день переривання вагітності (штучний аборт, від латинського «abortus — викидень») є важливою проблемою, яка широко обговорюється не тільки в медичному середовищі, але й у засобах масової інформації. Суспільний інтерес до цієї проблеми не згасає, по-перше, через юридичні дискусії про правовий статус ембріона [1], по-друге, через переконання, що аборти є частиною репродуктивних втрат на всіх етапах розвитку плода [2]. Поряд з цим, тема абортів піднімає такі важливі питання, як секс і життя, іноді поєднані з релігією і етикою. За сучасними медичними стандартами, аборт проводиться, як правило, до 20 тижнів вагітності або, якщо термін вагітності невідомий, при вазі плода до 400 г [7].

У 2010-2014 р.р. у світі щорічно реєструвалося 55,9 млн абортів, у тому числі 49,3 млн – в країнах, що розвиваються і 6,6 млн – в розвинених країнах. Глобальне зростання кількості абортів (35 на 1000 жінок 15-44 років) призвело до того, що практично кожна жінка планети може зробити один аборт протягом життя [3]. При цьому менше половини жінок (37%) живуть у країнах, де юридично дозволений аборт за бажанням жінки. Законодавство про аборт незначно впливає на його поширеність — аборти з однаковою частотою реєструються як в країнах з найжорсткішим законодавством, так і в країнах з найбільш ліберальними законами.

Відомо, що Радянська Росія була першою країною в світі, яка в 1920 році дозволила аборт за бажанням жінки, вважаючи право на аборт одним з базових прав жінок. Трохи згодом такі ж закони були прийняті іншими республіками СРСР. Однак с 1936 по 1955 рік штучне переривання вагітності було заборонено, що призвело до незначного приросту народжуваності, але одночасно різко збільшило кількість кримінальних абортів і спонтанних патологічних переривань вагітності. Це призвело до збільшення жіночої смертності майже в 5 разів, вбивства дітей більш, ніж у 2 рази, а також до повного спотворення статистики абортів, мертвонароджуваності та інших пов'язаних з цим показників [4]. В європейських країнах тенденція до лібералізації абортів поширилася лише після II Світової війни. Спочатку соціалістичні країни прийняли закони, що дозволяють штучне переривання вагітності (в 1956 р. – Болгарія, Угорщина, Польща та Румунія, в 1957 р. – Чехословаччина і Югославія), а потім і країни Західної Європи (Великобританія – у 1967 р., Данія — у 1973 р., Швеція — у 1974 р., Франція – у 1975 р., ФРН – у 1976р., Нідерланди — у 1981 р.) [6]. У США переривання вагітності по всій країні було легалізовано в 1973 році, в Ірландії аборт був

заборонений до 2018 року. У країнах, що розвиваються закони в сфері репродуктивних прав приймалися з обережністю. У 1960-1970-і роки аборти були дозволені в Китаї, Індії, Тунісі та Кубі, а в період з 1985 по 2012 р.р. – у Камбоджі, Непалі, В'єтнамі, Гайані та Уругваї [3].

У 2017 році була створена Всесвітня база даних з політики щодо абортів (GAPD), яка надає інформацію про закони і політику відносно цієї практики, особливо тих, що виходять за межі юридичних категорій [9]. На сучасному етапі ситуацію з репродуктивних прав в усіх регіонах світу відстежує некомерційна організація - Центр репродуктивних прав (Center for Reproductive Rights), заснований Джанет Беншоф в 1992 році, який розташований у США. Відповідно до інформаційних даних цієї організації всі країни умовно розділяються на п'ять груп залежно від підстав, за якими дозволено штучне переривання вагітності [8].

1. Порятунком життя жінки.
2. Порятунком життя і захист фізичного здоров'я жінки.
3. Порятунком життя і захист фізичного або психічного здоров'я жінки.
4. Порятунком життя / захист фізичного або психічного здоров'я жінки / соціально-економічні причини.
5. За бажанням жінки.

Легальне переривання вагітності тільки для порятунку життя жінки дозволено лише в 39 країнах (22% жінок) [8]. У 36 країнах аборт дозволений не тільки для порятунку життя жінки, але і для захисту її фізичного здоров'я (11% жінок), а ще в 24 країнах (4% жінок) – для захисту психічного здоров'я. У 26 країнах аборти не припускаються ні за яких обставин. Серед них 3 розвинені і 23 країни, що розвиваються, в яких проживає 6% жінок світу. Для жінок 13 країн (23%) аборт доступний з соціально-економічних причин, які по-різному трактуються в різних країнах, іноді дуже широко: це може бути низький дохід або труднощі в догляді за вже наявними дітьми. До цієї групи можна віднести Великобританію, Фінляндію, Ісландію, Японію, Індію та інші. У 61 країні, включаючи Україну (37% жінок), для штучного переривання вагітності досить бажання жінки. У цій групі країн законодавством обмежується тільки термін вагітності, який припустимий для аборту.

Штучне переривання вагітності відбувається як при запланованій, так і при незапланованій вагітності. Основні причини абортів за плановою вагітністю включають загрозу життю або здоров'ю матері і/або дитині, істотне погіршення соціально-економічного становища сім'ї, серйозні генетичні захворювання з загрозою виникнення аномалій розвитку плоду. Необхідність в аборті при незапланованій вагітності виникає в наступних ситуаціях: невдале застосування контрацептивів або повна відмова від використання контрацептивів. Недарма кажуть, що аборт за бажанням жінки – це помилка контрацепції. Поряд з цим, небажаною для жінки є вагітність, внаслідок звалтування або інцесту.

За період з 1990-1994 рік по 2015-2019 роки глобальний рівень небажаної вагітності знизився, тоді як відсоток небажаних вагітностей, що закінчуються абортom зріс. Згідно даних офіційної статистики, з 2015 по 2019 р. небажана вагітність щорічно реєструвалась приблизно у 121 мільйонів жінок у віці 15-49

років. При цьому більша частина з них (61%) завершилась абортom, інша частина — народженням незапланованих дітей [5]. Збільшення цього показника на 13% обумовлено зростанням світового населення, незалежно від методів контрацепції, рівня доходів країни, регіону або правового статусу аборту. При цьому, виявлена зворотна залежність між незапланованою вагітністю і доходом. Крім цього, аналіз даних за 30-річний період показав, що відсоток незапланованих вагітностей, що закінчуються абортom, збільшився в країнах з обмеженням доступу до абортів, а показники небажаної вагітності перевищували такі в країнах, де аборти були легалізовані. Іншими словами, країни з високим рівнем доходу, де аборти в цілому були дозволені, асоціювалися з найнижчим рівнем незапланованої вагітності в цілому і низьким відсотком незапланованих вагітностей, що закінчилися абортom, що обумовлено, перш за все, кращим доступом до послуг в сфері сексуального і репродуктивного здоров'я.

Аборти поділяють на безпечні та небезпечні. Відповідно до визначення ВООЗ, «небезпечний аборт — це процедура переривання небажаної вагітності, виконана особами, які не мають необхідних навичок і / або в умовах, що не відповідають мінімальним медичним нормам» [12]. У минулому майже всі аборти були небезпечними і завдавали серйозної шкоди здоров'ю жінок, часто забираючи їх життя. Незважаючи на розвиток медицини і появи нових методик, щорічно виконується 22 мільйони небезпечних абортів, що призводить до смерті 47 000 жінок і важких ускладнень у 5 мільйонів жінок. Більшість таких абортів (98%) виконується в країнах, що розвиваються [7,11]. У країнах, де виконання штучного переривання вагітності обмежена або повністю заборонено законом, безпечний аборт стає привілеєм багатих, в той час як бідні використовують допомогу осіб, які виконують небезпечні аборти, що призводять до ускладнень і летальних наслідків, а також до соціальних і фінансових збитків у системі громадської охорони здоров'я.

Безпека аборту визначає метод переривання вагітності. Найбільш безпечним щодо ускладнень і віддалених наслідків вважається медикаментозний метод переривання вагітності (нехірургічний штучний аборт) — застосування лікарських засобів для переривання вагітності. У зв'язку зі зростаючою доступністю медикаментозного аборту виникає проблема обліку кількості абортів в багатьох країнах через можливість використання цих коштів за межами офіційних систем охорони здоров'я. Також використовуються малоінвазивні втручання (вакуумна аспірація) і хірургічні методи переривання вагітності (видалення плода з використанням спеціальних інструментів, але обов'язково включають хірургічну операцію), що розцінюється ВООЗ як крайній захід. Тому в основі класифікації абортів ВООЗ лежить їх безпека і право жінки на безпечний аборт за власним бажанням.

Рекомендації щодо безпечного аборту вперше були опубліковані ВООЗ в 2003 році і стали першими глобальними рекомендаціями щодо медичної допомоги, пов'язаної з перериванням вагітності [10]. Основним джерелом даних для рекомендацій послужили Кокранівські систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень. З тих пір рекомендації переглядалися і оновлювалися, на підставі отримання нових даних у доказовій

базі з клінічних питань, а також появи нових методик переривання вагітності і пов'язаною з ними медичною допомогою [12]. До числа факторів, що перешкоджають безпечним абортам, ВООЗ відносить наступні:

- обмежувальні закони;
- обмежений вибір послуг з переривання вагітності;
- високу вартість послуг;
- стигму або дискримінацію за ознакою;
- небажання медичних організацій займатися абортами з міркувань моральності;
- непотрібні вимоги, зокрема:
 - обов'язковий період очікування;
 - обов'язкове консультування;
 - надання інформації, що вводить жінку в оману;
 - дозвіл третьої сторони;
 - непотрібні з медичної точки зору аналізи.

Отже, проблема переривання вагітності продовжує залишатися актуальною в усьому світі, незалежно від статусу країни і рівня доходу населення. Але які б не були причини, у жінки має бути власне право на самостійне рішення щодо народження дитини. Крім того, вона завжди повинна мати можливість виконання безпечного аборту. На державному рівні важливо забезпечити доступ до всіх послуг у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи інформацію про безпечні протизаплідні засоби і послуги з переривання вагітності.

Бібліографія

1. *Авакян А.М., Морозова А.А.* Эмбрион: субъект или объект гражданских правоотношений // Общество: политика, экономика, право. 2017. № 5. С. 67–69.
2. *Прохоренко Н.Ф.* Демографический потенциал: дополнительные аспекты // Вестник ВШОУЗ. – №2_2019. – С.22-47.
3. *Сакевич В.И.* Аборты в мире: неравномерная динамика и неравный доступ // Демоскоп Weekly. 2018. № 773-774.
4. *Сакевич В.И.* Что было после запрета аборта в 1936 году // Demoscope Weekly. 2005, № 227–228.
5. *Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Tuncalp Ö., Beavin C., et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019 // Lancet Glob Health. – 2020.– (8). – P. 1152–1161.
6. *David H.P.* Abortion in Europe, 1920–91: A Public Health Perspective // Studies in Family Planning. – 1992 (1). – P. 1–22.
7. *Grimes D.A., Benson J., Singh S., Romero M., Ganatra B. et al.* Unsafe abortion: the preventable pandemic // Lancet. – 2006. – (368). – P. 1908–1919.
8. <https://reproductiverights.org/>
9. *Lavelanet A.F., Johnson B.R., Ganatra B.* Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2020. – (62).– P. 25-35].

10. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.

11. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.

12. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed*, 136 p.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДУСОВ ЗЛА С ИХ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСНОВАНИЯМИ В ТВОРЧЕСТВЕ Ж. БОДРИЙЯРА

Повторева С.М.

Национальный университет «Львовская политехника», Львов, Украина;
vedmedja@ukr.net

В своих произведениях Ж.Бодрийяр рассматривает многие явления современного мира: технику в ее современных формах, средства массовой информации, социальные сети, рекламу, терроризм и т.д. Но главное, что пронизывает рассуждения французского философа — этическое измерение современности, то есть состояние нынешнего противостояния добра и зла. Если проследить эволюцию идей, концептов, размышлений мыслителя, складывается впечатление, что этический компонент в его произведениях нарастает.

Особое место в работах Ж.Бодрийяра занимают выявление зла и его причастность к разрушению жизни, к тому, что человечество, стремясь ко все большему комфорту, раскрытию тайн природы, воплощая научные открытия в чудеса техники и технологии, лишается жизненной силы, биологического разнообразия, своей естественной телесности, которая все больше заменяется искусственными устройствами и вещами. Все это симптомы фатальной обреченности нашей цивилизации, её стремительного движения к смерти. О таком развитии событий пророчествовали выдающиеся мыслители прошлого — А.Шопенгауэр, Ф.Ницше, О.Шпенглер и др.

В текстах Ж.Бодрийяра раскрываются некоторые обличья (модусы) зла, так или иначе причастные к биологическим реалиям современности.

Одна из работ философа носит характерное название — «Прозрачность зла» [1]. Как понимать это словосочетание, явно относящееся к сфере этики? Разъяснение мыслителя состоит в следующем. В историческом движении современное общество действовало так, что противоречия разрешались за счет нарушения баланса между негативной и позитивной энергией, борьба со злом велась в сторону симуляции; усилия концентрировались на позитивности, искусственности, установлении прозрачности явлений и поступков. Снижение уровня негативности привело к тому, что обществом «овладела некая разновидность лейкофонии, нечто подобное разложению негативного в заливной светом эйфории» [1, с. 65]. Ж.Бодрийяр сравнивает такую ситуацию с человеком, утратившим собственную тень, ставшим в результате прозрачным из-за света, проходящего через его тело. Он безжалостно освещен со всех сторон и защищен в этих лучах. Наши тела, деньги, мозг, память побелели.

Мы все становимся белой, прозрачной общностью, из которой негативное вытравливается антисептиками. Такое отбеливание, «операционная чистота» (по выражению Ж.Бодрийяра) осуществляется техникой — виртуальными образами, разными средствами передачи информации. Насилие и история отбеливаются путем тотальной эстетической хирургии. Стремление к позитивному, запреты на необузданность и негативные действия, притворство приводят к неуверенности общества в своих силах, незащищенности перед лицом реального зла, ведь оно вроде бы успешно преодолевается, должно постепенно исчезнуть [1, с. 87]. Но оно не исчезло, приняло новые формы, на которые обращает внимание мыслитель; он старается показать их людям и, таким образом, призывает насторожиться, искать способы противостоять злу.

Один из модусов зла давно проник в интимную жизнь людей. Под влиянием современной техники изменяется ситуация с сексуальностью, воспроизводством человека. Технологически оснащенные устройства (машины, клоны, протезы) постепенно и незаметно насаждают среди людей вместо полового свой тип размножения — линейное воспроизводство, клонирование, партеногенез, продуцирование холостых механизмов. «Все современные исследования, в особенности биологические, — отмечает Ж.Бодрийяр, — направлены на совершенствование этой генетической подмены» [1, с.87]. Если ещё недавно под влиянием сексуальной революции провозглашались максимум сексуальности и минимум воспроизводства, то ныне, в эпоху клонов доминирует прямо противоположное стремление — максимум воспроизводства и минимизация секса. Если в классической европейской культуре тело представляли метафорой души, в неклассическую эпоху оно было метафорой пола, то в наши постнеклассические времена, по мнению Ж.Бодрийяра, оно не сравнивается ни с чем, «оно лишь вместилище метастазов, ... место, где реализуется программирование в бесконечность без какой-либо организации или возвышенной цели» [1, с.13]. Опасными модусами зла предстают транссексуальность и гомосексуальность, столь перевозносимые идеологами западного мира. Они порождают замкнутость тела в себе, оно уподобляется окружности, из которой нет выхода вовне. Эти модусы не ограничиваются личной жизнью человека, они распространяются на другие сферы реальности. Происходит вирусное заражение всего; процесс возрастания неразличимости становится доминирующим во многих областях современного бытия.

Концентрируя внимание на биологических аспектах существования современных людей, философ применяет термин «ожирение». Ж.Бодрийяр довольно ярко описывает ожиревшего человека, тело которого постепенно утрачивает нормальную структуру, половую идентичность, стремление к естественному способу воспроизводства. Но ожирение в данном случае — не совсем медицинское понятие, не столько название болезни тела, хотя и такое значение содержится в рассуждениях философа. Ожиревшее тело сравнивается с современными техническими системами. Виртуальные сети раздувает от огромного количества информации, для них «характерно ожирение операционной современности с ее манией все сохранить и все записать в память» [2, с. 37]. Ожирение распространяется не только на внешние

параметры биологического организма, но и на внутренние его параметры, на структурное измерение предметов и явлений, на состояние человечества. Это, отмечает Ж.Бодрийяр, — «ожиревшая структура, матрица всех форм структурного ожирения. Речь идет не про ожирение отдельных индивидов, тел, технических устройств, а про ожирение всей системы, всей культуры, которая обесценивается» [2, с.37].

Еще один модус зла, метафора которого часто встречается в произведениях Ж.Бодрийяра — это образы вирусов, раковой болезни и метастаз. Процесс размножения человека уподобляется простому делению одного и того же вещества, метастатическому, раковому делению клеток. Постепенно исчезают любовные приключения существ с половыми признаками; происходит возвращение к предшествующим стадиям жизни, когда бессмертные, бесполое организмы размножались делением. То же происходит и в культуре, где бесконтрольно ширятся клоны, симулякры, серийные процессы, которое больше не подчиняются генетическому коду ценности. Называя проявления зла в разных областях культуры современного мира терминами биологии и медицины, Ж.Бодрийяр подчеркивает единство природы и общества, акцентирует внимание на тотальных угрозах высокоорганизованным проявлениям живого в планетарных масштабах. «Существующие центростремительная сила и удаленность всех систем от центра, внутренний метастаз и лихорадочное стремление к самоотравлению, — отмечает философ, — заставляют системы выйти за собственные границы, превзойти собственную логику, но не в тавтологическом смысле, а в росте могущества и фантастическом увеличении потенциала, таящего в себе их гибель» [1, С. 9].

Что же хочет сказать Ж.Бодрийяр, этот гуру постмодернизма, выделяя множественные проявления (модусы) неконтролируемого зла? Наверное, то, что зло нарастает, стремительно увеличивая свое проникновение во все структуры индивидуальной и общественной жизни; люди утрачивают способность отличать его от добра, принимают без сопротивления и борьбы, а иногда, восхищаясь современной техникой, и с восторгом. Вместе с тем, переходя на сторону зла и не замечая этого, мы обрекаем себя на гибель, стремительными темпами движемся к смерти нашего мира. Мыслитель не дает рецептов, как избежать такого финала, но обращает внимание равнодушных представителей человеческого сообщества на умножение модусов зла в нашей жизни, угрожающее состояние мира, на то, что эти угрозы прямо связаны с разрушением биологических и нравственных оснований нашего бытия.

Библиография

1. *Бодрийяр Ж.* Прозрачность зла/пер. с фр. М.: Добросвет, Изд-во «КДУ», 2009. 387 с.
2. *Бодрийяр Ж.* Фатальные стратегии/пер. с фр. А. Качалова; науч. ред. текста Д.Дамте. М.: РИПОЛ классик, 2017. 288 с.

ЖИЗНЕННЫЙ МИР ПАЦИЕНТА КАК СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ

Пустовіт С.В.

Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина; pustoit-sv@ukr.net

Сегодня мы видим качественные изменения взаимосвязи между научной сферой и повседневностью, публичной и частной сферами, политическим и социальным, социальными институтами и «социальной реальностью». И если до середины 20 века частное, повседневное оказывалось только обратной, теневой стороной политического, то со временем оно предстает как стратегия, позволяющая противостоять рационализированным социальным практикам, в том числе медицинским.

В отличие от других областей естественных наук, объектом изучения, диагностики и применения технологий в медицине выступает человек, поэтому кроме традиционных философских вопросов, стоящих перед науками о природе (таких как сущность жизни, целесообразность живого, особенности биологического и эволюционного детерминизма и др.), здесь актуализируются вопросы философской антропологии — особенности, уникальности человеческой природы и идентичности человека, условий его существования как существа, наделенного не только разумом, но и страдающего от отчуждения, боли, страха, неопределенности, унижения или наслаждающегося здоровьем и жизнью, переживающего этот мир и себя в нем как уникальное событие, не вписывающееся в цепочку научного рационализма и природного детерминизма.

То, что мы видим в сфере оказания медицинских услуг, особенно в период коронавирусной пандемии, свидетельствует о кризисе медицины как социального института.

С одной стороны, в сферу медицинских услуг втягивается практически все социальное — весь социум. Медицина, как современная мощная технология подрывает собственные основы, находясь, в силу своей наукообразности, в оппозиции к социальному субъекту, по-прежнему навязывая обществу медикализированный стиль жизни: медикализацию болезней, родов, умирания, смерти, инвалидности, старости, более того - повседневных практик: трудовой деятельности, досуга, сна, спорта, сексуальности, социальных коммуникаций и др. — с другой.

С другой стороны, бесконечные требования, предъявляемые к системе здравоохранения — быть более гуманистической, пациент-центрированной, адекватной и справедливой в распределении своих ресурсов, все больше удовлетворять растущие потребительские нужды в сфере оказания медицинских услуг, быть более успешной и безопасной, предоставлять безусловные гарантии профилактики болезней и сохранения здоровья населения, утопичны и невыполнимы, так как выходят за границы доказательной медицины, ориентированной на определенный сектор социального тела, на больных, пациентов, людей с характеристиками, подпадающими

под описание медицинских диагнозов, на исследования природы болезней и на борьбу с ними.

Так, например, врачами болезнь, вызванная коронавирусом, рассматривается как результат внедрения враждебного агента, но само учение об инфекционных болезнях имеет множество примеров, когда факт наличия в организме человека таких «агентов» — бессимптомное инфицирование, носительство, аллергия и серогенез — еще не означали его непосредственной связи с проявлением болезни и симптоматикой. Напротив, природные системы дают множество примеров гармоничного сочетания биологических видов, частей, жизненных единиц, жизненных миров. Наряду с логической причинностью, существует эмпирическая причинность, которая в отличие от научной не устанавливает элементы, а затем их связывает, а сразу устанавливает отношения между определенными причинами и определенным влиянием. В случае инфекционных и других болезней следует говорить скорее не об инвазии, а о сложной *революции* внутри комплексной жизненной единицы (Л. Флэк).

Результаты социологического исследования, проведенного фондом «Возрождение» в Украине [1], показали, что достаточно большая часть украинцев (от 40 до 70%) обращается в медицинские учреждения достаточно редко или нерегулярно, но при этом остается в целом удовлетворена существующей системой здравоохранения. Возникает вопрос о соответствии представлений «потенциальных пациентов» о своем здоровье и роли научной медицины как основы для констатации этого факта.

Этот и другие факты свидетельствует о появлении новой реальности, требующей для своего понимания новой модели здоровья человека как *жизненного мира*, основанного на повседневном опыте и практике, опыте телесности, интерсубъективности, на индивидуализированном подходе к использованию как уже известных, традиционных, так и нетрадиционных стратегий и тактик профилактики и лечения, на «экспериментировании», «испытании» на себе известных и новых лекарственных препаратов и их комбинаций, методик лечения в уникальных «статистически недостоверных», но значимых исследованиях, субъектом которых является сам пациент-исследователь.

Повседневный жизненный мир — это первичный и наиболее конкретный способ бытия человека в мире, истина в своем самовыражении, историческое и биографическое событие в мире. В то время как научные познания и исследования представляют собой вторичный продукт бытия человека в мире, опосредование жизненного мира, первичного и наиболее конкретного способа бытия человека в мире.

В концепции здоровья как жизненного мира человека здоровье выступает как ценность, жизненный опыт, опыт телесности, жизненный путь, самораскрывающееся бытие, свобода. Здесь здоровье — не чувства и желания, не возможности и потребности, а условие и свобода быть «здесь и сейчас», проживать каждое мгновение субъективной жизни как уникальное и неповторимое событие, способ осуществления субъективных паттернов актив-

ности и понимания, факт соприсутствия в мире людей и вещей, процесс мифотворчества.

Концепция здоровья как жизненного мира, как пространства реализации индивидуальных жизненных сценариев и стратегий сохранения здоровья, как субъективный и интересубъективный опыт обмена навыками и практиками сохранения здоровья на уровне, удовлетворяющем самого индивида, становится той реальностью, признание которой освещает новые горизонты и возможности для медицины в 21 веке.

Библиография

1. *Індекс здоров'я. Україна.* - К., 2019.- 172 с.

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Пустовіт С.В.¹, Гордієнко О.В.²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

²ВГО Українська асоціація з біоетики; Комісія з питань етики НУОЗ України імені П.Л. Шупика; Етична комісія ВУЛТ; КНП «КДЦ» Шевченківського р-ну м. Києва, філія №1, Київ, Україна; helenagor56@gmail.com

В 2018 році в Україні нарешті розпочалася медична реформа, яка ознаменувала трансформацію патерналістичної та державної системи охорони здоров'я, орієнтованої на середньостатистичного хворого, в гнучку систему замовлення і оплати послуг державою наданих конкретному пацієнтові, побудовану на розширенні його прав, свобод та відповідальності щодо обрання лікаря та медичного закладу, терапії та профілактики, визначення та задоволення *індивідуальних потреб та стратегій* збереження власного здоров'я.

Пошуки нових засад та експерименти в реформуванні галузі охорони здоров'я проводилися в Україні з моменту її створення. Зрозуміло, що якісна доступна своєчасна медична допомога, поєднана з профілактикою, відіграє величезну роль в збереженні здоров'я населення, якості життя, рівня працездатності, і як наслідок, — підвищення національної безпеки [1, С. 8]. Одним з головних завдань нових форм *гуманістичної персоналізованої медицини* є гармонійне поєднання біоетичних цінностей та принципів з медичною діяльністю.

В пострадянських країнах відбувається перехід від розуміння ідеї громадянського суспільства як апелятивно-декларативної моделі до моделі неогромадянського суспільства як ефективної форми управління соціальними процесами на різних рівнях зі збереженням гуманістичної і демократичної перспектив [2, С 35]. Нова модель системи охорони здоров'я бачиться дослідниками як побудована на низці пріоритетів постнекласичної раціональності: піклування-превенції, співпраці, згуртованості, змішаного сектору надання медичних послуг [3].

Сьогодні адміністрації медичних закладів, незважаючи ні на що, намагаються зберегти жорсткий контроль над операційними процесами, позбавляючи структури можливості ефективної саморегуляції. Тому вкрай

необхідне прискорення переходу від вертикалі адміністративної влади до площини громадських зав'язків та рішень, що передбачає процес створення і розбудови широкої мережі зав'язків з громадськістю, ефективне застосування культурного і соціального капіталу у вирішенні проблем надання медичних послуг населенню [2, С. 35], бо доцільніше контролювати не процес, а результат, залишаючи простір для громадської активності пацієнтів та лікарського самоврядування.

Сучасні запити соціальної практики формують необхідність появи у соціальному ландшафті медичних реформ біоетики-метаетики — новітньої філософії і методології системної організації гуманітарної безпеки. Фактично, йдеться про новітню гуманітарну комунікаційну технологію, яка надійно забезпечуватиме, як екологію особистісного простору і розвитку людини, так і соціальну екологію і гуманітарну безпеку структур і систем [4, С. 38].

У 70-х роках ХХ століття виникає біоетика — новий напрямок медичної етики та етики охорони здоров'я. Біоетична модель здоров'я ґрунтується на тому, що здоров'я є феноменом, не пов'язаним *винятково* з інститутом медицини та медичними закладами. Значною мірою, здоров'я є результатом відповідальності особистості за своє існування, реалізацію власних життєвих стратегій, принципів і цінностей. Був показаний [5] взаємозв'язок між моральними цінностями, рівнем етичної культури медперсоналу і якістю медичних послуг. Ці дослідження послужили поштовхом для суспільних ініціатив з надання медичних послуг з врахуванням цінностей того або іншого контингенту пацієнтів, спрямовані на підбір персоналу та організацію роботи закладу відповідно до них. У результаті були створені зелені (засновані на екологічних цінностях) клініки, дружні до молоді центри, християнські центри медичної допомоги та поліклініки для феміністично орієнтованих жінок тощо.

Наприкінці ХХ століття відбувається «епідеміологічний поворот» — перегляд концепції та системи охорони суспільного й індивідуального здоров'я з метою розширення її функцій і залучення до неї різних немедичних соціальних служб та інститутів. Поширюються ідеї про те, що охорона здоров'я повинна виконувати функції не тільки діагностування й лікування гострих захворювань, але й забезпечувати соціальну допомогу особам з хронічними та важкими захворюваннями, з обмеженими можливостями й ін. В окремих країнах (Канада, США) переглядаються цілі та завдання системи охорони здоров'я на користь об'єднання її секторів із соціальними службами і створення єдиної системи обслуговування населення [6].

Превентивна стратегія охорони здоров'я переорієнтує увагу медперсоналу з симптомів захворювання на комплексний аналіз здоров'я пацієнта, його способу життя і факторів середовища його життєдіяльності. При цьому пацієнт виступає як рівноправний партнер, що має права, власні цінності, уявлення, думки щодо стратегії та тактики профілактики та лікування. Іншими словами, ці стосунки пацієнта та медперсоналу припускають взаємоповагу, довірливість, партнерство.

Сьогодні виникає перспектива й можливість «керування» індивідуальною і суспільною свідомістю щодо збереження здоров'я не тільки за допомогою превентивних оздоровчих технологій і культивування духовних, креативних

планів особистості, але й шляхом формування та вдосконалення професійної кодексової культури, практик самоврядування медичних товариств, розвитку системи етичної експертизи медичної практики та наукових проєктів.

Демократизація відносин в медичній сфері супроводжується зміною цінностей та принципів *особистого життя людини*, способів її повсякденного життя, відносин з фармацевтом, сімейним лікарем, з медичним персоналом, які потім екстраполюється на всю сферу охорони здоров'я. Лонгітудне соціологічне дослідження «Індекс здоров'я. Україна» (2016-2018 рр.), в якому взяли участь 10 000 респондентів, показало, що переважна більшість населення в цілому була задоволена роботою системи охорони здоров'я в Україні [7, С. 146]. Отже передумови для побудови довірливих, *партнерських взаємовідносин* між лікарем та пацієнтом існують. Проведене дослідження підтвердило відомий в науці факт, що високий рівень задоволеності може спостерігатися на тлі критичних оцінок системи охорони здоров'я, задоволеність/незадоволеність може виявлятися на рівні системи (певні дефіцити в охороні здоров'я), на інституційному рівні (якість послуг в закладах) та на індивідуальному рівні (ставлення та компетентність медичного персоналу). При цьому стосунки «лікар-пацієнт» можуть відігравати ключову роль в сприйнятті медичної допомоги на первинному рівні.

Роль біоетичних засад медицини та системи охорони здоров'я як науки та соціальної практики, як кодексової культури, культури взаємовідношень лікаря та пацієнта важко переоцінити. Не в останню чергу ця роль полягає в з'ясуванні обмежень наукового раціоналізму, розкритті етико-правових та соціально-економічних аспектів сучасної медицини, її гуманістичного потенціалу як науки, соціальної традиції і практики, новітньої технології та частини повсякденного світу людини.

Бібліографія

1. *Богатирьова Р.В.* Детермінанти здоров'я та національна безпека. - К.: ВД «Авіцена». 2011. 448 с.
2. *Култасва М.* Громадянське суспільство як воля та уявлення//Громадянське суспільство в Україні за доби глобалізації: ціннісно-нормативне та інституційне забезпечення його розбудови. -К. 2007. - С. 33-53.
3. *Мінцберг Г.* Міфи про охорону здоров'я. Як не помилитися, реформуючи медичну систему.- К.: Наш формат. - 2019.- 232 с.
4. *Гордієнко О.В.* Біоетика (метаетика) у соціальному ландшафті медичних реформ сучасної України: місія та стратегія гуманітарної безпеки та розвитку. Матеріали VII Національного конгресу з біоетики 30 вересня -2 жовтня 2019 р., Київ, Україна. - С.37-39.
5. *Veatch R.M.* A theory of Medical ethics. - N.-Y.: Basic books. 1981.
6. *Stempsey W.E.* The philosophy of medicine: development of a discipline / W.E. Stempsey // *Medicine, Health Care and Philosophy*. - 2004. - N 7.- P. 243-251.
7. *Індекс здоров'я. Україна-2019.* Результати загальнонаціонального дослідження. - К. 2019. - 172 с.

ЧИ МОЖЕ ЖИТТЯ БУТИ ПОМИЛКОЮ? ДО ПИТАННЯ ПРО ЦІННІСТЬ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ

Рассудіна К. С.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
rassudina.k@gmail.com

Мета медицини — не просто врятувати життя і здоров'я людини, а повернути їй нормальне життя. Через певні недосконалості, зокрема вади фізичного і психічного здоров'я, людина може почуватися «ненормальною», нездатною тішитися своїм життям, скривдженою ним, або ж лікарями, неспроможними їй зарадити. Здається, що за деяких обставин пацієнт, або його опікуни, можуть позиватися до медичного закладу за відшкодуванням збитків, завданих його персоналом, дії якого не повернули постраждалій особі щастя. У західній, зоврема американській, юриспруденції таке звинувачення позначається терміном *wrongful life*, який українською мовою найкраще передати словосполученням «життя як помилка». Термін використовується переважно стосовно існування дитини, яка народилася з вродженими вадами, які роблять її життя аномальним і нещасливим, та використовується в аспекті оцінки праці медичного персоналу, який вчасно не виявив цих вад і не запропонував матері дитини перервати вагітність. Утім, «помилкою» може виявитися життя дорослої особи через набуте захворювання або каліцтво, яке не піддається лікуванню. Таким чином, застосування терміну «життя як помилка» служить підтвердженням переконанню, згідно з яким не кожне людське життя є цінним, для обґрунтування моральної допустимості аборту й евтаназії.

Важливим шляхом критики окресленої позиції є застосування аргументу слизького схилу. Суть останнього полягає у тому, що навіть незначна поступка у сфері моралі, компроміс зі злом, може призвести до зменшення моральної вразливості, до того, що люди перестануть вважати морально негативними ті дії, які раніше вважали злочинами. Зокрема, термін «життя як помилка» є близьким за значенням до терміну «життя, неварте прожиття», яке використовували медики нацистської Німеччини, коли проводили експерименти на в'язнях чи здійснювали евтаназію хворих. Якщо одного разу ми визнаємо «помилкою» життя пацієнтів з певними вадами, навіть якщо вони є дуже поважними, смертельними, завдають страждань, наслідком може стати застосування цього терміну до щоразу ширшого кола людей. Чи не означає використання терміну «життя як помилка» прийняття позиції, відповідно до якої життя деяких індивідів не служить благау спільноти, а тому його потрібно нищити?

Можна заперечити, як це робить П. Сінгер, що лікарі і без того мають владу над пацієнтом і можуть знищити його життя, якщо вважатимуть його обтяженням, просто припинивши лікування. Слід, однак, пам'ятати, що саме життя є необхідною підставою для реалізації індивідом усіх його прагнень, цілей і можливостей. Воно стає «обтяженням» в тому разі, якщо не забезпечує такої реалізації, але не перестає збігатися за своїм змістом з особою. Відмова

такому життю в цінності означає опредметнення самої особи, перетворення її на засіб для досягнення утилітарних цілей.

Якщо вважати, що цінність людському життю надає сам індивід, який його проживає, на підставі своїх відчуттів і порівняння з певними уявленнями про норму, або ж, що життя стає цінним завдяки вияву особових властивостей (самосвідомості, автономії, здатності нав'язувати контакти), ми дійдемо висновку про відсутність рівності не тільки між способами життя, але й між самими людьми. У відповідь можна сказати, що кожна істота, народжена від людей, попри вади її фізичного і психічного стану, належить до виду *homo sapiens*, а тому дорівнює у своєму статусі усім іншим людям, навіть тим, які найбільш досконало реалізують свої видові ознаки. Саме уявлення про хворобу, про норму здоров'я, ґрунтується на визнанні цієї рівності. Адже покликання лікаря полягає у тому, щоб повернути пацієнту здатність виявляти характеристики людини. Без розуміння рівного статусу всіх людей і їхнього життя медична практика втрачає свій сенс.

Ще одним елементом критики використання терміну «життя як помилка» є той факт, що він розробляється і застосовується особами, які самі є здоровими, самостійними, задоволеними своїм життям, «нормальними», а отже, їхнє рішення можна розглядати як диктат сильних. З одного боку, поняття «норми» служить медицині для розбудови стандартів лікування, з іншого — може стати джерелом дискримінації для тих індивідів, які не відповідають певному переліку характеристик.

Ми бачимо, що використання терміну «життя як помилка» служить не стільки тому, щоби забезпечити розвиток медичних технологій, скільки тому, щоби полегшити відмову від лікування і легалізацію евтаназії. Воно служить тому, щоби вилучити індивідів з вадами у фізичному та психічному здоров'ї з кола людських осіб, «нормальних», придатних і корисних для життя в суспільстві людей аж до цілковитого знищення. Звісно, евтаназію пропонують як прояв милосердя до страждальців, однак чи може вона бути елементом медичної практики? Здається, що кращою альтернативою зарадити особам з хворобами, які не піддаються лікуванню, з вадами, які роблять їхнє життя важким і нетривалим, є паліативна допомога. Заклад з надання такої допомоги (госпіс) забезпечує порятунок від болю і почуття непотрібності. На думку засновниці госпісного руху С. Сондерс, пацієнт, який отримує паліативну допомогу в достатньому обсязі, не багатиме смерті, не вважатиме своє життя не вартим прожиття. Термін «життя як помилка» втратить свою актуальність не тільки тоді, коли людство розвине медичні технології та фармакологію до стану досконалості, але й тоді, коли відкине уявлення про те, що чиєсь життя може бути позбавленим цінності з огляду на його характеристики.

Бібліографія

1. *Запорожан В.* Біоетика у сучасній медицині. Вісник національної академії наук України. 2002. – № 1. – С. 16-25.
2. *Сенюта І.* Щастя і правова медицина: пошук балансу. Щастя та цивілізаційний розвиток/за ред. І. Держка та ін.; матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 14-15

листопада 2019 р.). Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2019. – С. 212-213.

3. *Biesaga T.* Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce. *Medycyna praktyczna.* 2004. – № 6. S. 23-26.

4. *Chanska W.* Nieszczesny dar zycia. Filozofia i etyka jakosci zycia w medycynie wspolczesnej : monografia. Wroclaw : Wyd-wo Uniwersytetu Wroclawskiego, 2009. –384 s.

5. *Holub G.* Status osobowy dziecka chorego przed i po urodzeniu. *Zycie i plodnosc.* 2008. –№ 4. – S. 7-15.

6. *Singer P.* *Practical Ethics.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. – 217 p.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Седенков А.Н., Атамуратова Ф.С.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Республика Узбекистан
xicisfeli@mail.ru, fatamur@mail.ru

В настоящее время вопросы совершенствования системы медицинского образования связаны со многими системными проблемами. Во-первых, с большим объемом материала, который очень сложно освоить студентам вовремя и в полном объеме. Во-вторых, с поиском и реализацией наилучших условий для обучения. Надо отметить, что были разработаны и рекомендованы множество вариантов решения проблем подобного рода, однако единственно правильного алгоритма в организации медицинского образования не существует. Каждая национальная система медицинского образования учитывает множество факторов и опирается на несущие проблемы своего государства и общества.

Большинство стран при этом придерживаются тактики непрерывного медицинского образования (НМО) [1]. Функционально их разделяют на 3 основные раздела: непосредственное, дистанционное и самостоятельное обучение. Обязательным является непосредственное, или, если это невозможно, дистанционное. Введение системы НМО, позволяет проводить мониторинг знаний преподавателей и мотивирует врачей получать новые знания по их специальности. В результате исследований было выяснено, что эффект от регулярных тренингов врачей общей практики значительно выше, нежели тех, кто их не проходил. Причем эффективность напрямую зависит от количества лет прохождения курса, географического положения рабочего места и профессионального звания [2].

Немаловажно определить основные три элемента обучения: преподаватель, студенты и место проведения занятия. Развитие каждого, и продуманность их взаимодействия между собой, определяют качество медицинского образования. Со стороны преподавателей, одним из наиболее частых упущений бывает наличие исключительно хороших знаний по предмету, без наличия

достаточных навыков преподавания. В результате этого, студенты не могут получить должным образом знания, которые им хочет донести преподаватель. В качестве решения данной проблемы, во многих странах вводится обязательным повышение квалификации преподавателей. Это позволяет выработать у них необходимые навыки для наилучшей работы со студентами.

Исходя из большого количества накопившегося материала, необходимого врачам для их профессиональной работы, возникает сложность его правильной подачи. Поэтому необходимо одновременно создать правильный порядок информационных и практических блоков и сделать их тематику наиболее логичной и простой для студентов. В разных странах имеются различные тактики построения тематических планов, каждая имеет свои особенности, в том числе и плюсы и минусы.

Не менее важным вопросом является ограниченность использования активно развивающихся информационных технологий в сфере обучения. Консервативно, студенты могут взаимодействовать друг с другом и преподавателем исключительно посредством прямого зрительного контакта. Например, дополнительная связь посредством телефонных мессенджеров вроде WhatsApp, чаще является лишь инициативой студентов. Однако, исходя из исследований, подобные нововведения позволяют облегчить обучение, начиная с начальных этапов базовой медицины и заканчивая узкими клиническими специальностями [3]. Также имеются и другие исследования, которые при помощи современных технологий, повышают уровень подачи информации. К примеру, в свете последней пандемии COVID-19, стало актуальным направление использования медицинского реалити-шоу в качестве технологических усовершенствований стратегии обучения для обеспечения подлинного опыта ухода за пациентами во время клинической практики [4].

Со стороны студентов, наиболее актуальным вопросом является их осознанность и мотивированность. Приоритетным, а иногда и единственным значимым фактором в поступлении многих студентов, является желание родителей в поступлении студента в ВУЗ определенного направления. В результате, вне зависимости от методики и условий обучения, студент не осваивает предметы из-за личной низкой мотивации.

Другой вопрос касается игнорирования или неполного обследования психического и физического здоровья студента. Часто выявляются проблемы диспраксии, дислексии, расстройства аутического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности [5].

Со стороны условий обучения существует проблема нехватки соответствующего оборудования для учебных аудиторий. В результате этого преподаватели, имея в наличии хорошие знания по предмету и отличные навыки преподавания, не могут полностью их реализовать. Качество обучения студентов напрямую зависит от материально-технической оснащенности вуза. Поэтому необходимо решать проблему системного финансирования медицинских вузов.

Квалифицированность медицинских кадров напрямую зависит от приобретенных практических навыков. Здесь актуальной проблемой становится

оснащенность лабораторий и аудиторий для проведения практических занятий новейшим оборудованием и современными технологиями. Решением задачи является создание и развитие симуляционных центров. Практические навыки клинической работы, до применения их на реальных пациентах, студенты должны приобретать в специальных центрах, оснащенных высокотехнологичными тренажерами и компьютеризированными манекенами, позволяющими моделировать клинические ситуации [6].

Со стороны взаимодействия преподавателя и студентов имеется несколько типов организации учебного процесса — это пассивное, активное и интерактивное обучения. Анализ изученного материала показал активное обучение как наиболее продуктивное в учебном процессе. Как традиционные, так и современные методы активного обучения способствуют повышению интенсификации, эффективности, качества и результативности процесса обучения в вузе.

Кроме этого, современное общество предъявляет к личности врача исключительные нравственные качества. Поэтому образовательная деятельность медицинского вуза предполагает не только приобретение студентами профессиональных знаний, умений и навыков, но и формирование нравственных качеств, необходимых профессии врача [7]. На формирование личности будущих медицинских работников большое влияние имеет преподавание биоэтики. Эта наука является прикладной дисциплиной, поэтому студент должен вынести из нее не только систему теоретических знаний, но и практические навыки. Развить последние возможно, используя методику ситуационных задач, по соответствующей теме занятия.

Многоаспектные вопросы требуют комплексных решений и поиск путей их реализации.

Библиография

1. *Беляков Н.А., Щербо А.П., Филатов В.Н.* Кадровое обеспечение реформ в здравоохранении и последипломная подготовка медицинских работников//Российский семейный врач. – 1998. – № 1. – С. 54-58.
2. *Current Situation and Recommendations for Continuing Medical Education for General Practitioners* // Online Training of Diagnosis and Treatment of Common Diseases in Primary Care, SUN Xinran, WAN Heping. URL: <http://123.57.154.95:8088/zgqkyx/CN/abstract/abstract5311.shtml>
3. *Muhammed Aizaz us Salam, George Chukwuemeka Oyekwe, Sami Ahmad Ghani and Regwaan Imtiaz Choudhury.* How can WhatsApp® facilitate the future of medical education and clinical practice? URL: https://www.biomedcentral.com/epdf/10.1186/s12909-020-02440-7?sharing_token=XMdNrP2gVRUXe6jaWff7c2_BpE1tBhCbnbw3BuzI2RP7Z7ZEz_kFyRZmhXKoAlFY9E3bluAUN4vxs1f43Azon2eFhXWXgKaRxiPXimF_sP8abSuqFpA_xFmLxHjGzXYVdhco5GqWbQDmVOGf004R14WwIxhmk-UTxN7VQR5BUY%3D
4. *Fiona Osborne, Miles Harrison, James Fisher and Belinda Bateman.* Using medical reality television as a technology-enhanced learning strategy to provide authentic patient care experiences during clinical placements: a case study research investigation. URL: <https://rdcu.be/cgnYA>

5. *Eloi Magnin, Ilham Ryff & Thierry Moulin. Medical teachers' opinions about students with neurodevelopmental disorders and their management // BMC Medical Education. URL: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02413-w>*

6. *Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине//Вопросы преподавания. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-simulyatsionnogo-obucheniya-v-medicine>*

7. *Овсянникова Е.К., Марухно В.М. Преподавание Биоэтики как философской дисциплины// Международный журнал экспериментального образования. – № 4. – М., 2013. – С. 54-58. URL: <https://expeducation.ru/pdf/2013/4/4768.pdf>*

8. *Шапошников В.И., Ашхамаф М.Х., Гедзюн Р.В., Марченко Н.В. Проблемы современного медицинского образования // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4 (часть 2) – С. 272-274. URL: <https://www.expeducation.ru/article/view?Id=4061>*

СВОБОДА ЛИЧНОСТИ И ВЫЗОВЫ ПАНДЕМИИ

Сухов Ю. А.

НУОЗ України, Київ, Україна

Возникновение в конце 2019 года в Китае эпидемии коронавируса (коронавирусной болезни, вызываемой вирусом SARS-CoV-2), стремительно преодолевшей границы Поднебесной, распространившейся по всему миру и ставшей мировой пандемией, поставило народы, правительства и всех людей перед целым рядом сложных выборов и непростых решений. Резвившийся в связи с этим общемировой кризис обнажил не только политические, экономические и социальные проблемы человечества, но и, буквально, заставил каждого человека определяться со своей позицией, реакцией и поведением относительно этой глобальной угрозы. Ведь, несмотря на известные уже группы риска по развитию тяжелого течения коронавирусной болезни, осложнений и даже смерти от нее, остаются актуальными вопросы профилактики и предохранения от вируса, слишком высокая вероятность, легко перенося болезнь самому, заразить коронавирусом других людей — чужих и близких, родственников и сослуживцев, случайных попутчиков в общественном транспорте, которые могут иметь тяжелое, фатальное течение SARS-CoV-2.

И, если в начале пандемии коронавирусной болезни у всех людей — от руководителей правительств до практикующих врачей превалировали растерянность и непонимание ситуации и методов борьбы с болезнью, то уже осенью 2020 года наметились конкретные шаги и меры по преодолению этой напасти — начиная от разработки вакцин и заканчивая разумными противоэпидемическими и экономическими мерами. Важной вехой в понимании проблем и эффективном поиске решений стала работа ООН, ВОЗ и других координирующих мировых организаций, широкое обсуждение проблем в СМИ. 14 сентября 2020 года состоялась 45-я сессия Совета по правам человека ООН, на которой Верховный комиссар по правам человека ООН Мишель Бачелет сделала важное заявление: "*Чтобы продолжить дви-*

гаться в правильном направлении, нам необходимо проанализировать неудачи — как бороться с последствиями COVID-1 и обеспечить эффективное восстановление”.

Одной из наиважнейших проблем в связи с пандемией стал вечный вопрос о соотношении свободы личности и прав и интересов всего социума. Да, мы и раньше в науке, медицине, инфектологии в частности, довольно остро сталкивались с этим вопросом – например, насколько обоснованным является отказ от профилактических прививок против социально значимых инфекционных заболеваний из-за нежелания отдельного человека их делать (не путать с медицинскими противопоказаниями!). Где и как свобода отдельной личности входит в противоречие, в клинч со свободой других людей, которые могут пострадать из-за отсутствия группового (общественного) защитного иммунитета.

Вероятно, многие помнят события в Украине 1990-х годов, когда несколько лет (!) подряд в нашей стране была эпидемия дифтерии, заболевания хоть и давно известного, но с высокой вероятностью развития тяжелого течения, осложненный (в том числе — пожизненных проблем со здоровьем), иногда приводящего и к летальным исходам. Тогда только благодаря широкой информационной работе среди населения, эффективного труда медицинских работников и широкому проведению мониторинга (обследований) и вакцинации удалось переломить ситуацию и ликвидировать дифтерию среди наших граждан. Принципиальных отличий между дифтерией и COVID-19 (SARS-CoV-2) всего два: 1) дифтерия — бактериальная инфекция, поэтому эффективно применение антибактериальных препаратов (антибиотиков) (назначения которых пациентам с коронавирусной болезнью приводит к негативным результатам, за исключением лечения бактериальных осложнений, коинфекции); 2) у COVID-19 гораздо выше индекс контагиозности — им легко можно заразиться воздушно-капельным путем без прямого, непосредственного контакта с больным. Все мы понимаем, что эти 2 особенности делают нашу борьбу с коронавирусом еще сложнее, и в этих условиях, не считая экономических проблем, на первый план выходят адекватность решений государства и продуктивное взаимодействие органов его управления со всеми гражданами.

Моделей взаимоотношений *государство–гражданин* не так уж и много, они известны, и нас они интересуют только в качестве сравнения эффективности разных методов управления, хотя тут же все мы сталкиваемся с той же вечной проблемой: в какой мере необходимо пожертвовать личными свободами ради блага общества. Посол США при ОБСЕ Джеймс Гилмор недавно предостерег мировое сообщество против использования «технологий мониторинга для подрыва гражданских свобод и прав человека или необратимого расширения полномочий исполнительной власти». Особую актуальность имеет в связи с ограничительными противоэпидемическими мерами публичность, открытость властей, их диалог с обществом и отдельными его группами. Мировой опыт свидетельствует, что в демократических странах, при сохранении народовластия, необходимо особое внимание уделять разумности ограничений, работе на упреждение проблем,

включая компанию по вакцинации против коронавируса, а не на авральные меры (увы, мы часто видим именно "тушение разгоревшегося пожара"), а также полной открытости властей, их последовательности и обсуждению с обществом необходимых мер, а не в закрытых, непонятно кем и как собранных комиссиях "экспертов". На примере борьбы с пандемией в разных странах мира и понимая, что завтра и даже послезавтра проблема не "рассосется", мы видим, что только такой путь приносит эффективные результаты. Альтернатива — путь тотального контроля государства над населением. В то же время, парадигма индивидуализма, либертарианства во время стихийного бедствия также абсолютно неприемлема. Необходимо добиваться осознанного выполнения всеми разумных мер по противодействию угрозы COVID-19, найти приемлемый баланс между правами отдельного человека и интересами всего общества.

АЛГОРИТМІЗАЦІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ GLP У КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таніна С.С. , Шаяхметова Г.М., Карацуба Т.А., Хавич О.О., Тишкін С.І.
ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», Київ, Україна

Актуальність: Важливу роль у забезпеченні, послідовності, надійності, відтворюваності та якості лабораторних досліджень відіграє їх відповідність принципам належної лабораторної практики (GLP). Досвід робіт по підвищенню гарантування якості доклінічних досліджень з вивчення нешкідливості потенційних лікарських засобів в окремій науковій установі довів необхідність створення алгоритму впровадження принципів GLP. Особливу увагу було приділено клініко-лабораторним дослідженням та їх відповідності GLP, зокрема, для взаємного визнання результатів доклінічних випробувань.

Мета. Підвищення якості клініко-лабораторних досліджень шляхом впровадження принципів GLP.

Матеріали і методи. Міжнародні регуляторні керівництва щодо впровадження принципів GLP. Програма забезпечення якості. Підготовка персоналу, процедурних документів, протоколи валідації та метрологічна атестація стосовно обладнання. Стандартизація реактивів, витратних матеріалів, процедур забору, зберігання проб біологічних рідин отриманих від лабораторних тварин. Система моніторингу руху проб. Забезпечення процедур внутрішнього та зовнішнього контролю при виконанні клініко-лабораторних досліджень. Вимоги міжнародних аудиторів під час підготовки до міжнародної інспекції.

Результати та обговорення. Під час підготовки до проходження інспекції уповноваженими представниками ЕМА було пройдено декілька аудитів британською аудиторською фірмою під час яких було перевірено підрозділ, який здійснює дослідження з клінічної хімії та гематології, та, звернуто увагу на:

- наявність кваліфікованого персоналу;

- обладнання;
- стандартних операційних процедур, які стосуються всіх рутинних робіт;
- витратні матеріали та їх постачальників;
- оформлення протоколів валідації для методик щодо приладів;
- збереження роздруківок калібрування приладів;
- ведення відповідних журналів обліку роботи на приладах;
- перевірка (ремонт, у разі потреби), приладів та ведення відповідної документації;
- ведення обліку реактивів, які зберігаються у необхідних умовах;
- створення необхідних умов мікроклімату, моніторинг та документування його показників;
- оформлення звітів про навчання персоналу (відповідно до призначень у посадових інструкціях);
- створення алгоритму маркування та руху проб біологічних рідин, після забору у лабораторних тварин, та процедур щодо його моніторингу, тощо;
- обіг та зберігання документів.

Було здійснено перевірку процедурних та інших документів, пов'язаних з постачальниками реактивів. Аудитором було наголошено на тому, що до замовленого реактиву постачальник повинен надати сертифікат якості (для підтвердження відповідності реактиву тому маркуванню, яке нанесено на упаковці), в якому повинна міститись стандартна інформація: назва реактиву; код виробу; номер партії; дата випуску; дата закінчення терміну придатності реактиву; номер партії; метод контролю якості (QC); стандартне калібрування; фактичне калібрування.

Також під час перевірки функціонування групи клінічних лабораторних досліджень перевірялись рутинні (так звані ручні методи), та високопродуктивні методи з використанням автоматичних аналізаторів. Було перевірено рівень кваліфікації співробітників стосовно таких процедур: забір матеріалу; його транспортування; зберігання; проведення аналізу; підготовка мазків та проведення мікроскопічного дослідження; проведення внутрішнього та зовнішнього (незалежного) контролів; клінічна оцінка результатів, тощо.

Висновки. Досвід з акцентування структурою принципів GLP та європейських інспекцій на відповідність було покладено в основу науково-дослідної теми, присвяченої створенню алгоритму впровадження принципів GLP у доклінічні дослідження. Це дозволило підвищити рівень якості лабораторних досліджень (клінічна біохімія, гематологія, загальний аналіз сечі, тощо) та привести їх виконання (планування, підготовка кадрів, обладнання, реактивів, обіг проб, звітних документів, тощо) у відповідність до OECD принципів GLP, отримати відповідний європейський сертифікат, підготувати настановні документи.

ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Терзі О. О., Ханжи В. Б.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
terzi.elena@ukr.net; vladkhan.od@ukr.net

Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших для життєдіяльності людини та суспільства в цілому. На державу покладено обов'язок створити умови, які забезпечуватимуть формування та розвиток громадського (колективного) здоров'я. Особливо слід наголосити, що правове забезпечення громадського (колективного) здоров'я має реалізовуватись у щільному зв'язку з етичним обґрунтуванням цих прагнень держави і суспільства. Сучасні виклики, що кидають сфері охорони здоров'я тотальна глобалізація та пов'язані з нею тенденції міжнародних відносин, неможливо гідно прийняти, якщо правові норми не будуть ознаменовані етичними цінностями. Додамо, що сама ефективність правового регулювання громадського здоров'я безпосередньо залежить від відповідності даних норм права засадам моралі.

У Женевській декларації Всесвітньої медичної асоціації (Міжнародна клятва лікарів), яка була прийнята 2-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Женева, Швейцарія, 1948 р.), доповнена 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Сідней, Австралія, 1968 р.) і 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, Італія, 1983 р.), вказано, що, вступаючи в медичне співтовариство, лікар добровільно вирішує присвятити своє життя служінню ідеалам гуманності. Також, згідно з цим рекомендаційним актом, лікар зобов'язується керуватися в своїй діяльності принципом абсолютної поваги до людського життя з моменту його зачаття і ніколи не використовувати медичні знання всупереч нормам гуманності.

Вимога поєднання етичних та правових засад при здійсненні медичних досліджень міститься у Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження» (Гельсінкі, Фінляндія, 1964 р.). У цій декларації закріплено положення про те, що обов'язком лікаря є підтримування та охорона здоров'я пацієнтів, зокрема тих, які залучені до медичних досліджень, а також про те, що знання та совість лікаря мають бути присвячені виконанню цього обов'язку.

Базовими засадами при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів є повага до честі й гідності людини, захист її життя та здоров'я, недоторканості й безпеки, прав і свобод. Відповідно до принципу пріоритету людини (який фондує вказані засади), інтереси й благополуччя людини, що бере участь у дослідженні, завжди повинні переважати над інтересами науки та суспільства. Важливу роль у забезпеченні принципу пріоритету людини відіграють комісії з питань етики, що опікуються питаннями забезпечення прав, безпеки, благополуччя досліджуваних та надання суспільству відповідних гарантій. Надана ними позитивна експертна оцінка наукової користі та етичної прийнятності проекту дослідження гарантує дотримання етико-правових принципів проведення біомедичних досліджень.

Отже, положення національного законодавства та міжнародних стандартів у сфері громадського здоров'я поєднують правові та етичні засади при регулюванні діяльності лікарів, фармацевтичних фахівців, проведенні медичних досліджень та клінічних випробувань. Реформування системи охорони здоров'я України відбувається у зв'язку з імплементацією Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, зокрема положень глави 22-ї «Громадське здоров'я» та інших рекомендаційних актів Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої медичної асоціації. І досягнення найвищого рівня забезпечення громадського здоров'я, що бачиться метою реформування системи охорони здоров'я України у відповідності до міжнародних стандартів, вочевидь, неможливе без нерозривного зв'язку правової та етичної складових в фундаменті цієї діяльності.

БИМЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ЕТАПУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ.

Ткаченко А. В., Орел В. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
Київ, Україна, cemsit_nmapo@ukr.net

Вступ. Формування професійних компетентностей є актуальним під час здобуття лікарями-інтернами післядипломної освіти в інтернатурі. На цьому прикладі, при належній організації підготовки в медичному закладі вищої освіти в поєднанні з відповідним рівнем вмотивованості лікаря-інтерна, ми можемо спостерігати реалізацію одного з основних законів філософії — взаємного переходу кількісних змін у якісні.

Основна частина. Шляхи набуття професійних компетентностей лікарями-інтернами окреслені в Постанові Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 року №334 "Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань "22 Охорона здоров'я" зобов'язує медичні заклади вищої освіти проводити атестацію здобувачів за освітньо-кваліфікаційним рівнем "Магістр" у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ), який складається з таких компонентів як інтегрований тестовий іспит (КРОК-1, КРОК-2); об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ); іспит з англійської мови професійного спрямування. Рішення про присвоєння освітньо-кваліфікаційного рівня ступеня магістра та відповідної кваліфікації приймається екзаменаційною комісією на підставі успішного проходження всіх форм атестації.

Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) (Objective Structured Clinical Examination (OSCE)) — сучасний тип оцінки практичних знань та вмій лікарів-інтернів, що призначений для перевірки набуття ними клінічної майстерності та компетентностей, які неможливо оцінити традиційними формами іспитів [1]. Проведення ОСКІ ґрунтується на широкому застосуванні симуляційних медичних технологій, у тому числі, використанні методики

стандартизованого пацієнта. Під час іспиту лікар-інтерн виконує 12 завдань на 12 станціях. Час, виділений на кожне з них, складає 6 хв, а перерва між ними — 1 хв. Залежно від того, яку компетентність мається на меті перевірити, станції поділяються на 4 основних типи: комунікативні, когнітивні, мануальні (базові та ускладнені) чи маніпуляції. Проте такий поділ є досить умовним, на жодній станції неможливо оцінити ізольовану компетентність, оскільки вони є взаємопроникаючими. Для досягнення високої надійності та об'єктивності контролю знання лікаря-інтерна оцінюється за виконанням однакових завдань (для однієї групи), за чек-листом та без зазначення персональних даних (за ідентифікаційним номером). Іспит вважається складеним, якщо лікар-інтерн набрав не менше 7 балів з 12 максимально можливих балів [2].

З метою впровадження симуляційних медичних технологій у 2018 році в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (в теперішній час — Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика) був відкритий Центр симуляційних методів навчання (ЦЕСИМЕН). Статистика відвідування ЦЕСИМЕН для відпрацювання практичних навичок, що складають основу формування практичних компетентностей для подальшого складання ОСКІ, лікарями-інтернами наступна: у 2018 р. було 818 відвідувань, у 2019 р. — 1389 відвідувань, у 2020 р. — 783 відвідувань.

Висновки. Симуляційні медичні технології відіграють важливу роль в формуванні професійних компетентностей у лікарів-інтернів під час післядипломної освіти в інтернатурі.

Бібліографія

1. Бугерчук О. В., Бульбук О. І., о. В. Бульбук. Підхід до організації об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) зі спеціальності 221 “Стоматологія”. – *Art of Medicine*, № 2 (14), квітень-червень. – 2020. – С. 86-91.
2. Korda, M. M., Shulhai, A. H., Pasyaka, N. V., Petrenko, N. V., Haliyash, N. V., & Bilkevich, N. A. Об'єктивний структурований клінічний іспит як вимір практичної підготовки майбутнього лікаря. – *Медична освіта*, № 3. – 2019. – С. 19-24.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ БИОЭТИКИ ДЛЯ ГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Умирзакова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Республика Узбекистан; n.a.umirzakova@mail.ru

Сегодня в XXI веке во время рыночных отношений, в условиях технологизации и коммерциализации медицины, мы зачастую сталкиваемся с дегуманизацией медицины, которая никак не вписывается в правовое, демократическое, гражданское общество. В общественном пространстве всё ещё действует технократическая и формируется новая гуманистическая парадигма образования. От того, как скоро последняя будет принята научным сообществом и будет действующей в аспекте ее реализации социальным институтом-образованием, зависит настоящее и будущее цивилизации [1].

К глобальным тенденциям развития высшего образования можно отнести постоянную адаптацию образовательных программ к современным и будущим потребностям; повышение адекватности высшего образования с долгосрочной ориентацией на достижение социальных целей; рост уровня качества. В XXI веке эти и другие качества высшего образования должны стать неотъемлемым компонентом глобального проекта постоянного образования для всех. Итак, глобальные тенденции развития высшего образования отражают в своих стратегиях переход от технократической парадигмы к гуманистической ориентации.

Знание и умение следовать выработанным медицинским сообществом этическим принципам и правилам определяет одно из оснований врачебной деятельности — нравственную культуру, крайне необходимую для профессионализма врача. Нет человека, который не признавал бы значения нравственных взаимоотношений врача с пациентом в эффективности лечебного процесса. Зачастую врач решает не только клинические задачи, но и сталкивается в своей практике с проблемами этического, морального характера. И в таких случаях биоэтика, как междисциплинарная наука, помогает понять действия и поступки врача, осмыслить их через призму категорий добра, справедливости и милосердия во взаимоотношениях с пациентом.

От нравственной культуры и биоэтического отношения врача к пациенту непосредственно зависит важнейший фактор успешного лечения, а именно: доверие больного к врачу, перед которым всегда встает вопрос, как добиться этого доверия. Биомедицинская этика раскрывает, что основным условием его возникновения является готовность и умение врача подчинить свои интересы интересам пациента. Это умение служит, в свою очередь, главному - задаче облегчения страдания больного.

Общество ждёт, что медицинская профессия будет придерживаться самых высоких поведенческих и этических стандартов. Поэтому задача преподавателей в медицинском институте должна заключаться не только в том, чтобы предоставить студентам доступ к медицинской информации, указания о том, как использовать эти медицинские знания и клинические навыки, необходимые для того, чтобы стать компетентными практикующими докторами, но и в том, как стать настоящими врачами, гражданами своего государства. Основной целью медицинского образования является процесс усвоения нравственных ценностей и убеждений профессии врача.

Об актуальности гуманизации медицинского образования, его трансляции в профессиональной работе в новых условиях развития общества говорится в Указе Президента Республики Узбекистан Ш. М. Мирзиёева «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 г. «Совершенствование механизмов обеспечения соблюдения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, предупреждения конфликта интересов и коррупционных явлений, в том числе принятие Этического кодекса медицинских работников и страхование их профессиональной ответственности». В этом указе также подчеркнута, что необходимо «...реформирование системы

среднего и высшего медицинского образования, пересмотр учебных планов, программ и учебно-методических материалов, направленных на дальнейшую оптимизацию теоретических занятий и увеличение практической составляющей, а также приведение их в соответствие с общемировыми достижениями медицинской науки и практики». Начался глобальный процесс корректировки учебных программ, что представляет собой начало оптимизации медицинского образования. Следующим важным шагом является оценка профессионализма и создание стимулов, которые демонстрируют, что профессия врача действительно должна включать нравственные и моральные качества. Медицинское образовательное сообщество должно вести открытый диалог о том, как примирить разрыв между нашими чаяниями и нашей нынешней реальностью. Недостаточный этико-образовательный уровень вышеназванных категорий – проблема не только современного Узбекистана и всех регионов постсоветского пространства, но и многих других стран. Это ставит нас перед необходимостью формирования у медиков, биологов, генетиков, у политиков и обычных граждан новой гуманистической этической установки, что и достигается путем биоэтического просвещения. Образование и подготовка медицинского кадра строится на когнитивных достижениях современной науки и аксиологических императивах биоэтики.

Во многих странах мира биоэтика стала академической дисциплиной. Ее преподают главным образом на философских и медицинских факультетах университетов. В настоящее время издаются десятки специализированных журналов, регулярно публикующих материалы по биоэтике. В условиях формирования правового, демократического, гражданского общества реализация политики государства, направленного на здравоохранение населения и реформирование системы здравоохранения, возможна лишь путем принятия надлежащей нормативно правовой базы.

В заключение следует отметить, что актуальность введения курса биоэтики в программы медицинских вузов Узбекистана является требованием времени, которое связано с происходящими в стране процессами реформирования образования и здравоохранения, работой по его гуманизации и гуманитаризации, формированию нового мировоззрения в контексте национальной модели подготовки кадров, строительства демократического, правового гражданского общества.

Таким образом, узбекская модель биомедицинской этики находится на стадии интенсивного формирования; интенсивность развития исследований в данной области предопределяется характерной для всей истории узбекского образования и философии, с этической направленностью с целью гуманизации медицинского образования в Узбекистане.

БИОЭТИКА И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА В УСЛОВИЯХ ДЕГЛОБАЛИЗАЦИИ И НОВОГО ГЛОБАЛИЗМА

Фалько В.И.

Московский государственный технический университет имени Н.Э. Баумана
(национальный исследовательский университет), Мытищинский филиал,
Мытищи, Россия; vfalco@yandex.ru

В конце XX – начале XXI вв. процесс постановки и решения общемировых проблем осуществлялся не в соответствии с формулой Римского клуба: «Мыслить глобально, действовать локально». В реальной глобализации преобладал противоположный принцип: «Мыслить локально, действовать глобально». Такой глобализм, соответствующий модели однополярного мира и навязывающий миру единообразие, вызывал не только рост антиглобализма и тенденции формирования многополярного мира. В последние годы в политике многих государств наблюдалось смещение приоритетов в сторону национальных интересов, не противоречащее целям устойчивого развития, но проявившееся в тенденциях деглобализации.

Кризис господствовавшей модели глобального развития и процессы её распада усилились в условиях пандемии Ковид-19, обостряя пороки глобализма и обнаруживая недостатки разобщения, замыкания политических приоритетов на узконациональных интересах. Ожидания роста международной солидарности и укрепления нравственных начал в борьбе за здоровье людей и обеспечение устойчивого социально-экономического развития, оправдываются лишь отчасти. В настоящее время, в ответ на процессы деглобализации, наблюдаются тенденции восстановления старой модели глобализма и поиска новых путей глобального развития.

Эти процессы выдвигают новые проблемы перед глобалистикой, политикой, этикой, образованием. И они требуют «всеобщего признания приоритетной роли нравственности в решении стоящих перед человечеством гуманитарных, естественнонаучных и технических проблем» [1, с. 5], из которого исходили организаторы и участники Всесоюзного научного симпозиума по проблемам глобальной нравственности ещё в январе 1989 г. Этот приоритет признан в 1990 г. в Первом докладе Римского клуба, где главной глобальной проблемой названо размывание духовных и нравственных ценностей [2]. Однако, приходится констатировать, что эта важнейшая проблема остаётся нерешённой и продолжает обостряться. Да и можно ли было ожидать иного, если она не поставлена ни в 1992 г. в Декларации Рио-де-Жанейро по окружающей среде и развитию, ни в 2015 г. в Целях устойчивого развития на период до 2030 г.

Вся история человечества свидетельствует о приоритетной роли нравственности в решении всех проблем обеспечения существования и развития общества, и без него не могут выполнять своей роли биомедицинская и экологическая этика. В современных условиях необходимо вернуться к теоретическому обоснованию этого принципа и добиваться его провозглашения в декларативных и программных документах различного уровня, вплоть до всемирного.

С проблемой приоритетной роли нравственности в решении глобальных проблем связан вопрос о возможности формирования общепланетарной биоэкологической нравственности и создания глобальной био- и экзотики. Эта проблема исследуется в трудах С.В. Пустовит [3], других философов и учёных, и ей был посвящён доклад автора этих строк на Сахаровских чтениях 2020 г. [4]. В чисто научной области рассмотрения глобальная биоэтика мыслима лишь как метатеоретическое объединение различных биоэтических систем. В попытках содержательного теоретического их объединения возникают непреодолимые проблемы, в т. ч. нестыковки европейского подхода с американским прагматизмом. Поэтому «вектор европейской и глобальной биоэтики направлен на инвентаризацию, пересмотр, переосмысление ценностей и гуманистических идеалов эпохи Просвещения, таких как *природа, разум, научная истина, справедливость, равенство, свобода, диалог* в контексте сохранения и развития жизни. Из рационалистически-метафизического контекста эти ценности переносятся в практически-прикладной, коммуникативный, герменевтический...» [3, с. 6]. Здесь видится перспективным системно-диалогический подход в организации общения различных биоэтических систем.

Приоритетная роль нравственности в решении глобальных проблем предполагает также приоритет экологии морали и этики, человека и культуры, включая сферы образования, науки, здравоохранения по отношению к защите окружающей среды. Защита внутренней среды социоприродных систем предполагает не только экологию духа, но и охрану внутренних механизмов самовоспроизводства систем от разрушительных влияний извне, в т. ч. управляющих воздействий, обменных процессов с внешним окружением, привносящих чужеродные культур-генетические и биогенетические коды. Особо важную роль играет здесь экология системы биоэтического воспитания и биомедицинского просвещения.

Для обеспечения защиты и совершенствования социоприродных систем, в т.ч. связанных с функционированием и развитием сфер научно-образовательной деятельности, здравоохранения, и других, обеспечивающих развитие и практическую реализацию биомедицинских и экологических функций в условиях деглобализации, спасительным может быть путь, отвечающий теории социальной системы Никласа Лумана [5]. Предусматриваемые в ней оперативная замкнутость, или функциональная закрытость, социальных систем и подсистем позволяет сохранить и развить их своеобразие, внутреннюю устойчивость, способность к самовоспроизводству и, в итоге, к открытому внутреннему общению и взаимодействию с окружением. Вместо глобализма в виде насаждения единообразия и потерпевшего крах мультикультурализма может сформироваться более свободное, гармоничное единство многообразия культур в мире и разнообразных сфер общественной жизни внутри стран, оперативно закрывающихся от чрезмерных обменных потоков. Подробнее вопросы экологии образования и применения теории Н. Лумана в условиях деглобализации изложены в нашей работе [6].

Библиография

1. *Моисеев Н.Н.* Актуальные проблемы глобальной нравственности//Глобальная нравственность. Специализированная информация по проблемам экологии. – М.: ИНИОН АН СССР, 1990. – С. 3-5.
2. *Кинг А., Шнайдер Б.* Первая глобальная революция. Доклад Римского клуба. – М.: Прогресс, 1991. – 339 с.
3. *Пустовит С.В.* Глобальная биоэтика В.Р. Поттера: продолжение следует?!// Экологический вестник, 2016. – № 3 (37). – С. 5–10.
4. *Фалько В.И.* Проблемы формирования общепланетарной биоэкологической нравственности//Сахаровские чтения 2020 года: экологические проблемы XXI века: материалы 20-й международной науч. конференции, 21–22 мая 2020 г., г. Минск, Республика Беларусь: в 2 ч. – Минск: ИВЦ Минфина, 2020. Ч. 1. – С. 107-111.
5. *Луман Н.* Теория общества (вариант San Foca'89)//Теория общества. Фундаментальные проблемы: Сборник. – М.: «КАНОН-пресс-Ц», «Кучково поле», 1999. – С. 196-235.
6. *Фалько В.И.* Экология образования в условиях деглобализации // Непрерывное экологическое образование для устойчивого развития как важное направление модернизации образовательной системы: Сб. матер. Междунар. науч.-практ. конф. Нур-Султан, 16-17 октября 2020 г. – Нур-Султан: ИП «Булатов А.Ж.», 2020. – С. 100-104.

ОСНОВНІ СПРЯМУВАННЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Фоменко Л. К.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені І.Франка,
Дрогобич, Україна ludafom1984@ukr.net

Медична етика впродовж більш ніж двохтисячолітньої історії становлення та розвитку наукової медицини була її невід'ємною складовою. Її проблематика виражала історичні тенденції поступу медицини на шляху саморозкриття власного предмету. Але незмінним залишалося її ядро, виражене основними моральними принципами, котрі концентрували вимоги відношення лікаря до хворої людини — «Не вбий!», «Не нашкодь!», «Допомогай людині усіма можливими засобами!». Імперативність цих вимог не піддавалася сумніву з часів Гіппократа. Корреляція ж їх змістових та смислових складових певною мірою залежала від соціокультурного простору буття медицини та суб'єктів медичної діяльності. Загострення дослідницького інтересу до питань медичної етики в останні десятиріччя ХХст. та на початку ХХІ ст. та спроби «обгрунтувати» відхилення від традиційної постановки та з'ясування деяких з цих питань дослідники частіше пов'язують зі зростаючими можливостями науки проникати у глибинні основи людського життя та комерціалізацією медицини.

Ступінь об'єктивації людини в медицині дійшов до тієї межі, коли суб'єктивні, особистісні характеристики розчиняються у підвладному лікареві статусі пацієнта. І тим самим владне поведження лікаря з тілесністю хворого як біологічним матеріалом все частіше знаходить виправдання у непохитних досягненнях науки. І ось, у вирі суперечностей, що виникають у площині

осмислень людини, людського життя з позиції *здоров'я – хвороба* у чисто науковому вимірі, медична етика виявляється чи не єдиною надією на повернення пацієнту статусу цілісної людини у полі науково-медичних досліджень. Актуалізація медико-етичної проблематики стає сьогодні вже не приватною справою окремих лікарів, науковців, філософів, але справою суспільною, яка стосується сенсожиттєвих спрямувань розвитку людства загалом. Бо саме адекватне їх з'ясування доводить людські розумування до межі недоторканності людської природи, бо за межею – непередбачувані наслідки її викривлень, спотворень, загроза втрати людськості як такої.

Сучасна медична етика, по суті, опинилася на перетині науковості і моральності в сучасних умовах її розвитку. Невпинність науково-технічного прогресу та, почасти, непрогнозованість наслідків втручань у глибинні основи людської природи породжують численні питання морально-етичного характеру. Це стосується і трансплатології органів, і генної інженерії, клонування, і штучного запліднення дітей, і сурогатного материнства, і можливої легалізації евтаназії тощо. Ряд проблемних тем може бути продовженим, і тим самим все більш актуалізованим виявляється питання про можливі спрямування майбутнього розвитку медичної етики, медицини загалом. Його суть полягає у наступному: чи збереже медицина свій статус *милосердної* і буде розвиватися по шляху відтворення анатоμο-фізіологічних, психологічних процесів, що сприяють збереженню природно заданою людськості? Чи сприятиме сумнівній у всіх сенсах трансформації людини у постлюдину?

Проблематичність ситуації, що складається у сучасній медичній етиці, можна розглядати у різних площинах. Але сутність її полягає у тому, що вагомість альтернативних підходів у вирішенні того чи іншого питання з суто медичної точки зору приблизно однакова. Тобто аргументи «за» настільки ж вагомі, як і аргументи «проти». Так, наприклад, аргументи на рахунок доцільності пересадки серця від одної людини до іншої є настільки ж вагомими, як і аргументи на рахунок її недоцільності. Але коли мова йде про *людину як цілісну тілесно-душевно-духовну істоту*, яка є реальним суб'єктом медичного процесу, а не якась її окрема частина, бодай і анатоμο-фізіологічна система в цілому, то очевидно постає обмеженість медико-біологічного чи практично-хірургічного підходу до прийняття таких рішень, а, тим більше, орієнтацій на комерційну зацікавленість медичних організацій чи закладів у виконанні процедур та операцій, що дорого коштують. І все ж тенденція перетворення людини в «голий науковий факт», від якої застерігав Б.Паскаль ще у XVII ст., є реальною в сучасній медицині і набуває своєї вагомості, трансформуючись у сферу медичної етики та претендуючи на «законодавчу ініціативу» у цій галузі знань. Однак, не менш реальною є тенденція, що тривалий час у дослідницькій літературі знаходила свій вираз у формі наукового запиту, тобто виражала потребу сприйняття *людини як предмету медичної діяльності* не просто як біологічно «організменної» системи, а як *тілесно-душевно-духовної цілісності, конкретної індивідуальності*. Ця тенденція є більш перспективною і вагомою з погляду реалізації прикладних аспектів медичної етики та ролі останньої в переорієнтації медичної діяльності у напрямку формування **суб'єкт–суб'єктних відносин** між лікарем та

пацієнтом. Її реалізація передбачає не просто медикалізацію суспільного життя, як це спостерігається під час теперішньої пандемії, але й визнання у якості вищого духовного орієнтиру в українському соціокультурному просторі християнської віри. Надійність і бездоганність її навіть у методологічному сенсі перевірена більш ніж двома тисячоліттями сповідання християнства у світовому масштабі. Окрім того, співставлення основних принципів християнської та медичної етики свідчать про їх спільне спрямування на відтворення та збереження здоров'я людини та її природно заданої цілісності.

НАНОЕТИКА В ДИСКУРСІ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ

Чурсінова О.Ю.

Національний університет «Львівська політехніка», Львів, Україна
churss@ukr.net

Розвиток нанотехнологій пов'язаний з перспективою значного прогресу в біомедицині. Водночас реалізуються численні соціогуманітарні дослідницькі проекти, орієнтовані на аналіз нових ризиків, що виникають у житті людей і спільнот.

Відомий дослідник в ділянці зв'язку етичних проблем з новими технологіями Іво ван де Поел в своїй статті «How should we do nanoethics? A network approach for discerning ethical issues in nanotechnology» розглянув протилежні («pro et contra») підходи до етичної експертизи нанотехнологій. Він описує мережевий підхід для розрізнення етичних проблем нанотехнологій і виділяє новий напрям етичних досліджень — наноетику [1].

Вчений виділяє такі альтернативні підходи до застосування етики в галузі нанотехнологій. Згідно з першим підходом нанотехнології є звичайними технологіями, тому вони не потребують спеціалізованого регулювання. Існує достатній інструментарій етичної експертизи в сфері прикладної етики, який використовується в медицині, і тому не потрібно розробляти особливі методи етичної експертизи, призначені для нанотехнологій. У відповідності з іншим підходом нанотехнології — революційні технології, і це означає, що існуючі етичні стандарти дослідницької етики, розроблені більше 40 років, недостатні для регулювання використання нанотехнологій в нових галузях знань, зокрема у біомедицині. Тобто, потрібно розробляти нові етичні стандарти в межах спеціальної дисципліни – наноетики, які дозволять адекватно проводити етичну експертизу всіх видів досліджень з використанням нанотехнологій.

Критичний підхід до розробки спеціалізованої етики описується Сьореном Холмом у роботі «Чи потрібна наноетика для нанотехнологій?» (Does nanotechnology require a new «nanoethics»?»). Дослідник відзначає: «Незважаючи на те, що є серйозна потреба етичного аналізу багатьох проблем, які виникають з розвитком різних напрямів нанотехнології, немає необхідності в «наноетиці» [2]. Прийоми, розроблені в межах прикладної етики за останні роки, вже передбачають всі необхідні інструменти, які дозволяють аналізувати нанотехнології.

Традиційний підхід до етичної експертизи нанотехнологій ґрунтується на досвіді, здобутому в минулі десятиліття регулювання дослідницької діяльності.

Можна виділити дві особливості нанотехнологій:

- 1) значний потенціал щодо вирішення проблем людини, зокрема у біомедицині;
- 2) високий ступінь конвергенції етичних аспектів щодо використання нанотехнологій.

Нанонаука і нанотехнології – це галузі в яких немає чітких кордонів між хімією, фізикою, біологією і технічними науками. Аналогічно спостерігається тенденція до застосування етичних категорій і принципів у ділянці нанотехнології.

Бібліографія

1. *Van, de Poel I.* How should we do nanoethics? A network approach for discerning ethical issues in nanotechnology//NanoEthics. 2008. – Т. 2. – № 1. – С. 25?38.

2. *Holm, S.* Does nanotechnology require a new «nanoethics»? Cardiff Centre for Ethics, Law and Society, August 2005. 26.10.2007 URL: <http://www.ccels.cf.ac.uk/archives/issues/2005/>.

ГЛОБАЛЬНО-ЕВОЛЮЦІЙНА КРИЗА ТЕХНОГЕННОЇ ЦИВІЛІЗАЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ (ФІЛОСОФСЬКО-АТРОПОЛОГІЧНЕ ЕСЕ)

Чешко В. Ф. 1, Коннова Н.О.2

Харківський національний економічний університет ім. С. Кузнеця, Харків, Україна; ¹valentyn.cheshko@hneu.net; cheshko@karazin.ua; ²nina.konw@gmail.com

У цьому повідомленні ми підсумовуємо результати досліджень [1-3] статусу біоетики як соціального інституту управління технологічним ризиком сучасних високих технологій, коли величина ризику наближається до екзистенціального рубежу. Іншими словами, коли соціальний ризик стає еволюційним, таким, що ставить під сумнів збереження людства як біологічного виду й соціальної спільноти.

Передумови цього дослідження мають три переплетених джерела: природничо-науковий, філософський і соціально-політичний. Всі вони є трендами способу буття сучасної, техногенної цивілізації. Пандемія COVID-19 завдала значної шкоди образу всемогутньої техно-науки, що склався в ментальності цього соціокультурного типу. Нашою метою було дослідження коеволюційної природи цього феномена як природного результату еволюційної стратегії нашого біологічного виду.

Техногенна цивілізація як культурно-цивілізаційний тип є один з варіантів еволюції *Homo sapiens*. Її онтологічну основу становить здатна до мимовільного розвитку стабільна еволюційна стратегія (SESH) в складі біологічного, соціокультурного і техно-раціоналістичного модулів і нерозривно пов'язані з нею еволюційні ризики [2].

Зміни, які викликаються розвитком науки і технології у створеній людиною власної соціально-екологічної ніші, неминуче породжують соціальні ризики. Особливо цей процес інтенсифікувався з виникненням у 2-ій половині минулого століття так званого NBIC-технологічного комплексу (нано-, біо-, інформ-, когнітивних технологій). Якщо попередні технології забезпечили людині інструменти перетворення і управління матерією та енергією, то NBIC мають за мету перетворення інформації систем, що самоорганізуються (еволюціонують). Тому їх з рівним правом можна назвати технологіями управління еволюційним процесом в розширеному його тлумаченні, тобто в його біологічній, культурній та соціальній формах.

Інкorporація технологій в соціоекологічну нішу веде до ситуацій неоднозначного морального вибору (етичних проблем), причому в будь-якому випадку неминучим є той чи інший фактор ризику в майбутньому. Цей конфлікт є системним у відношенні до сучасної (техногенної, технологічної) цивілізації.

В царині філософії та теорії пізнання чітке розмежування дескриптивно-наукової та публічно-аксіологічної форми дискурсу впливає з розділення реальності на об'єктивний «Світ Сущого» та суб'єктивний «Світ Належного», причому останній є ідеальною рефлексією першого, перетвореною за певними правилами (системи цінностей).

Між тим, висхідний до Платона дуалізм реальності в його кантіанській інтерпретації в умовах інформаційного суспільства трансформувалася у форму опозиції – реальний світ (off line) versus віртуальний світ (on line). І, як стверджує у своїй недавній статті Марк Коклеберг [4], ця опозиція по суті розмивається, нівелюється і, кінець кінцем, знімається. Тотожність Світу Сущого і Світу Належного у свідомості і спричиняє народження пост-академічної технонауки, зокрема, і кризи технологічної цивілізації, в цілому.

Еволюційна стратегія техногенної (технологічної) цивілізації забезпечує еволюційний успіх тільки за умови однозначного розмежування двох світів: теоретично і de facto. Саме ця умова веде до оптимального функціонування соціальної інституції науки як сектору економіки, зайнятого виробництвом нового практично-ціннісного знання на благо суспільства. Роль технології можна редукувати до перекладу етично нейтральних знань мовою практичних потреб, невід'ємних від їх ціннісної інтерпретації.

Але, як ми знаємо, науковій теорії відрізняються від усіх інших форм знання: по-перше, тим, що їх можна спростувати шляхом зіставлення з емпіричним досвідом; по-друге, тим, що в кожному конкретному випадку спочатку не знаємо меж, за якими, ці теорії перестають бути адекватними об'єктивній реальності.

Науково-технологічний розвиток ділить соціоекологічну нішу, яку конструює і в якій існує Homo sapiens, на два прошарки: (1) внутрішній простір достовірного і обґрунтованого знання про користь; (2) зовнішній простір, представлений невідомими і непрораховуваними небезпеками і ризиками. Щоб запобігти колапсу технологічної цивілізації ми змушені все більше уваги приділяти тонкій оболонці, що відділяє користь і вигоду від ризиків і небезпек. Цю тонку оболонку можна назвати застережливою наукою. Але, якщо наші зусилля із її розвитку будуть недостатні або надмірні, колапс технологічної

цивілізації стане неминучим: (1) або зсередини — під натиском ризикогенних технологічних інновацій; (2) або зовні — як наслідок недостатнього розвитку ризикогенної, небезпечної науки, яка єдина здатна протистояти ризикам, що виникають внаслідок нашої власної діяльності, та спонтанним небезпекам.

COVID-19 служить ілюстрацією обох цих сценаріїв. У масовій свідомості циркулюють дві альтернативні гіпотези походження вірусу — «природна» і конспірологічна [2]. В масовій свідомості домінує конспірологічна теорія штучного походження COVID-19; в науковому співтоваристві, принаймні в публікаціях, — припущення про природне його походження. (Слід враховувати, поширення кожної з них є предметом політичних інтересів і, отже, політтехнологічних маніпуляцій впливових соціальних груп).

Це є вагою «природним» результатом переплетення дескрептивного та аксіологічного дискурсу в сучасному, трансдисциплінарному знанні — наслідком макіавеллістського інтелекту як початкової еволюційної форми раціонального мислення взагалі. З розширенням і ускладненням інформаційних мереж «вірусний механізм» (мімесіс) поширення інформації, як найдавніший, набуває великого значення, більшого за питомою вагою навіть свій вклад в еволюцію людини у епоху до розробки методології класичної науки.

Конспірологічні теорії і їх фальсифікація/верифікація стали сприйматися як епістемологічна проблема на початку 1990-х рр.

Насправді різниця між конспірологічною та природно-еволюційною гіпотезами не істотна в метатеоретичному аспекті. У будь-якому випадку йдеться про наслідки (умисні чи побічні) науково-технологічного і цивілізаційного розвитку. У разі справедливості конспірологічної гіпотези це є очевидним.

У разі природного походження, пандемія пояснюється поєднанням переформатованих природних екосистем та збільшення частоти і більшою легкістю міжвидових (між людиною і видами, що раніше не вступали з нею в контакт) і внутрішньовидових (по відношенню до людини) контактів. Синергетична дія екологічного (збільшення щільності населення), культурного (використання кажанів в побуті і поширення масових скупчень людей) і технологічного чинника (розвинена система транспортного сполучення) зумовила перехід локальної події в глобальний еволюційний тренд.

Спрацювала відома закономірність теорії катастроф: в точці структурної нестійкості (біфуркації) складної системи, що самоорганізовується, незначні девіації викликають ланцюгову реакцію наслідків, що закінчуються глобальними непередбачуваними наслідками..

Отже, пандемія атипової пневмонії в онтологічному плані служить симптомом глобальної сингулярності еволюційного процесу — його раціоналізації, що досягла екзистенціального рівня. Водночас, з точки зору нашого біологічного виду, це означає граничний фазовий перехід у зворотному напрямі — від раціонального проєкту реальності до актуального ірраціонального втілення.

Розвиток технологічної цивілізації веде до формування технолого-екологічного «пузиря», що роздувається, розрив якого є лише питання часу. Ми стоїмо на порозі радикального цивілізаційного зрушення, глобальнішого, ніж неолітична революція чи епоха Модерну. Одним з ключових елементів у

фазовому просторі майбутньої еволюції Розуму у Всесвіті та долі нашого біологічного виду, та створеної ним цивілізації є інтеграція в мега-еволюційний процес біоетики в якості одного з його механізмів. В антиномії ЗАКОНИ ПРИРОДИ або РОЗУМНИЙ (надприродний, божествений) ЗАДУМ усунення терміна «божествений» як атрибуту «раціонально діючого агента» робить верифікуемий вибір теоретично вирішуваним, але важко реалізованим, оскільки найвищим пріоритетом практики наукового дослідження є створення саме безособових пояснювальних (логічних) конструктів. Досить згадати суперечки навколо виникнення нових інфекцій, вимирання видів, глобального потепління і ін. У центрі всіх подібних наукових і публічних дискусій стоїть питання природного або техногенного походження цих феноменів.

Соціально-політичний аспект цієї проблеми пов'язаний з соціальними ризиками науково-технологічного розвитку, який розширює можливості демократичної форми соціальної комунікації, але ж створює передумови для тоталітаристських трансформацій громадської організації одночасно. Природно-науковий аспект пов'язаний з екологічними формами ризику як результату прогресуючої реконструкції /деконструкції екосистем різного рівня складності. У сукупності, ці системи утворюють середовище проживання нашого біологічного виду і його кордони безперервно і у все більших масштабах розширяються. В даний час вони розташовуються в навіколоземному космічному просторі. Паралельно зростають масштаби техно-антропогенного управління і втручання і можливі масштаби еколого-технологічних катастроф. Отже, сучасна криза має не стільки онтологічні, скільки епістемічні корені, її причина полягає в основних еволюційних трендах розвитку науки як соціального інституту. І лише потім епістемічні чинники трансформувалися в екзистенціально-онтологічні, пов'язані з самим існуванням цивілізації та нашою біосоціальною природою.

Як зазначав Ульріх Бек у своїй класичній роботі, сприйняття або ігнорування чинника ризику як реального факту, визначається наявністю або відсутністю знання про нього, інакше говорячи, — тим, що відповідає онтологічному концепту, інтегрованого в загальний категоріальний каркас. Множинність таких каркасів є відмінною особливістю мультидисциплінарних онтологій, кожна з яких прив'язана до власного фактуального континууму. Як загальний висновок, намалюємо сценарій майбутньої еволюції цивілізаційної кризи. На цей час людство вступило в епоху, коли його існування має забезпечуватися метасистемною інженерією власної культурно-екологічної ніші. Це має на увазі конструювання та реалізацію екологічних систем різного рівня складності, починаючи від проектування елементів таких систем (якими є біологічні індивідууми, популяції і види) і закінчуючи конструюванням глобальної екологічної системи (біосфера) з таких штучно створених елементів.

Паралельно відбувається різкий стрибок величини антропогенного і техногенного ризику внаслідок різкого збільшення нестійкості структури екологічних систем. Ми спостерігаємо третю хвилю реконструкції сформованих відносин між елементами таких систем після неолітичної революції і великих географічних відкриттів. Технологічні інновації призвели до різкого погіршення нормальної соціальної екодинамики, що веде до спалахів нових

інфекцій, зокрема. Виходом з останньої такої кризи і запобіганням аналогічних їй в подальшому є безальтернативний розвиток усіх секторів технологій керованої еволюції. Глобальний характер організації сучасної технологічної цивілізації і перетворення біосфери не стільки в ноосферу (за Вернадським) скільки в техносферу обумовлює ефект каскадної реакції: будь-який локальний коадаптивний конфлікт між елементами культурно-соціо-екологічної ніші має тенденцію перетворення, як мінімум, у глобальну і, як максимум в системну проблему. Людство змушене безперервно робити вибір між стабільністю і адаптивністю техносфери. Біополітика поширює сферу компетентності на міждержавні і міжнаціональні відносини, стає транс-біополітикою, тобто глобальним геополітичним фактором, що відповідає за збереження людства та його самоідентичність.

Отже, соціальний статус глобальної біоетики як балансера-контролера науково-технологічного і цивілізаційного розвитку і мета-теоретичного фундаменту біополітики набуває екстремального значення з точки зору збереження людської самоідентичності. В системі 4х базових біоетичних принципів [6], принцип уразливості передбачає відповідальне ставлення до людського життя, усвідомлення того, що воно є кінцевим і тендітним. Парадоксально, але з ростом технологічної могутності людства рейтинг цього принципу повинен наблизитись до рейтингу принципу індивідуальної автономії. Цей паритет, на нашу думку забезпечить оптимальний техногуманітарний баланс між індивідуальними та загальнолюдськими інтересами в епоху, що Тейар Де Шарден колись назвав Точкою Омега, глобальним еволюційним аттрактором, який може або зробити *Homo sapiens* богоподібним за своєю сутністю, або може поставити крапку в його еволюційній історії.

Бібліографія

1. Чешко, В.Ф. Антропоцен. Философия биотехнологии: стабильная адаптивная стратегия *Homo sapiens*, эволюционный риск и эволюционная семантика/Чешко В.Ф. Л.В.Иваницкая, В. И. Глазко. - Москва: Курс, 2018. - 400 с.
2. Чешко В.Ф., Коннова Н.А. В окрестностях «Точки Омега». антрополого-эпистемологическое эссе по поводу пандемии COVID-19 // Практична філософія. – 2020. – № 2. – С.53-62.
3. Чешко В.Ф., Коннова Н.О. Біоетика та біополітика в глобальноеволюційному контексті цивілізаційної кризи. Пандемія COVID-19 як індикатор екзистенціального еволюційного ризику антропоцену//Біоетика: від теорії до практики. Київ : ВД «Авіцена», 2021. - С. 29-43 (у друку).
4. Coeckelbergh M. The Postdigital in Pandemic Times: a Comment on the Covid-19 Crisis and its Political Epistemologies [published online ahead of print, 2020 Apr 19] // Postdigital Science and Education. – 2020. – P. 1-4. Available online: <https://doi.org/10.1007/s42438-020-00119-2>.
5. Beck U. Risikogesellschaft, Frankfurt a M.: Suhrkamp. – 1986. Русск пер.: Бек У. Общество риска.– М.: Прогресс-Традиция, 2000.– 384 с.
6. Valdés E., Lecaros J. A. (ed.). Biolaw and Policy in the Twenty-first Century: Building Answers for New Questions/International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, Vol.78. Cham: Springer, 2019. – 351p.

ЗМІСТ

PAUL TOURNIER AND THE NEED FOR A PARADIGM CHANGE TO OUR HEALTH SERVICES 2021 (Appleyard W. J.)	4
THE PROBLEM OF ABORTIONS IN THE PENITENTIARY AND THEIR AVOIDANCE THROUGH SPIRITUAL COUNSELING (Cojocar V.P., Ojovanu V.I., Banari, I.P.)	5
EDUCATIONAL CONCEPT OF INTRODUCING BIOETHICAL PRINCIPLES (Kachkovska V.V., Boyko I., Anderson E.E.)	7
ETHICAL ASPECTS OF THE CHRONIC PAIN MANAGEMENT IN RHEUMATOLOGICAL PATIENTS (Kachkovska V.V., Boyko I., Anderson E.E.)	8
RESEARCH ETHICS DURING A PANDEMIC: THE HOUSTON METHODIST HOSPITAL EXPERIENCE (2020) (Miller S. M.)	9
THE ROLE OF PSYCHIATRY DURING THE HOLOCAUST (Miller S. M., Gallin S.)	11
SURROGACY: BLESSING OR CURSE TO POOR SOCIETY IN INDIA (Pytetska N., Molodan D., Saini E.)	14
SOLIDARITY AND RECIPROCITY: BIOETHICAL VALUES IN THE COVID-19 PANDEMIC (Rubanovici L.P., Rusnac D.V.)	16
THE RIGHT TO EDUCATION AND PROTECTION OF VULNERABLE GROUPS IN CURRENT EPIDEMIOLOGICAL CONDITIONS (Rusnac D.V., Rubanovici L.P.)	17
ДУХОВНЕ ОСМЫСЛЕННЯ ЭВТАНАЗИИ (Протоиерей Г.В. Батенко)	19
ПАРАДИГМА "ПОРАНЕНОГО ЦІЛИТЕЛЯ" В КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА (Березіна В.В.)	21
ЕТИКА, БІОЕТИКА, МЕДИЦИНА ТА ПОЛІТИКА В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ (Бойченко Н.М.)	23
ПРО ЛОГІЧНУ ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНУ КРИТИКУ ПСИХОАНАЛІЗУ (Буцикін Є.С.)	25
МЕДИЧНЕ ПІЗНАННЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОСНОВНИХ ПАРАДИГМ СУЧАСНОЇ ФІЛОСОФІЇ НАУКИ (Вергелес К.М., Вергелес Т.М., Верба М.А.)	27
МЕДИЧНА РЕФОРМА В КОНТЕКСТІ ЗЦІЛЕННЯ ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ. МЕТАЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА НАВІГАЦІЯ ГУМАНІТАРНОЇ БЕЗПЕКИ (Гордієнко О.В.)	30
ЕКОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОГО ПРОСТОРУ: КІНЕЦЬ ЕПОХИ ПАРАЗИТУВАННЯ І ЗЛОВЖИВАНЬ — START UP ЕПОХИ ГУМАНІЗМУ І СПІВ-ТВОРЧОСТІ (Гордієнко О.В.)	33
ХВОРОБА ТА ЗДОРОВ'Я ЯК АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК САМОВИЗНАЧЕННЯ ЛЮДИНИ (Гомілко О.Є.)	35
РОЛЬ БІОЕТИКИ В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ: ПРО ТУРБОТУ, ПОВЕДІНКУ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ПЕРЕД МАЙБУТНІМИ ПОКОЛІННЯМИ (Губенко Г.)	36

БІОЕТИЧНІ ПРІОРИТЕТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 (Сгоренков А.І., Пашенко В.В., Свиридюк О.Б.)	37
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГЛОБАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 (Ешану А.И.)	40
БІОЛОГІЧНА ЕТИКА В КОНТЕКСТІ СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ (Кисельов М.М.)	41
КОНЦЕПЦІЯ ПАЦІЄНТ-ЦЕНТРОВАНОГО ПІДХОДУ В МЕДИЦИНІ (Коваленко Н.В.)	43
ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ ДЖЕРЕЛ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ (Марков Ю.І.)	45
ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ В СІМ'Ї В УКРАЇНІ (Мішалов В.Д. , Пустовіт С.В., Петрошак О.Ю. , Хохолева Т.В., Гуріна О.О., Москаленко В.С.)	46
СИСТЕМА ВИРУСОВ КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ «МИРОПОДОБНАЯ» СИСТЕМА (Мишаткина Т.В., Мельнов С.Б.)	48
ПАРАДИГМА СОЦІАЛЬНОГО КОНТЕКСТА РАЗВИТИЯ БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ (Мухамедова З. М.)	51
АБСОЛЮТ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННАЯ ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ (Остапенко Б.И.)	54
ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ COVID-19 В УКРАЇНІ: ЧИ ДОТРИМАНІ БІОЕТИЧНІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ (Островська Б. В.)	56
ЭНДОКРИННО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 (Ожован А.Г., Ожован В.В.)	57
ОНТО-ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ В КОНТЕКСТІ БІОТЕХНОЛОГІЙ (Онищук О. В.)	59
ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНУ ІДЕНТИЧНІСТЬ (Палей Л.А.)	60
ПОНЯТТЯ МАНІПУЛЮВАННЯ ТА ЙОГО АМБІВАЛЕНТНЕ ЗНАЧЕННЯ У СФЕРІ БІОЕТИКИ (Петрушенко О.П.)	62
АБОРТ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Питецька Н.І., Хорошун Е.М.)	65
ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДУСОВ ЗЛА С ИХ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСНОВАНИЯМИ В ТВОРЧЕСТВЕ Ж. БОДРИЙЯРА (Повторева С.М.)	69
ЖИЗНЕННЫЙ МИР ПАЦИЕНТА КАК СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ (Пустовіт С.В.)	72
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (Пустовіт С.В., Гордієнко О.В.)	74
ЧИ МОЖЕ ЖИТТЯ БУТИ ПОМИЛКОЮ? ДО ПИТАННЯ ПРО ЦІННІСТЬ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ (Рассудіна К. С.)	77

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (Седенков А.Н., Атамуратова Ф.С.)	79
СВОБОДА ЛИЧНОСТИ И ВЫЗОВЫ ПАНДЕМИИ (Сухов Ю. А.)	82
АЛГОРИТМІЗАЦІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ GLP У КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ (Таніна С.С. , Шаяхметова Г.М., Карацуба Т.А., Хавич О.О., Тишкін С.І.)	84
ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (Терзі О. О. , Ханжи В. Б.)	86
БІОМЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ЕТАПУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ (Ткаченко А. В., Орел В. В.)	87
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ БИОЭТИКИ ДЛЯ ГУМАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ (Умирзакова Н.А.)	88
БИОЭТИКА И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА В УСЛОВИЯХ ДЕГЛОБАЛИЗАЦИИ И НОВОГО ГЛОБАЛИЗМА (Фалько В.И.)	91
ОСНОВНІ СПРЯМУВАННЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ (Фоменко Л. К.) . .	93
НАНОЕТИКА В ДИСКУРСІ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ (Чурсінова О.Ю.)	95
ГЛОБАЛЬНО-ЕВОЛЮЦІЙНА КРИЗА ТЕХНОГЕННОЇ ЦИВІЛІЗАЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ (ФІЛОСОФСЬКО-АТРОПОЛОГІЧНЕ ЕСЕ) (Чешко В. Ф., Коннова Н.О.)	99
З М І С Т	101

Наукове видання

ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ: СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ

Матеріали ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики
(15-16 квітня, 2021 р., м. Київ)/Упор. С.В. Пустовіт, Б.І. Остапенко. –
К.:Графіка і дизайн, 2021. – 104 с.

Упорядники: *С.В. Пустовіт, Б.І. Остапенко*

Електронний варіант розміщено на сайті НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Всеукраїнська громадська організація «Українська асоціація з біоетики»

Оригінал-макет виготовлений *О.В. Кузьменком*

Підписано до друку 13.04.21.Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура – Times New Roman.
Друк – офсетний. Ум. друк. арк. 6,5.
Обл. вид. арк. 7,23. Наклад 50 прим.