

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

*«Допущено до захисту  
магістерської роботи»*

Завідувач кафедри громадського здоров'я,  
та управління охороною здоров'я  
\_\_\_\_\_ д.мед.н., проф. В.А.Огнєв

**МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ БІОЕТИКИ  
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»  
галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»  
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

**Виконав:**

Здобувач вищої освіти, групи ПУА-20

С. Н. Зюзько

**Науковий керівник**

д.мед.н., проф.

В.А. Огнєв

**Рецензент**

д.мед.н.проф.

О.А.Короп

**Харків – 2022**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ БІОЕТИКИ	
1.1. Генезіс та тенденції розвитку біоетики.....	7
1.2. Система методів наукового пізнання та етико-культурні моделі біоетики.....	17
РОЗДІЛ 2. ПРАВОВІ Й МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ БІОЕТИКИ	
2.1. Стан і перспективи розвитку біоетики в Україні .....	27
2.2. Вплив біоетики на ефективність діяльності органів управління охороною здоров'я.....	31
2.3. Соціально-медичний та біоетичний аспекти проблем профілактики алкоголізму, наркоманії та СНІДу .....	40
РОЗДІЛ 3. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ НА ЗАСАДАХ БІОЕТИКИ	
3.1. Удосконалення правових механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я у сфері трансплантації органів та експериментування над людиною .....	52
3.2. Регуляторні механізми державного впливу на демографічну ситуацію в Україні.....	67
3.3. Приоритетні напрями державної політики захисту людського життя в контексті біоетики.....	73
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	86

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Органам державного управління необхідно враховувати розвиток біоетики, яка розглядає людину як особистість з її духовними цінностями та потребами при формуванні національної системи охорони здоров'я України та проведенні реформування медичної науки з метою збереження життя та покращення здоров'я населення.

Спостерігається зміна поглядів на відносини між пацієнтом та лікарем під впливом науково-технічного прогресу. Необхідно зазначити, що вони були сформовані століттями, а можливість проведення складних досліджень, використання новітніх методів лікування, винайдення нових лікарських засобів призводять до необхідності перегляду як морально-етичних, так і правових засад. Складність в тому, що є наявні інтереси медиків, юристів, політиків, біологів, філософів, а також органів державного управління.

Основні нормативно-правові акти, що визначають функціонування системи охорони здоров'я є застарілими та мають бути переглянутими, але при цьому мають бути враховані положення біоетики.

Затвердження засад біоетики вносить свою частку в реалізацію заходів щодо поглиблення духовності, усвідомлення цінності людського життя, підвищення моральності та формування здорового способу життя громадян.

Сформульована в роботі методологія дослідження, теоретичні висновки та практичні рекомендації ґрунтуються на працях видатних як українських, так і зарубіжних вчених.

Актуальність, наукова та суспільна значимість наведених проблем зумовили вибір теми магістерської роботи.

*Мета й завдання роботи.* Мета роботи полягає в комплексному аналізі та науковому визначенні змісту, історичних коренів біоетики як нової галузі науки, з опрацюванням теоретичних положень та практичних рекомендацій, що надаються органам державного управління щодо впровадження зміни в оцінці стану здоров'я населення.

Для досягнення даної мети були визначені такі завдання:

- визначити історичні корені біоетики, її етико-культурні моделі, місце серед інших дисциплін та її філософські засади;

- вивчити яка є специфіка біоетичних проблем серед населення України, стан та перспективи розвитку науки біоетики та її вплив на ефективність функціонування органів охорони здоров'я України;

- визначити які є можливості органів державного управління при впровадженні засад біоетики в суспільну практику в галузі охорони здоров'я;

- розробити важливі науково-обґрунтовані пропозиції, які дозволять визначити яким чином і як впроваджувати засоби державного регулювання щодо біомедичних втручань у людський організм на засадах біоетики.

*Об'єкт дослідження:* суспільні відносини, які впливають з прикладних та теоретико-концептуальних аспектів функціонування засад біоетики серед населення України.

*Предметом дослідження* є механізми державного регулювання розвитку біоетики в системі охорони здоров'я України.

*Методи дослідження.* Теоретичною та методологічною основою дослідження є феноменологічний метод (ґрунтується на феномені людської особистості, цінності її здоров'я та життя), а також аналітичний метод, що розкриває особливості біоетики як науки. Метод системного аналізу використовується для розгляду людини як складної системи, при цьому як елемент суспільної системи. Індуктивний та дедуктивний методи були застосовані при узагальненні та аналізі емпіричної інформації по тематиці дослідження.

*Інформаційну базу* дослідження становлять законодавчі та нормативні акти України, зокрема Конституція України, укази Президента України, закони України, нормативні документи Кабінету Міністрів України, матеріали експертного опитування, статистичні матеріали Державного комітету статистики України, аналітичні матеріали і звіти науково-дослідних інститутів і центрів, науково-аналітичні праці вітчизняних і зарубіжних науковців у предметній галузі дослідження.

*Наукова новизна* полягає у проведенні дослідження принципів біоетики органами державного управління з метою збереження здоров'я та життя населення. В дослідженні наведена та обґрунтована необхідність щодо впровадження принципів біоетики безпосередньо в практику діяльності органів державного управління галуззю охорони здоров'я України, у систему підготовки медичних працівників, визначено концептуальні засади впровадження принципів біоетики, зокрема щодо етичного обмеження надмірного розвитку біомедицини, використовуючи зарубіжний досвід.

*Практичне значення* полягає у розв'язанні тих теоретичних проблем, які виникають під час впровадження принципів біоетики в систему державного управління України, а саме в галузі охорони здоров'я. Розв'язання даної проблеми дає можливість закласти фундамент для подальшого наукового вивчення проблем розвитку біотехнологій та медичної науки, що дозволить покращити ефективність української системи державного управління.

Висновки та рекомендації, що мають місце в магістерській роботі, повинні бути використані в практичній діяльності органів державного управління в системі охорони здоров'я, а також і в навчальному процесі для підготовки фахівців у галузі державного управління.

Тема роботи пов'язана з науковим дослідженням, яке проводилось кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету в рамках НДР «Медико – соціальні аспекти якості життя здобувачів вищої освіти з надлишковою вагою та ожирінням».

*Апробація результатів роботи.* Теоретичні положення, принципові ідеї та висновки дослідження були представлені до обговорення на засіданнях кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (протокол № 20, від 7 грудня 2021 року)

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ БІОЕТИКИ

#### 1.1. Генезіс та тенденції розвитку біоетики

Біоетика – нова наука, яка виникла понад тридцять років тому. Першим фактором, який дав поштовх до її виникнення та розвитку так званої “біоетики навколишнього середовища” - була біологічна катастрофа. Окремі мислителі у біомедичному прогресі вбачали велику небезпеку для екології і довкілля. Вивчення цієї проблеми зумовило становлення нової науки, яка покликана обмежити надмірний розвиток біомедицини. Це вважається першопричиною виникнення біоетики, а одним із її засновників став В.Р. Поттер.

При становленні біоетики було виявлено чимало й інших проблем, що виникли від нових технологічних можливостей біомедицини. Їх почав досліджувати та вважав фундаментальними Е. Згречча, один із перших науковців-біоетиків [58], який підкреслював проникаючий вплив біомедичних технологій на життя людей, визначив питання, які стосувалися етики і які були ще невідомі медичній етиці та медицині зокрема.

Обмежений підхід до хворого – проблема, що виникає власне у клінічних закладах. Основоположником її вивченні був А. Геллегерс [12-25]. Геллегерс обґрунтував цілісний підхід до хворого, як до індивідуума, а не обмежений - із акцентуванням уваги тільки на хворий орган чи організм.

Криза у відносинах лікар-пацієнт є важливою причиною виникнення біоетики, а саме потреба принципу автономії та public consent (суспільної думки). С. Спінзанті [58, 1-22], констатує той факт, що у стосунках лікар-пацієнт, так званий “медичний патерналізм” дегенерував на шкоду саме особі пацієнта. Згідно цієї концепції відносини лікар-пацієнт необхідно змінити із

відновленням при цьому принципу автономії пацієнта. Тому усвідомлення необхідності переглянути ці відносини є надзвичайно важливим.

Необхідно якісно розглянути ці фундаментальні історичні корені виникнення біоетики в інтерпретації їх авторів.

Одним із засновників “біокатастрофічного” напрямку біоетики був американський онколог В.Р. Поттер. Хоча його внесок у її розвиток в академічному плані є досить скромним, однак саме він ввів термін “Біоетика”, що вперше з’явився у його статті “Bioethics. The science of survival” [5]. У ній Р. Поттер так визначає біоетику: “Людство нагально потребує нового знання, яке може допомогти зрозуміти, як власне використовувати знання для виживання та покращення якості життя. Цю концепцію знання як керівництво до дій або застосування знання для суспільної користі, можна назвати наукою виживання” [1]. Очевидно, що для В.Р.Поттера біоетика, як наука виживання, передусім є передумовою для покращення якості життя. “Тепер, – продовжує Поттер – наука виживання має бути більше, ніж наукою, і я пропоную назвати її біоетикою, аби вказати на дві важливі складові, що просто необхідні для неї: біомедичне знання та людські цінності” [5].

У цьому визначенні відчутний також відтінок інтеграції, присутній в роботах інших мислителів, як наприклад Е. Згречча [25-52]. Він розглядає біоетику як місток між біомедичними науками та науками про людину. Історичною причиною, яка виправдовує виникнення біоетики, є саме екологічна катастрофа. Зрозуміло, що В.Р. Поттер вбачає, у загальному, негативність біомедичного прогресу, що загрожує життю та середовищу існування людини. Саме це складає фундамент для створення нової науки, здатної поєднати знання біомедицини та суміжних наук про людину.

Для більш якісного розуміння еволюції поттерівського погляду, необхідно вивчити наукову діяльність Поттера з 1971 року. У цей період він розглядає етику навколишнього середовища у контексті охорони здоров’я людини, оскільки воно є частиною здоров’я усієї біосфери. І хоча він ввів неологізм “Глобальна біоетика” [38], очевидним є значне екологічне

спрямування поттерівської концепції: його біоетика ставить у центрі уваги не людину, а екосистему.

Цей елемент поттерівського розуміння біоетики відрізняє його від поглядів інших учених, особливо від персоналістичної біоетики Е. Згречча. В.Р.Поттер вказує на те, що “бачення глобальної етики пов’язане з етикою відповідальності, яка має на меті перспективу виживання, зосереджує увагу на охороні здоров’я людини та на охороні землі, і усього світу” [ 38]. Він вважав, що має бути взаємодія між біоетикою навколишнього середовища та медичною етикою, а екосистема повинна бути фундаментальним об’єктом вивчення біоетики. Тобто перевага надається не медичній, а саме біоетиці зовнішнього середовища.

У процесі розвитку суспільства з новими технологічними можливостями виникали нові питання. Поступово формується персоналістична біоетика. Один з її найавторитетніших представників, що взяв за основу історичний аспект її становлення, є Е.Згречча. В останньому виданні підручника з біоетики автор стосовно її виникнення твердить: “Історична причина виникнення біоетики полягає у великих досягненнях медицини в наш час: пересадка органів та тканин, застосування технік реанімування” [24].

Передати головну аксіому Е. Згреччі можна такими словами: “Не все, що технічно можливе, є *ipso facto* (насправді) етично дозволене” [15]. Фізіономічна характеристика біоетики – одна з найважливіших у баченнях Е.Згреччі, – «це характеристика біоетики як науки про біомедичні обмеження. Така концепція близька до думки В.Р.Поттера, проте це визначення передбачає наявність поняття філософської етики у біоетиці, що на відміну від вчення Е.Згреччі, є відсутнім у В.Р.Поттера» [14-20].

- Обмежений підхід до хворого – це важливий аспект біоетики, який був визначений при проведенні дослідження. Його виділив та вивчав А.Геллегерс, лікар-гінеколог, засновник Kennedy Institute of Ethics [12-25]. На думку вченого, біоетика формується у клініці, де лікар зауважує, що патологія відносин медик-пацієнт може знайти відповідну терапію та оздоровитись через вдосконалення



внутрішнього світу лікаря та є наукою, здатною визначити цінності при взаємодії між філософією, етикою і медициною. Об'єктом цього нового розуміння є етичні та медичні принципи.

Біоетика Е. Згреччі є антропоцентричною, бо в центрі її уваги є людина, як особа. Персоналістична біоетика теж акцентує увагу на людину у її цілісності, а також цікавиться навколишнім середовищем, у якому людина живе.

У самій сфері біоетики навколишнього середовища слід розглядати різні течії. Так, наприклад, є екоцентрична біоетика, яка ставить на перше місце навколишнє середовище та екосистему загалом, (В.Р. Поттер); біоцентрична біоетика бачить людину у центрі своєї уваги, але розглядає її рівною з усіма іншими живими істотами, (П.Сінчер), а також антропоцентрична біоетика, яка ставить особу у центрі етичного інтересу, займається проблемами, які стосуються життя людини, і лише непрямо – проблемами навколишнього середовища (Е.Згречча). Інший цікавий аспект вчення Е.Згреччі безпосередньо стосується “втручання, пов’язаного з практикою та розвитком біомедичних наук” [17].

Таким чином, зважаючи на розвиток технологій, біоетика повинна займатися етичними проблемами, пов’язаними із розвитком біомедичних наук, що і характеризує її на межі тисячоліть (Дж. Берлінгер). Виходячи з висновку перед біоетикою стоять ряд проблем, які мають великий вплив на суспільство та є дуже важливими, і які люди ще не навчилися сприймати. Ця біоетика має в своїй основі практику і її Дж. Берлінгер називає “біоетикою на щодень”, тобто біоетикою, яку лікар застосовує щодня у стосунках з хворим [1-12].

Е. Пеллегріно та Д. Томазма поєднують думки А. Геллегерса. Для них біоетика – “це медична етика у тому сенсі, що вона розвивається саме у сфері медицини. Використання означення “медична біоетика” вказує, що великий поступ науки у цій сфері не заперечує традиційної медичної етики гіпократівського духу – добродійність щодо пацієнта та обмеження у патерналізмі” [29].

Головна увага Е. Пеллегріно і Д. Томазма акцентується на відносинах лікар-пацієнт, де пацієнт є автономним. При цьому лікар повинен переіменити стиль мислення та ставлення до пацієнта. Саме визнання автономії хворого має змінити ставлення лікаря до пацієнта. Але наразі потрібно забезпечити юридичні норми, щодо відносин лікаря та пацієнта. І це є наслідком кризи, що з'явилась у самих відносинах, надали їм юридично-кримінального забарвлення, невластивого йому, часто непотрібного. Усе це ускладнює роботу лікаря та не дозволяє встановити здоровий зв'язок із пацієнтом. Безперечно існує криза взаємовідносин лікар-пацієнт і її треба вирішувати, виходячи від самого медика, його вчинків, професійного, людського та етнічного виховання.

Інший цікавий аспект вчення Е. Пеллегріно й Д. Томазма полягає у тому, що гіпократівські принципи не заперечуються повністю, а «відкидається лише їх дегенерація, якою є медичний патерналізм, також важливо, що для того, щоб краще зрозуміти таке бачення проблеми, необхідно звернутися до іншого вченого – С. Спінзанті [2-12], який подає розуміння біоетики у сфері медичної етики з точки зору медицини». Він бачить біоетику як продовження медичної етики. С. Спінзанті описав три етапи становлення медичної етики: епоха домодерна (класична, гіпократівської традиції), модерна епоха та епоха постмодерна.

Розглянемо їх детальніше.

У *домодерну епоху* досконала медицина відповідала на таке запитання: “Яке лікування приводить до найкращого стану пацієнта?” (питання, яке ставив собі медик, що слідував гіпократівській традиції); а такий медик був ідеалом патерналіста, добрий пацієнт був слухняним пацієнтом; добрими взаємовідносинами був терапевтичний альянс (для С. Спінзанті мова йшла про відносини “батько-син”. У ньому була вищість батька над сином, і тому цей зв'язок був нерівним, тобто існували негативні стосунки). В цьому помилився. Тому можна стверджувати, що мала місце термінологічна помилка С.Спінзанті.

Е. Згречча щодо “добрих відносин” твердить про терапевтичний альянс у його правильному розумінні. Він графічно представляє такі відносини

трикутником етичної відповідальності (рис.1.1 ): в основі якого кут А – лікар, С – пацієнт, В – мета. В основі трикутника, що зображає відносини лікар-пацієнт, немає вищості одного суб'єкта щодо іншого. Лікар і пацієнт мусять вести діалог, взаємодіяти, але обидва мають прямувати вгору до вершини.

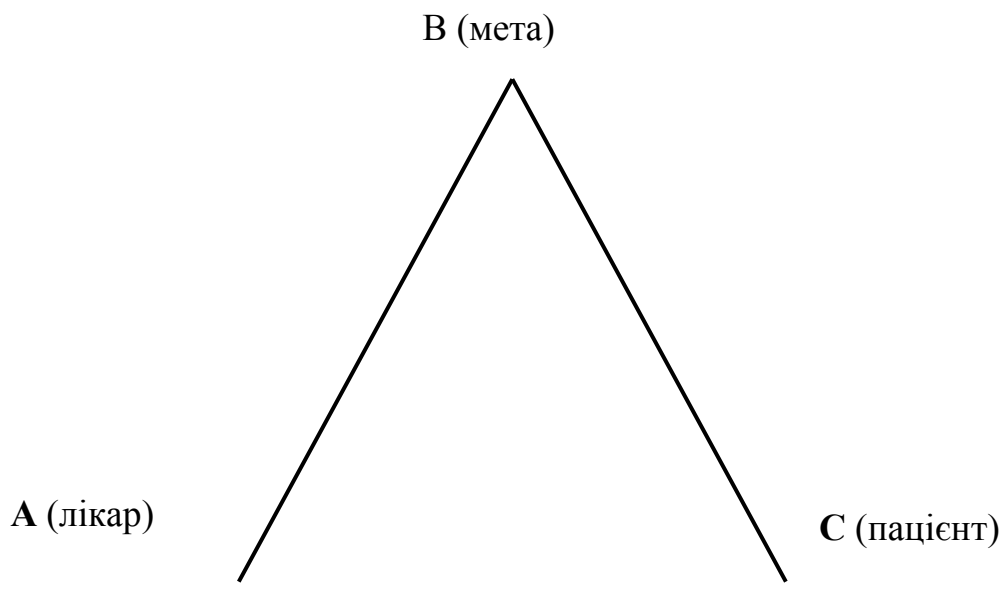


Рис 1.1. Трикутник етичної відповідальності

Говорити про терапевтичний альянс та ототожнення його з відносинами батько-син, як це робить С. Спінзанті, некоректно, оскільки терапевтичний альянс зумовлює більший паритет лікаря та пацієнта, а добра медична сестра має бути добросовісним виконавцем вказівок лікаря.

Епоха модерну характеризується таким чином: добра медицина вже не та, яку пропонує лікар, а та, яка відповідає на питання: «Яке лікування поважає автономію вибору пацієнта? (єдиний визначальний елемент – автономія вибору пацієнта); ідеал лікаря – це демократичний авторитет; добрий пацієнт – інформований пацієнт (тут вимога та отримання інформативної згоди стають необхідною умовою – для задовільної роботи професіонала); добрі відносини – відносини партнерства професіонал-користувач; добра медсестра – та, що полегшує спілкування на юридичному рівні між лікарем та пацієнтом на

користь автономного пацієнта (медсестра – гарант автономії пацієнта) (С. Спінзанті)».

С. Спінзанті вважає цю епоху усвідомленням кризи у відносинах лікар-пацієнт, які раніше базувалися лише на послузі. Вона розв'язується через виникнення принципу автономії пацієнта. Можна розділяти усвідомлення кризи таких відносин лікар-пацієнт, але стверджувати, що біоетика виникла через невідкладність принципу автономії, неможливо. Адже схема, яку пропонує С. Спінзанті, представляє дегенерацію саме біоетики або її частини та має враховувати те, що є наявною криза відносин лікар-пацієнт, при цьому для її подолання необхідно покращувати духовний розвиток та підготовку медика (натомість її стараються вирішити, приділяючи більшу увагу принципу автономності). С. Спінзанті вважав, що біоетика є продовженням медичної етики, але має враховувати автономність пацієнта.

*Постмодерна епоха* характеризується тим, що наразі важливим в системі охорони здоров'я є не лише автономія пацієнта, але і медична ефективність. Характерною особливістю є спроба поєднати медичну діяльність з високою ефективністю та етикою надання медичної допомоги.

Наразі характерна епоха “після біоетики”, а маючи дані про кризу відносин між лікарем та пацієнтом, можна визначити які зміни відбулися. Спочатку лікар був в ролі батька, потім перетворився на технічного спеціаліста, потім на професіонала, і нарешті, надавача послуг, відповідального також і за економічне покращення лікарняної структури. Водночас і поняття “пацієнт” також зазнало змін. Він спочатку був сином, потім учасником (користувачем), а сьогодні він став звичайним клієнтом. Структура відносин лікар-пацієнт зазнавала змін через те, що з'явився принцип використання ресурсів. Правда, що економічні показники і в сфері охорони здоров'я стали важливим елементом, але вони не можуть стати вирішальними, бо тоді відносини лікар-пацієнт набувають неприродного характеру, як і самі особи лікаря та пацієнта. Суть їх відносин має включати в себе повагу до цілісної антропологічної

концепції, навіть коли є беззаперечною зміна історичної дійсності і різні зміни не повинні торкатися поваги до людини.

Галузі біоетики відображено у “Документі Еріче про відносини біоетики та медичної деонтології з легальною медициною 1991 року” [32], де визначено співвідношення між цими науками, а саме те, що у них є спільним, які наявні відмінності, як вони взаємодіють. В документі наведено: “Як етика царини біології, що окреслює світ не лише медицини, біоетика охоплює традиційну медичну етику і виходить за неї, увібравши проблеми всіх медичних спеціальностей, дослідження поведінки, незалежно від їхнього терапевтичного застосування, соціальні проблеми, пов’язані з політикою охорони здоров’я, медицину праці, міжнародну охорону здоров’я, політику демографічного контролю, проблеми тваринного та рослинного життя, пов’язані з життям людини” [26-32]. У цьому випадку визначення галузей зумовлене окремими баченнями експертів, що входили до числа тих, хто складав цей документ. Є окремі школи в біоетиці, де проблеми тваринного і рослинного життя пов’язані із життям людини, та при цьому є окремими першочерговими об’єктами уваги.

Отже, можемо зазначити, що біоетика як наука має свої етапи та напрямки розвитку, що зумовлені її функціонуванням у суспільстві.

Наразі у сучасній Україні проводиться викладання предмету “Біоетика” у вищих навчальних закладах, в тому числі медичного профілю, тому що є:

- наявна загальна криза моральних цінностей, відсутність пошани до людського життя, намаганням підпорядкувати природний закон, принаймні в певному розумінні, цивільному праву: “все те, що дозволене правом, є морально дозволеним”, але така пропаганда є, зазвичай, хибною;

- має місце концепція в повній мірі свободи індивідуума, з його цінностями, оцінюванням ситуації та оточуючих, що часто призводить до проблем в стосунках;

- наявність так званої “культури смерті”, яка виражає тенденцію драматичної агресивності, що скерована на людське життя, сприяє широкому

проникненню в суспільство індивідуалістичної, матеріалістичної, утилітарної ідеї;

- потреба не лише в фаховій підготовці працівників органів та установ охорони здоров'я, інтернів, студентів, але й і виховання їх в дусі любові до ближнього, милосердя, здатності і готовності до самопожертви в ім'я хворих, співчуття в їх горі, високої гуманності, моральності, симпатії.

Затвердження засад біоетики дасть змогу не лише готувати гарних фахівців своєї справи, а й не байдужих до долі людей, здатних оздоровити стан населення, подолати кризу, прийняти участь у процесі національного державного створення, провести заходи, що спрямовані на формування здорового способу життя населення, що призведе до покращення якості та ефективності проведення заходів по діагностиці, лікування, реабілітації та заходів з профілактики захворювань, покращення здоров'я громадян.

Аналізуючи біоетику як університетський предмет, необхідно визначити сфери цієї дисципліни, що включає не лише моральні та філософські, але і наукові питання.

На Конгресі у Еріче вийшов у комп'ютерній версії Ерічський Документ, у якому названо чотири основні напрямки розвитку біоетики на кінець 80-х років ХХ століття: а) етика професій охорони здоров'я (медики, медсестри, техніки та адміністратори структур охорони здоров'я); б) етика біомедичного пошуку з терапевтичною та нетерапевтичною метою; в) етика охорони здоров'я у соціальних сферах (проблема медицини праці; етика зайнятості; етика спорту; етика, яка стосується демографічного розвитку); г) етика навколишнього середовища у екологічній сфері [26-32].

Однак на сьогоднішній день почали формуватися і інші сфери біоетики, які впливають із контакту цієї дисципліни зі суспільством. Насамперед, як окремий напрямок сформувалося біоправо із необхідності закон щодо медичного втручання у організм та людські гени та навколишнє середовище. При цьому якщо в минулому парламенти часто вирішували питання щодо регулювання взаємовідносин між громадянами та державою, проблемним

«соціальним питанням» – вирішення проблем, що стосуються аспектів соціальної справедливості та соціальних завдань держави, то наразі більш часто виникають питання щодо втручання людини до людини та в біосферу, у якій вона проживає.

Отже, можна зазначити, що відбувся процес створення біоправа, а також важливо відмітити розвиток навчально-педагогічної сфери, що наразі є вельми актуальним, оскільки ряд захворювань (нікотиноманія, алкоголізм) залежать від діяльності людини, які можливо попередити шляхом проведення заходів щодо навчання та виховання. Дані програми виконуються щодо питань сексуального виховання, біоетичного та санітарного навчання населення.

## **1.2. Система методів наукового пізнання та етико-культурні моделі біоетики**

С. Прівітера щодо епістемології біоетики писав: «Епістемологія біоетики – це міркування, що виникають внаслідок дослідження логічної структури біоетичного дискурсу. Досліджувати логічну структуру науки означає шукати необхідні умови для її існування; показати, наскільки дане вчення на відміну від інших, має здатність піддатися науковій структуризації і піднятися до рівня науки. Тому необхідною умовою для існування науки є специфічність її епістемічного статусу, принципи ідентичності та відмінності щодо інших наук». (С. Прівітера).

Важливо відзначити, що для біоетики, як молоді науки, необхідно зробити висновок щодо відсутності у неї епістемологічної структури.

Насамперед, доречно послатися на визначення біоетики, запропоноване Райхом у праці «Біоетика – міст у майбутнє», виданій 1995 року, де автор стверджує: «Біоетика – це систематичне вивчення моральних вимірів, тобто моральних критеріїв, рішень, поведінки, пріоритетних напрямків наук про життя і здоров'я і т.ін., із застосуванням різноманітних етичних методологій з настановою на міждисциплінарний взаємозв'язок» (Райх).

Важливо тепер побачити, в якому сенсі в біоетиці існує міждисциплінарна настанова. Прикладом її функціонування є курси вдосконалення осіб, що різноманітні у своєму навчанні і в своїх заняттях (за фахом і за власними інтересами).

Необхідно визначитися щодо епістемологічного статусу біоетики з точки зору взаємозв'язку між різними дисциплінами.

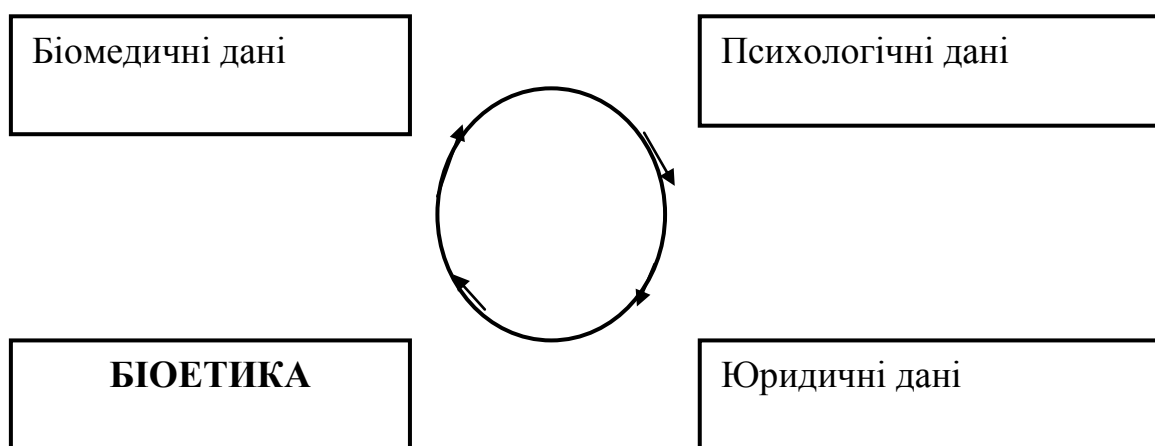


Рис. 1.2 Взаємозв'язок різних дисциплін з точки зору епістемологічного статусу біоетики (кругова модель)

Перш за все, необхідно встановити початковий момент інтеграції, який Згречча пояснює з допомогою даної кругової моделі. На прикладі для того, щоб визначити в якому значенні біоетиці характерна міждисциплінарність, можна вивчити питання запліднення в пробірці та поставити завдання по аналізу біоетичних проблем, піднятих такою технологією. Як потрібно аналізувати цей факт? Його необхідно аналізувати з допомогою кругової моделі, де має місце ряд даних, а саме: біомедичні, соціологічні, психологічні та юридичні), при цьому необхідно враховувати, що їх може бути набагато більше, але для даного прикладу візьмемо наведені.



Біомедичні дані. Спочатку необхідно визначити які саме факти у випадку запліднення в пробірці належать до біомедичних. Безплідність потрібно розглянути з етіопатогенетичної точки зору, тому що без розуміння причин безплідності буде неможливо вивчити біоетику запліднення в пробірці. Крім цього, потрібно зупинитися на технології запліднення в пробірці. Щоб зрозуміти цю технологію, маємо визначити ряд питань, а саме: питання ефективності запліднення в пробірці для дитини, що народилася; скільки всього запліднень необхідно провести, щоб отримати певну кількість новонароджених; яка питома вага абортів є наслідком використання даної технології; питання щодо біологічного статусу ембріона людини? Ці всі факти стосуються біомедичних даних.

Соціологічні дані. Загальновідомо, що у сфері запліднення в пробірці розрізняють гомологічне та гетерологічне запліднення. Гомологічне запліднення – це таке, яке реалізується за участі однієї пари, подружньої або, хоча б, постійної. Для гетерологічного запліднення, навпаки, використовуються сторонні для даної пари суб'єкти (один або декілька). При цьому, яйцеклітина, сперма чи ембріон можуть бути подарованими, а можливо ще заміне материнство або позика матки. Наводячи дані факти, що складають соціологічний аспект, важливо встановити склад сім'ї та яка була б зміна соціологічної ідентичності при використанні технології запліднення в пробірці.

Необхідно визначити які факти відносяться до психологічних даних. Для цього потрібно надати відповіді на ряд питань, а саме: що з психологічної точки зору означає для жінки безплідність? Питання щодо психологічного впливу запліднення в пробірці на майбутню матір, дитину після народження та на чоловіка. Які психологічні характеристики є в дитини, що народжена з допомогою даної технології? Ще більш тривожною є психологічна проблема у випадку гетерологічного запліднення. Які стосунки між парою в таких випадках? Яка спорідненість існує у випадку жінки – позичальниці матки, що виношує дитину протягом дев'яти місяців в утробі, а потім повинна віддати її парі, яка замовила? Які психологічні зв'язки (з огляду на психодинамічні

процеси) дитини, яка жила протягом дев'яти місяців в утробі жінки – матері, що не є її матір'ю, а чи може і є її правдивою матір'ю? Ці всі факти складають психологічні дані.

І, нарешті, розглянемо юридичний аспект. Юридичні дані, перш за все, об'єднують факти, які пов'язані з гетерологічним заплідненням у пробірці. Оскільки насправді існує один або більше суб'єктів, що задіяні у заплідненні але не відносяться до однієї пари, з точки зору юридичної сторони важливо встановити, хто кому належить. Інші спірні питання: кому належать заморожені ембріони, заморожені ембріони батьків/матерів, які померли? А як бути у випадку, коли чоловік та жінка розлучаються безпосередньо перед імплантацією ембріонів, кому вони належать і якою є їх подальша доля? І нарешті, чи дитина, народжена у результаті гетерологічного запліднення у пробірці, має право знати своє генетичне походження? Екстракорпоральне запліднення, як більшість біоетичних питань, інтерполуює в процесі важливі юридичні категорії, зокрема, встановлення сім'ї, батьківства, материнства, синівства.

Усі ці аспекти є важливими, доповнюють один одним, вони є першою частиною біоетичного міркування.

Зрештою, об'єднавши різні дані, що взаємодіяли між собою, біоетика покликана створити узагальнене моральне судження.

Тепер необхідно з'ясувати, якою є етична модель біоетики.

Е.Згречча в першій редакції своєї книги приділив увагу культурним аспектам в біоетичному вченні, намагаючись описати певні етико-культурні моделі, які було сформульовано не філософами, а громадською думкою [72].

Виділяють наступні моделі:

1. Ліберально-радикальна.
2. Прагматично-утилітаристська.
3. Соціобіологічна.
4. Персоналістична.

Перераховані моделі відрізняються одна від одної цінністю, якій надають першочергове значення. Отже:

*1. Ліберально-радикальна модель.*

Згідно цієї моделі свобода, як цінність, поставлена на першому місці. Розглянемо проблеми біоетики через цю призму пріоритетів. Якщо навести для прикладу аборт, то у цій концепції переважати буде свобода вибору жінки перервати вагітність над правом на життя ембріона, тут не враховується ні тотожність ембріона, ні його право на життя і свободу.

Отже, можна стверджувати, що не існує об'єктивного добра: етичним вважається все те, що зроблено без примусу.

*2. Прагматично-утилітаристська модель.*

Ця модель ставить на перше місце так звану суспільну користь: етичним є все те, що є корисним для колективу, суспільства, спільноти. Стосовно цієї моделі, що дуже розповсюджена в теперішню епоху постмодерного періоду медицини, в якому переважають поняття успішності і господарства галузі охорони здоров'я, запропонованого Спінзанті, економіка займає першочергове місце, для неї всі питання біоетики трактуються згідно парадигми корисності. Згідно цих умов не важливо чи пацієнта виліковано, головне якнайшвидше виписати його з клініки, з метою заощадження коштів, виділених системою охорони здоров'я на лікування, яка за таких умов є недієздатною. Прагматично-утилітарна концепція у своїх крайніх формах допускає вважати дозволеною так звану "соціальну евтаназію" – ліквідації суб'єктів, що не визнаються корисними і тому є непродуктивними для суспільства. Крім того, виправдовується так звана "неонатальна евтаназія" (знищення дітей, які народжені з важкими патологіями і вважаються непродуктивними). Слід відмітити, що це громадська думка, схвалена певними суспільними течіями, а не філософський підхід.

*3. Соціо-біологічна модель.*

Характерним для цієї моделі є зміщення етичних цінностей. Не буває етики, поєднаної з поняттям людської особи; а це твердження є цінністю, що

знаходиться поза простором та часом. Етика вивчається звужено, як *ethos* – звичаї, і як наслідок є схильною до змін.

Існує два варіанти даної моделі:

- а) соціо-історичний;
- б) соціо-біологічний.

*Соціо-історичний варіант.*

Ця течія, виходячи з припущення про мінливість етики, дотримується думки, що етика зазнає змін у просторі та часі; тому етика наших предків є непридатною для нас, і, наприклад, етика країн заходу різниться від етики східних країн. Отже, етичним вважається все те, що у зазначеному історичному та соціальному контексті вважається таким. Наприклад, якщо в результаті дослідження було би встановлено, що 80% чоловіків зраджують жінок, то оскільки 80% становить більшість, ми повинні б зробити висновок, що перелюбство є етично дозволеним.

*Соціо-біологічний варіант.*

Бере початок у сфері біомедичної ментальності. Згідно цієї моделі етичним вважається все те, що можливе технічно. Наприклад, якщо наука в наш час дозволяє здійснити запліднення в пробірці, то це є етично правильним. Маємо можливість клонувати людську істоту? Це являється етичним, тому що наука нам це дозволяє. У такому світогляді зрозуміло, що етика повністю відірвана від людської природи і безпосередньо залежить від можливостей науки та техніки.

*4. Персоналістична модель.*

Цей вид моделі вважає найбільшою цінністю людину, яку розуміє в єдиному баченні, як єдність тілесну, психічну і духовну. Людська особа, згідно Згречча, є втіленим духом чи одухотвореною плоттю. Людина є відкритою до трансцендентності.

Онтологічно обґрунтований персоналізм вважає самою важливою та фундаментальною цінністю людину, так як вона є цілісністю (унітотальністю) тіла і духа, відкритою до трансцендентності. Це означає, що необхідно

дивитися на етику через призму особистості і її фундаментальної цінності. У цьому визначенні Е.Згречча проявив гарну індукцію: надаючи особистості первинного значення, він прагнув виділити основні напрямки етики або, точніше, її директиви і засади, які немовби стали провідними вказівками для лікарської діяльності, тобто для виконання професійного обов'язку в сфері біомедицини.

Автор висвітлив чотири принципи:

1. Принцип охорони фізичного життя.
2. Принцип цілісності чи терапевтичний принцип.
3. Принцип свободи – відповідальності.
4. Принцип соціальності – субсидіарності (взаємодопомоги).

*1. Принцип охорони фізичного життя.*

Фізичне (тілесне) життя є головною цінністю, воно являється основою для всіх інших цінностей людини. Зрозуміло, що коли в особи забрати тілесне життя, то в неї тим самим відбирається і можливість виразити всі інші цінності, які їй притаманні.

Отже, для того, щоб особа могла реалізувати себе, необхідною умовою є її життя. Персоналістична біоетика відкидає всі засоби чи технологічні можливості, які можуть становити загрозу життю людини, і тому вона проти абортів, евтаназії або будь-якої форми загрози.

*2. Принцип цілісності (цілості) чи терапевтичний принцип.*

Ця засада має своїм завданням зберегти і охороняти ще одну важливу цінність особи – фізичну цілісність.

Е.Згречча стверджує, що можна вплинути на фізичну цілісність тільки з метою збереження цілісності організму. Наприклад, у випадку порушення хірургом цілісності особи, видаляючи орган, який пошкоджений раком, він зберігає таким чином життя і цілісність організму в цілому. Принцип цілісності має таку назву, тому що:

- частиною організму жертвують задля збереження цілого організму;

- термін “цілісність” нам нагадує інтегральне поняття особи, яку ми розуміємо як поєднання (унітотальність) тіла і духа.

Принцип цілісності є основою роботи медичного персоналу під час виконанні професійних обов’язків: надавати медичну допомогу хворому. Послуги у сфері медицини необхідно розуміти у цілісній перспективі, тобто слід лікувати не тільки хворий орган чи тіло, але й хвору особу завдяки інтегральній терапії.

Аналізуючи глибше цю засаду, слід наголосити, що під час кожної терапії потрібно ретельно оцінювати взаємний зв’язок ризику та користі.

Лікар, який застосовує ліки, певною мірою шкодить цілісності хворого, тож він повинен оцінити протипоказання, добре усвідомити ризик наслідків, які з цим пов’язані і зіставити це із користю, яку сама терапія має намір принести.

З цього витікає, що медичне втручання, що впливає на фізичну цілісність, являється легітимним (законним) коли:

- частка йде на жертву задля добра цілого;
- є відповідна оцінка запропонованого ризику та користі;
- лікування охоплює цілісну особу.

### *3. Принцип свободи – відповідальності.*

Цей принцип відноситься до охорони цінності свободи. Е.Згречча спеціально не називає його лише принципом свободи, тому що насправді є основна відмінність між тим, як розуміють свободу у концепції ліберально-радикальної моделі та в персоналістичній перспективі.

Поняття свободи у персоналістичній перспективі суттєво відрізняється від того, яке пропонують ліберально-радикальні, – це не сліпа свобода, а така, що ґрунтується на розсудливості міркуванні (розумі).

У буденному житті люди повсякчас стикаються із проблемою вибору, що висуває перед ними певні вимоги, які необхідно приймати, так як необхідно виконати проект (досягнути мети), чи, іншими словами, ці обмеження дадуть більшу свободу для самореалізації (наприклад, подружжя, освячення тощо).

Проектуальна свобода є, без сумніву, тією метою, якої повинна хотіти людина, та, навпаки, проста свобода від обмежень та примусів являється утопією, так як складно уявити, що людина спроможна жити у повній свободі від усього та усіх, і тим паче неможливо бути вільним від обмежень істини, яку здобув наш розум. Свобода не можлива без відповідальності, такої свободи не існує.

Принципи, які визначив Е.Згречча, розміщені у послідовній ієрархії; це означає, що одні мають пріоритет стосовно інших. Наприклад, свобода дії медичних працівників зазвичай пов'язана з тягарем відповідальності за життя та здоров'я хворого. Свобода пацієнта не є важливішою за його життя та здоров'я. Хворий не може очікувати на дії від лікаря, спрямовані на шкоду життю та здоров'ю, навіть, якщо він вимагатиме цього без примусу (добровільно) і якщо це є проявом його свободи. Лікар зі свого боку не повинен йти на поступки вимогам хворого у цьому напрямку власне з тієї причини, що свобода є цінністю не такою важливою, як життя і здоров'я, що мають стосовно неї переваги.

Власне з тих принципів випливає, що персоналістична біоетика значно різниться від інших моделей біоетики, зокрема у проблемах абортів та евтаназії.

#### *4. Принцип соціальності – субсидіарності.*

Здоров'я, без сумніву, є не тільки персональним благом, а також і соціальним, а це означає, що особа мусить дбати про стан свого здоров'я; як про своє особисте добро, так і про добро усього суспільства, і, навпаки, суспільство має гарантувати здоров'я як однієї особи, так і усіх громадян.

Поряд із принципом/вартістю соціальності Е.Згречча ставить субсидіарність, яка означає, що допомога в більшому обсязі необхідна там, де більш вираженою є потреба. Наприклад, страхова медицина: збирають гроші (внески) з усіх, а витрачають тільки на потреби окремих категорій пацієнтів.

Цю засаду субсидіарності дуже важко реалізувати на сучасному історичному етапі: узгодити викладене на словах із етикою організації, тобто застосувати на практиці.

Подаємо приклад слідування принципу субсидіарності: щоб відкрити державну медичну установу, необхідно заздалегідь спланувати, які відділення необхідно відкривати, а які – ні. Наприклад, питання про відкриття відділення реанімації є спірним з точки зору фінансової вигоди – вимагає великих затрат коштів, а рентабельність його є низькою. Якщо не дотримуватися засади субсидіарності, то напевно слід надати перевагу іншим відділенням, які будуть більш корисними у фінансовому плані і легше функціонуватимуть. І коли, навпаки, застосуємо принцип субсидіарності, то плануючи медичну установу, будемо намагатися відкрити відділення реанімації, так як необхідність у ньому є більш нагальною, ніж в інших відділеннях.

Слід зауважити, послідовна схема персоналізму Е.Згречча показує зв'язок та очевидну користь таких принципів у сфері охорони здоров'я.



## РОЗДІЛ 2

# ПРАВОВІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ БІОЕТИКИ

### 2.1. Стан і перспективи розвитку біоетики в Україні

Слід відмітити, що як дослідницька галузь біоетика дуже інтенсивно розвивається сьогодні у світі і в Україні, зокрема. У цій галузі співпрацюють медики, біологи, юристи, філософи та богослови з різних країн. В Україні останнім часом дуже зростає кількість опублікованих статей і монографій з біоетики. Серед вітчизняних науковців, які досліджували проблеми біоетики найбільш відомі: Ю. Кундієв [2], В. Кулініченко [34], С. Вековшиніна [9], В. Гоч [14], Н. Кисельов [31], О. Насінник [42], Л. Пиріг [42], В. Чешко [59], П. Вітте [45], М. Чашин [45], Б. Зіменковський [58], Я. Базилевич [38], В. Борейко [5] та інші. Проведено ряд науково-практичних конференцій, диспутів з питань біоетики регіонального, національного та міжнародного значення. Це засвідчує увагу суспільства до проблем біоетики, що спричинено важливістю цих проблем у сфері сучасного державного управління.

При Кабінеті Міністрів України у 2001 р. створено Комісію з питань біоетики, яку очолює віце-президент АМН України академік Ю.І.Кундієв. Діяльність Комісії визначає такі головні завдання: створення рекомендацій щодо проведення біоетичної експертизи в Україні; підготовка пропозицій щодо законодавчого регулювання в сфері біоетики; участь України в міжнародному співробітництві з питань біоетики; сповіщення населення щодо досягнень та проблем у сфері біоетики тощо.

У державі створено Комітет з біоетики при Президії АМН України (наказ МОЗ та АМН України від 1.12.2000 № 313/59). Міністерство охорони здоров'я України вже утворило належні Комісії з питань етики при державному фармацевтичному центрі МОЗ України та при всіх навчальних, наукових

установах та закладах охорони здоров'я, в яких відбуваються клініко-експериментальні дослідження.

На виконання доручення МОЗ України авторським колективом з провідних фахівців медичних університетів та академій створено і вже затверджено Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України навчальний план і програму елективного курсу “Біоетика”, який з 2002 викладається студентам V курсів медичних факультетів.

З метою зміцнення життя і здоров'я людини від запліднення до природної смерті, поваги до гідності людини та її розвитку як особистості в своїй духовній, душевній і тілесній єдності; задоволення та захисту законних соціальних, творчих та інших спільних прав та інтересів через: популяризацію культури життя та гідності особи; розвиток науково-соціологічних досліджень у сфері біоетики; запровадження в практичну медицину принципів біоетики; запровадження викладання біоетики в навчальних закладах України, особливо медичного профілю; залучення органів державної влади, системи охорони здоров'я та медичної освіти до проблем біоетики; запровадження відповідної правової бази; критичного узгодження між правничими і моральними нормами – було створено на базі Львівської філії Української Академії державного управління при Президентові України та Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Інститут біоетики імені Ярослава Базилевича, який є філією інституту біоетики при університеті ім. А.Джемеллі факультету хірургії і медицини, що в Римі.

У зарубіжних країнах є різні види комітетів біоетики, що мають різні цілі. Першим і спільним для всіх завданням є виховна діяльність з метою гуманізувати медицину, піклуватися про права пацієнтів, акцентувати на нових проблемах медичної етики. Ця мета пропагує виховну діяльність у кожній лікарні. Таке завдання може бути реалізоване через стимулювання дебатів, конференцій і курсів на етичні теми. Усі ці ініціативи покликані підвищити рівень етичної свідомості.

Другим завданням лікарняних біоетичних комітетів є аналіз протоколу дослідження та клінічного експерименту. Також можуть бути створені також комітети, що мають специфічні спрямування та мету. Це необхідно і невідкладно для багатьох проблем, які супроводжують клінічні дослідження, і тому цей вид діяльності вимагає багато комплексних знань, оскільки технології день за днем відкривають нові можливості. Сам процес експериментування є важливим і необхідним, але він повинен бути спрямованим на допомогу як окремій людині, так і цілому суспільству.

Третє завдання комітетів біоетики є консультативне. У певних випадках лікар згідно закону чи обов'язку може вимагати комітет біоетики створити відгук (консультацію) стосовно спірного питання. Комітет має забезпечити створення відповідного рішення; але ні в якому разі не може впливати на того, хто є відповідальним.

Робота комітету біоетики спрямовується на вирішення усіх трьох завдань або ж переслідувати одне із них.

Ідеальними характеристиками комітетів біоетики є: компетентність, незалежність, неупередженість, також вони повинні мати консультативний характер. Враховуючи це дуже важливо, щоб до складу комісії входили медичні працівники, юристи, філософи і експерти етики, вчителі, журналісти, коментатори публічної думки. У випадку необхідності вирішення спеціального завдання, було б добре скликати відповідних експертів. Доцільно створювати аналогічні Комітети біоетики і в Україні.

Згідно наказу МОЗ від 01.11.2000 р. за № 281 “Про затвердження Інструкції лікарських засобів і експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісію з питань етики” в Україні розпочато формування етичних комітетів на базі закладів охорони здоров'я. Інструкція складається з головних вимоги до здійснення клінічних випробувань лікарських засобів, які можуть застосовуватися на хворих (добровольцях) згідно до повної або скороченої програми, а також закликає до створення спеціальних комісій з питань біоетики для здійснення експертизи клінічних досліджень. Функції

комісій тотожні з основними завданнями комітетів з етики, відповідними до міжнародних норм.

Принципово важливою є головна зміна, що характеризує нову концепцію та стратегію трансформації медицини і охорони здоров'я, – це зміна державної системи охорони здоров'я на суспільно-державну.

Демократичні зміни, що існують в країнах пострадянського простору, перш за все в Україні, створили унікальну можливість для аналізу й оцінки позитивних сторін західної біоетики, їх творчого розвитку й використання на практиці.

На сьогодні медицина, яка впродовж віків була благородною професією, що проповідує високі гуманістичні ідеали, стає все більш досконалою в технічному плані і це ставить під загрозу її моральність. Зараз із допомогою новітніх медичних та біологічних технологій можна вирішувати неймовірні задачі. Наростаюча технізація, комп'ютеризація медицини загострює уже існуючі етико-деонтологічні проблеми і одночасно породжує нові. А розвиток генної інженерії взагалі становить загрозу суверенності людини як біологічного виду.

Сьогодні вже, мабуть, не існує медика, який би протягом своєї практичної діяльності не мав справ з етичними питаннями, з невідповідністю між бажанням хворого та власним сумлінням, з проблемою вибору. І часто медичні працівники та науковці або не мають уявлення, як чинити в тій чи іншій ситуації, або застосовують меркантильність.

Біоетика як навчальна дисципліна лише починає розвиватись в Україні. У вищих навчальних закладах вона є, переважно, у вигляді елективного курсу.

У процесі викладання курсу біоетики та виховання поваги до людини як особистості, в Україні найактуальнішими видаються заходи й засоби подолання стереотипів у ставленні як до суспільства, так і до медицини в цілому, до проблем алкоголізму, наркоманії, ВІЛ-інфікованих тощо. Також актуальними є аспекти застосування нових досягнень науки в сфері біомедицини. Перш за все, говориться про експериментування над людиною, що є безпосереднім

втручанням в організм, та може бути загрозою життю та здоров'ю людини. Велика увага приділяється також проблемі трансплантації органів, так як мається на увазі виживання однієї особи ціною здоров'я іншої, як досягнення більшого добра ціною меншого, що є етично виправданим через принцип солідарності. Демографічна ситуація в Україні привертає значну увагу студентів до питань цінності та гідності життя людини, оцінка якого, з точки зору біоетики, однозначна: воно повинно користуватися повагою і захистом від запліднення до природної смерті.

## **2.2. Вплив біоетики на ефективність діяльності органів управління охороною здоров'я**

Законодавство України не розглядає на даний час такої категорії як біоетика. Але є ряд нормативних актів, що регулюють питання в галузі біоетики. Серед них виділяють: «Основи законодавства України про охорону здоров'я 1992 року, Закони України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” 1999 р., “Про наукову і науково-технічну експертизу” 1995р., “Про донорство крові та її компонентів” 1995 р., Наказ МОЗ від 01.12.2000 р. № 313/59 “Про подальший розвиток медичної генетики та біоетики в Україні”, “Про тваринний світ” 1993 р., “Про психіатричну допомогу”, 2000 р. та багато інших».

Україна являється членом таких міжнародних організацій в галузі захисту біоетичних і медичних засад: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОСЗ), Всесвітня медична асоціація (ВМА), Всесвітня психіатрична асоціація (ВПА), Організація Об'єднаних Націй (ООН) та Рада Європи (РЄ).

Аналізуючи міжнародні стандарти і норми, ми в нашому законодавстві впроваджуємо умови для подальшої їх імплементації, щоб приєднатися належним чином до міжнародних договорів.

За допомогою законодавства України ми реалізуємо право людини на достойне життя, на повагу до особистості, охорону здоров'я, допомогу у разі

хвороби, каліцтві, психічному захворюванні. За останні п'ятдесят років у світі з'явилося багато міжнародних організацій, якими розроблені документи стосовно закріплення і захисту цих прав людини.

Метою сучасної юриспруденції є не лише розробка законодавства в цій галузі правовідносин, але й реалізація та створення певних механізмів контролю за ефективністю його роботи та надійного захисту цих прав.

Однією з основних міжнародних організацій є Всесвітня медична асоціація. Метою цієї організації було і є побудова можливостей для відкритого обговорення не тільки питань у сфері медицини, а й проблем медичної етики, соціально-медичних питань, медичної освіти, прав і принципів роботи медичних працівників.

Найяскравішим документом, прийнятим цією Організацією є Женевська декларація (1948 року). Цей документ є фактично присягою лікаря. Він містить всі етичні аспекти роботи медика: це і присвята свого життя служінню людині, і турбота про здоров'я пацієнта, і повага до вчителів, і обов'язок нерасового підходу при наданні медичної допомоги пацієнту, і сприйняття життя людини як найвищої цінності. В 1949 році був прийнятий Міжнародний кодекс медичної етики. Цей документ визначає основні обов'язки лікаря, види діяльності, які визнаються неетичними, обов'язки лікаря по відношенню до хворих.

Встановлені правила на час збройного конфлікту, прийняті рекомендації лікарів, які проводять біомедичні дослідження на людині, Декларація про евтаназію, Декларація про трансплантацію людських органів, Положення про трансплантацію ембріонів, Декларація по Проекту геному людини, Положення про медичну етику в умовах стихійного лиха.

Організацією Об'єднаних Націй були прийняті принципи медичної етики (1989) про захист осіб із психічними захворюваннями і покращення психічної допомоги.

У 1970 році ВМА було прийнято Декларацію щодо медичного абортів, яка оцінює етичність цього питання в різних аспектах. У 1963 році були прийняті

Дванадцять принципів Всесвітньої організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я.

Україною було підписано Європейську конвенцією Про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини. Головною метою Конвенції є захист гідності і недоторканості людської істоти та гарантія дотримання її прав в разі будь-яких досліджень. Окремий розділ Конвенції присвячено питанням захисту прав людини з огляду на пересадку тканин чи органів, а також правам донорів органів для трансплантації.

Як за радянських часів, так і в часи незалежності, Україна намагалась дотримуватись цих принципів, але не завжди вдало чи не в повному обсязі. Так, фактично, не вирішено питання адекватної оплати праці лікаря. Низька заробітна плата лікарів – це одна з причин, що породжує корупцію.

Вирішення цієї проблеми – це затвердження Закону України про соціальну медицину та запровадження страхової медицини.

Рада Європи опублікувала працю “Поділ пошуком і вищим навчанням”. Очевидно, є цілком логічним втілення різноманітних аспектів медицини у юридичній сфері утвердження прав людини: найважливіші міжнародні праці щодо прав людини охоплюють майже всі розділи медицини та головні моменти медичного обслуговування саме тому, що це – найвразливіша сторона людського життя [41-48].

Перші та найголовніші положення висвітлили основні права людини через призму головних напрямків медичної діяльності: право на життя, право на збереження фізичної цілісності, заборона приниження та знуцання над людиною, право на медичне обслуговування (право на здоров'я), утвердження права дорослих чоловіків та жінок створювати свою родину.

Ці основні права людини, разом із правами економічного, соціального та юридичного характеру, описані в “Загальній Декларації Прав людини”, а також у “Римському Договорі”, що є правовою основою організації Ради Європи, а також, так би мовити, візитною карткою та душею європейської культури. Одночасно, цей договір є фундаментом для створення Європейського Суду з

прав людини та Європейської комісії з прав людини, власне і покликаних бути гарантом цих прав.

Для сектору організації і управління охороною здоров'я вистачає нагадати конституцію Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), створену ще в 1946 році, а офіційно зареєстровану 7 квітня 1948 року, статут якої “Спеціалізована Агенція Об'єднаних Націй”, був апробований 20 грудня 1951 року.

У передумові вищезгаданого статуту знаходимо славнозвісне визначення здоров'я як: “повний фізичний добробут, психологічний та ментальний, радше ніж брак хвороби” – це вислів є актуальним і сьогодні, хоча неодноразово його намагалися поглибити. Ці документи високого Міжнародного Класу у свій час давали поштовх для створення, поглиблення та розгалуження напрямків і вказівок відповідного характеру, провідних для медичної практики.

Різні міжнародні організації, на основі яких були створені вищезгадані постанови, такі як ВООЗ або МОП (Міжнародна Організація Праці), а також Рада Європи, пізніше ЄС, у свій час виголосили Поради, які хоча і не є зобов'язуючими, але висвітлюють аспекти культури та етики для юридичних практик держав-членів. Більшість Порад Ради Європи та ЄС торкаються теми клінічних експериментів, генетичної маніпуляції, пересадки органів, переливання крові, догляду за вмираючими тощо.

Створення у Гельсінкі 1964 року Всесвітньої медичної Асамблеї, та положення стосовно досліджень над людиною, з наступними поправками в Токіо 1975 року та Венеції 1983 року, Принципи Медичної Етики Європи 1987 року, розроблені федерацією Медичних Орденів Європейської Комісії, є прикладами утвердження прав людини в деонтологічній медицині.

Цим організаціям, покликаним захищати права людини, у всі часи кидали виклик тоталітарні та кримінальні режими, які виникали у світі та Європі зокрема.

Не враховуючи прав людини у сфері політики та економіки, розглянемо значну кризу, яка на сьогоднішній день існує в сфері прав людини з медичної



точки зору, де вони є найвагомішими, тому що стосуються життя та здоров'я людини, догляду за вмираючими, хворими та бездомними, а також коштів на охорону здоров'я. Особливо загрозливою стає ситуація, коли дискримінується та нехтується людським суспільством найголовніше право – право на життя, що особливо актуально на сучасному етапі.

Право на життя затверджене в усіх головних документах, перелічених вище: Всесвітня Декларація прав людини (10.12.1948 р.) у пункті 3 стверджує «Кожний індивід має право на життя, свободу, та на охорону власної особи». «Конвенція охорони прав людини та фундаментальних свобод (Римський Договір 1956 р.) в пункті 2 стверджує «Право кожної особи на життя визнане законом. Смерть не може бути навмисно заподіяна комусь як кара, окрім виконання смертного вироку, виголошеного судовим трибуналом у випадку, коли злочин карається законом».

Ці погляди трактуються урядами різних країн як поради для охорони життя та здоров'я, не зважаючи на те, що не визначено, з якого саме етапу розвитку людини. У США, наприклад, додали деякі положення, що стосуються переривання вагітності. Однак, з юридичної точки зору залишається упущеною охорона ембріона та зародка, оскільки неузгоджені наукові дані, стосовно відмінності між етапом переднародження та післянародження. Необхідно визнати початком людського існування момент запліднення та застосувати концепцію особистості стосовно ембріона..

На новітньому етапі розвитку науки з'являються нові можливості, які стосуються штучного запліднення поза організмом, адже вони надають можливість для використання людських ембріонів, техніки пересадки дитячих мозкових тканин дорослим людям для медичного лікування центральної нервової системи.

Документ ООН № 1046 включає переконання, яке сформулювало подальші дискусії у Брюсселі та Страсбурзі: «Бажано, щоб людська гідність вважалася притаманною людським ембріону та зародку на усіх стадіях розвитку». Осудження дискримінації прав людини має місце у багатьох

важливих міждержавних документах, щоб знищити нерівноправність, яка базується на: розходженнях культури, кольору шкіри, віку тощо; вадах організму на різних стадіях розвитку (ембріон, зародок, новонароджений) або за станом здоров'я (новонароджений здоровий, новонароджений хворий); дискримінації, не сумісної з людською гідністю та рівністю. Якщо ми можемо розрізняти різні типи набутих прав (приватна власність, освіта, політичний голос і т. ін.), то в плані прав фундаментальних, а особливо права на життя кожної людської істоти, вже з моменту запліднення аж до самої смерті не може бути жодних рівнів чи ступенів.

Погляд на медицину через призму біоетики привертає увагу на важливі цінності служіння життю, бо це є "...втіленням глибокого людського, а також християнського покликання, що полягає не лише суто в технічній діяльності, а в сповненні посвяти і любові до ближнього" [3]. Діяльність медицини спрямована на службу здоров'я, що є основою та напрямом гуманізації медицини.

Коли говориться про рішення та дії, за допомогою яких відбувається служіння життю, біоетика дає пропозицію включити етичні норми в медицину стосовно важливих етапів життя людини: запліднення, народження, життя, смерті.

Новітні дослідження та відкриття в сфері генетики людини, несуть революційний характер. Можливість картування генома чи патології генома людини відкривають перед сьогодишньою медициною не тільки великі перспективи розвитку, а також делікатні етичні проблеми. З моральної точки зору дозволяється генетична терапія, за допомогою якої лікуються генні захворювання. Проте розробки, в яких виконуються деформуючі маніпуляції генів, суперечать гідності людини, бо основна ціль медицини – допомогти людині звільнитися від хвороби.

Біоетика дає дозвіл на проведення дослідів на здоровій людині для поступу медицини в різних галузях, дотримуючись при цьому етичних норм. Сучасна медицина продовжує проводити трансплантації важливих органів та

крові з метою збереження життя людини. Донорами вважаються тіла померлих та особи, які здатні віддати органи для трансплантації не шкодячи власному здоров'ю та життю. Донорство трактується як акт пожертви зі сторони донора. Біоетика зазначає, що не можна пересаджувати мозок і статеві залози, бо завдяки цим органам тіло набуває неповторності та ідентичності.

Законодавство України щодо охорони здоров'я ґрунтується на Конституції України, підзаконних актах, які регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. У державі мають пріоритет над чинним законодавством міжнародні договори, в яких бере участь Україна.

В Україні переривання вагітності дозволене законом, що є морально неможливим. Аборт може проводитися у випадку врятування життя жінки, збереження її фізичного та психічного здоров'я, переривання вагітності внаслідок зґвалтування або інцесту, з причини дефективності плоду та за власним бажанням жінки [24]. Проведення операцій штучного переривання вагітності здійснюється в акредитованих закладах охорони здоров'я за умови, що вагітність не більше 12 тижнів (ст. 50). Штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів може проводитися за наявності у вагітної жінки інфекційних захворювань.

Кримінальним Кодексом України передбачено покарання тільки за незаконне проведення лікарем переривання вагітності, здійснення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти. Примусовий аборт тягне за собою кримінальну відповідальність.

Згідно закону можливе штучне запліднення та імплантація ембріона при наявності письмової згоди чоловіка та жінки та при нерозголошенні донора та лікарської таємниці (ст. 48) і тому, з точки зору права та світської моралі, це не засуджується, однак це є етично недопустимим.

При згоді пацієнта згідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань йому може бути проведено зміну статевої приналежності шляхом медичного втручання (ст. 51).

«Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині” від 16 липня 1999 року дає дозвіл на пересадку органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини або у тварини. Цей закон не розповсюджується на ауто трансплантацію, імплантацію та трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів».

Україна підписала Конвенцію про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, згідно якої інтереси та благополуччя окремої людини переважають над інтересами суспільства або науки. Втручання з метою модифікації геному людини може здійснюватися виключно у профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях за умови, що воно не спрямоване на зміну геному нащадків (ст. 13). Дослідження на ембріонах *in vitro* повинні передбачати відповідний захист ембріона (ст. 18).

Особливе місце в числі проблем, що торкаються розуміння природи життя і меж людських можливостей в його коригуванні, посідає проблема клонування людини та евтаназія. Зараз для України дискусії цих проблем має скоріше теоретичне значення, оскільки згаданим Законом питання клонування не передбачене, а евтаназія заборонена. Але є загроза законодавчого дозволу евтаназії, і тому саме ця проблема вже зараз вимагає обговорення за участю фахівців, громадськості, представників Церкви, які залишаючись на принципі заповіді Божої "не вбивай", не визнають морально допустимими спроби узаконити евтаназію. Церква та віруючі лікарі протипоставляють евтаназії милосердя та належний догляд за невиліковно хворими пацієнтами. Свідченням такої позиції є створення хоспісів – спеціальних закладів, метою яких є надання лікування та догляду за смертельно хворими. Ці люди найбільше потребують духовної і моральної підтримки, розділення з ними їх важких останніх хвилин життя.

Можна стверджувати, що органи державного управління України поступово та досить енергійно й результативно працюють над втіленням принципів біоетики в контексті законотворчості, сприяючи утвердженню цих принципів не лише у нормативних актах, а й їх фактичній реалізації.

### **2.3. Соціально-медичний та біоетичний аспекти проблем профілактики алкоголізму, наркоманії та СНІДу**

Алкоголізм являє собою складну біоетичну проблему. У медицині, а головне в наркології, немає чіткого визначення термінології алкоголізму [36]. Існують різні визначення терміну алкоголізму : “хронічний алкоголізм”, “алкоголізм”, “пияцтво”, “хронічна алкогольна інтоксикація” [36,1]. Вперше термін “алкоголізм” був вжитий Магнусом Гуссом “як порушення у фізичній та розумовій діяльності людського організму, спричинене дією етилового спирту” [16, 48]. У стислому значенні алкоголізм – це отруєння етиловим спиртом.

У медицині термін “пияцтво” та “алкоголізм” часто використовують як синоніми. Термін “пияцтво” розуміється як періодичне зловживання алкоголем, це – соціальне явище, а алкоголізмом вважається хронічне захворювання, основним проявом якого є потяг до алкоголю, який потребує лікування, тобто – це діагноз [36, 2]. Найбільш чітким є визначення, що: "Алкоголізм – це хронічне захворювання, яке характеризується патологічною схильністю людини до алкоголю [36, 5]. Алкоголь належить до отрути наркотичної дії, властивості якої проявляються в тому, що на початкових стадіях сп'яніння людина збуджена, у неї піднімається настрій, що несе в собі загрозу звикання або прив'язаності до спиртних напоїв.

Безсумнівно, актуальною сьогодні в українському суспільстві є проблема алкогольної залежності, подолання якої нерозривно пов'язане з детальним дослідженням цієї психофізичної патології. Алкоголізм не має у собі локального характеру, а становить різні фактори деструктивних процесів індивідуального та суспільного характеру.

Саме фактор залежності – це явище, що нівелює в особі її природні атрибути: затьмарює розум, послаблює волю. Поряд з соматичними наслідками, алкоголь викликає негативні психічні наслідки, як в окремого індивіда, так і породжує процес співзалежнення оточуючих осіб, зокрема в подружньому

житті. Алкоголізм формує верству суспільства, яке характеризується беспорядністю перед гріхами та злом, відходячи від реального життя.

За останні роки підвищилось зацікавлення проблемою алкоголізму, пов'язане з трагічним станом такого хворого у сім'ї та сучасному суспільстві.

Досліджуючи проблему алкоголізму, можна зауважити, що людство до сьогоденішнього часу трактує її як вияв слабкої волі людини. Однак у сучасній медицині, зокрема в наркології, яка досліджує цю проблему, алкоголізм трактується як хвороба, яка потребує довготривалої реабілітації та складного лікування. Для вивчення та вирішення даної проблематики є необхідність знань з біоетики, допомоги психологів, консультантів, духівників, капеланів, працівників медичної та соціальних служб. Саме їх допомога і співпраця може посприяти реабілітації та профілактиці алкоголізму.

Вивчивши роботи дослідників в галузі алкоголізму, можна зробити висновки, що алкоголізм – це хвороба, яка має різноманітні причини виникнення, включаючи соціальні, біологічні та психологічні фактори. Найбільш вагомим є біологічний фактор. Як і більшість захворювань, алкоголізм має характер спадкового захворювання. Понад 30 % дітей, батьки яких зловживали алкоголем, стають алкоголіками, але слід не забувати, що алкоголізм також є і фактором набутих.

Аналізуючи формування uzалежнення від алкоголю, можна ствердити, що він нищить організм людини. Це хвороба, яка характеризується патологічними фізичними і психічними змінами в організмі та формуванням залежності.

Uzалежнення від алкоголю має також і суспільні наслідки. Така особа втрачає сімейні стосунки, занедбує їх, сконцентровує свою увагу на предметі uzалежнення. Поряд з цим відбувається співузалежнення, бо хворіє не тільки сам індивід але і його сім'я та особи, що з нею пов'язані. Це співузалежнення має наступні прояви: концентрація на особі хворого, який стає центром конфлікту; укриття uzалежнення перед суспільством; стан стресу через терпіння, брак почуття безпеки; занедбання власних потреб; хаос в сімейному житті; суспільна ізоляція; духовна спустошеність.

Зловживання алкоголем це одна з головних причин різноманітних злочинів. Відомо, що 50% всіх злочинів пов'язані з вживанням алкоголю.

Алкоголізм батьків позначається на дітях. Дослідження нервовохворих дітей показали, що часто причиною їх захворювання є алкоголізм батьків. Боротьба з алкоголізмом – найбільша духовна, соціальна і медична проблема не тільки українського суспільства, але й інших держав. Шкідливість алкоголю доведено у всіх вимірах: медичному, психологічному та духовному. Навіть незначні дози алкоголю можуть стати причиною: автокатастроф, травматизації, втрати працевлаштування та проблем в сім'ї.

Нині в Україні діють «12 нормативно-правових актів, які регламентують порядок боротьби з алкоголізмом, передбачають кримінальну та адміністративну відповідальність, про які мова йтиме пізніше». Але ці правові документи не можуть чинити опір 230 нормативно-правовим актам, що регулюють питання виробництва, експорту, імпорту етилового спирту, ліцензування підприємницької діяльності. Отже на сьогоднішній день найголовнішими є питання ринкової економіки, а не особистісні питання.

В юридичній літературі феномен алкоголізму дало підставу розглядати цю проблему через призму вивчення механізму злочинної поведінки.

У кримінально-правових нормах сп'яніння не поділяється на види, проте воно не містить і обмежень щодо свого характеру. Відповідно до чинного законодавства України, особа, яка вчинила злочин у стані сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності. Більше того, такий стан при вчиненні злочину є обтяжувальною обставиною.

Кількість злочинів в Україні, вчинених молодими людьми за останні 10 років, у 4 рази перевищує збільшення частки молоді серед всього населення. Молоддю віком від 14 до 29 років в стані алкогольного сп'яніння скоюється більше половини злочинів (56,4 %) від загальної кількості злочинів у країні. Як свідчить статистика, більша половина хуліганських дій вчинено на ґрунті пияцтва. Чим серйозніша група злочинців, тим вищий серед них процент осіб, які зловживають алкоголем.

Інколи бувають випадки, коли особи, які доводять підлітків до стану сп'яніння, вчинення злочинів та інших правопорушень в нетверезому стані, не притягуються до відповідальності так як їх не можуть виявити.

Тверезі алкоголіки інколи говорять, що покарання за злочин прирівнюється до того, що людина падає на дно. про яке тверезі алкоголіки Та згадують про це із вдячністю, тому що після падіння багато хто почав виздоровлювати.

Світова статистика показує, що алкоголіки з “дна” – це крихітний відсоток усіх uzалежнених, серед яких – одна третя (можливо, більше!) – це жінки, а більше, ніж половина – люди, які працюють на відповідальних посадах. Демографічно представлені майже всі групи населення: професійні, соціальні, вікові.

Реабілітація алкоголізму це складна концепція, яка включає в себе багатоетапну і динамічну систему взаємопов'язаних компонентів, єдність поставленої цілі, принципів, методів і процесів, скерованих на профілактику алкоголізму [22]. Такими принципами профілактики алкоголізму в медицині, зокрема в наркології, є принципи: партнерства, різносторонності, принцип єдності біологічних і психосоціальних методів впливу [22]. Але найбільш важливим фактором у концепції реабілітації алкоголізму є профілактика. Реабілітація хворих алкоголізмом включає систему заходів медичного, психологічного, духовного і соціального характеру, спрямованих на профілактику алкоголізму [22]. Тому всі види медичного, психологічного духовного і соціального впливу на хворого, повинні мати профілактичний характер. Найбільша роль у реабілітації алкоголізму полягає у духовній та соціальній реабілітації. Пияцтво соціальної ізоляції хворого, духовної нестабільності, порушує міжособові стосунки в сім'ї, відбувається процес деградації сім'ї.

Вагомий внесок у метод духовної та соціальної реабілітації алкоголізму сім'ї здійснили США та Франція. У цих країнах було створено особливі інституції, спрямовані на реабілітацію алкоголізму. Найбільш повна і



послідовна перевага антиалкогольної профілактики та реабілітації алкоголізму розкривається в Діяльності спільнот АА (анонімних алкоголіків), особливо груп Ал-анон та Ал-атін, в яких соціотерапевтичний клімат підвищує на 50-60% результат лікування і реабілітації не тільки хворої особи, але й цілої інституції сім'ї [10, 1]. Хвороба алкоголізму має “вірусний” характер, заражає всіх навколо своїм нездоровим мисленням. Там, де є алкоголік, хворіє ціла система, що складається з людей, які оточують алкоголіка. “Хвороба навколишніх полягає у співпорядкуванні чужому узалежненню – у співузалеженні” [10, 2].

Згідно досліджень, серед хворих, які щодня відвідували спільноти АА відмовлялись від спиртного протягом 6 місяців – 73%, серед тих які не відвідують – 33% [1, 14]. Метод АА широко розповсюджується по цілому світі, і вважається найбільш ефективним серед усіх існуючих. Нараховується близько 1 мільйона хворих людей, які використали лікування цим методом, повністю тверезі. При цьому особа, яка хоче видужати, не затрачує на це жодних коштів, у той час, як наприклад в США лікування за посередництвом медичної терапії коштує від 5-15 тисяч доларів [36].

Спільнота складається з осіб, хворих алкоголізмом або тих, які мають проблеми зі вживанням алкоголю. Найбільш ваговою та сприятливою умовою для реабілітації та профілактики алкоголізму є те, що товариство не повинно об'єднувати себе з фінансовими та політичними організаціями. Найважливішою загальноприйнятою умовою є добровільність, анонімність та прагнення тверезого способу життя.

У спільноті АА здійснюється профілактика та реабілітація хворих всіма видами терапії, як духовної так і психологічної, соціальної та звичайно медичної. У спільноті медичні працівники та психологи використовують методи фізіологічної дезінтоксикації, здійснюють психологічну та соціальну перебудову особи. Поштовхом до розв'язання цієї проблеми стала програма дослідницького і лікувального комплексу в Хезелдені [10, 38]. Науковцями цього комплексу, шляхом досліджень, було розроблено міждисциплінарну модель лікування та реабілітації хворих алкоголізмом, до якої були задіяні

медики, психологи, духовні провідники [10, 40]. Програма АА включає 2 кроки реабілітації хворого алкоголізмом. Спочатку медики здійснюють дезінтоксикацію і медичного спостереження за хворими. Психологи проводячи різні психологічні тестування та бесіди допомагають хворому відбудовувати стосунки з близькими людьми. Особливу роль відіграють консультанти з алкоголізму, особи, які хворіли цим недугом але вилікуватись. Це люди, що зберігають тверезість після того, як прийшли в спільноту АА та пройшли практику та спеціальну підготовку у справі реабілітації та профілактики алкоголізму [10, 49].

Згідно другого кроку, програма включає пошук духовної опіки і реконструкцію душі, для сприяння чому служить духовний провідник, який допомагає хворому шукати шлях до духовного здоров'я [10, 49]. Пошук таких шляхів і допомога таким хворим є вагомим аспектом біоетики.

Практика служб, які займаються проблематикою наркоманів, спрямована тільки на клінічний бік лікування. Але відомо, що психологічні причини є одними із головних чинників зловживання наркотичними речовинами. Частіше за все перед початком зловживання наркотичними речовинами людина натрапляє на низку психологічних проблем. Під час зловживання наркотичних речовин у хворого утворюється персона із патологічними мотивами поведінки, психологічною залежністю від наркотиків [35, 57].

Ресоціалізація таких осіб непрямо включає і профілактичні дії щодо узалежнених. Наукова концепція профілактичного втручання розвивалась внаслідок прогресу в галузі медицини. Якщо дивлячись на профілактику лише з точки зору медицини, можна побачити, що цей підхід скерований на: дезінтоксикаційну терапію при сильному наркотичному сп'янінні, медикаментозний контроль за особливо вразливими особами – людьми, які страждають вадами мозку, душевнохворі, із порушеннями особистості; особи, які мали негативні пережиття, внаслідок зловживання – наркомани, особи, котрі постраждали від фізичних та психологічних ускладнень [13, 32].

Особистий фактор є однією з головних причин зловживань і значною мірою зумовлює перспективу видужання. Для досягнення успіхів у ресоціалізації необхідно змінити існуючу на сьогоднішній день наркологічну концепцію, поставивши пріоритетом такої реабілітації саму особу [35,57].

Сьогодні для профілактики наркоманії широко застосовується Програма Підтримки Учнів, де використовуються професійні порадики для надавання допомоги у школах. Учень, який потрапив до цієї програми, піддається вступному діагностичному обстеженню, що має на меті пізнати природу і сферу проблем, зв'язок з іншими аспектами життя та ширшого суспільного фону. Обсяг допомоги охоплює індивідуальну та групову психотерапію, а також різного роду групові тренування [ 60].

Ще один вид ресоціалізації це програма «Ранньої Середовищної інтервенції», опрацьована в Сан-Франциско. Метою програми є створення для молоді особливого місця для проведення дозвілля. Пізнаючи представників осередку, молодь довіряючи їм, довіряє свої проблеми. Допомога надається у групі однолітків, враховуючи етнічну та культурну специфіку, а також вплив проблем, що спонукали до зловживань. Більшість дій базується на пропозиціях молоді, які вносяться до терапевтичних та корекційних програм [61].

У закордонній практиці існують різноманітні реабілітаційні програми, що відрізняються за обсягом послуг, впроваджених у процес реабілітації (медичні, психологічні, соціальні), значенням і вагою медикаментозних і психокорекційних впливів [35, 57].

Сьогодні найбільшої популярності в Україні набула 12-ти крокова програма лікування наркоманії, створена групами анонімних наркоманів, яка часто використовується у США та в країнах Європи.

Основною метою програми є «окреслення меж власної відповідальності, відмова від звички звинувачувати інших у своїх невдачах, недоліках і нещастях, свідоме та добровільне прийняття відповідальності за своє життя, незалежність від думок і міркувань інших людей та навчання жити за принципами здорового егоїзму: “Я роблю те, у що вірю і вважаю корисним для себе; поважаю себе та

інших і не відповідаю ні за кого, окрім себе” [35]. Програма спрямована на правильний вибір свого життя, “без штучного збудження та втечі від реальності» [35].

Процес лікування розподіляється на 12 умовних кроків, де кожен крок має свою мету та свій психологічний зміст:

«I. Визнання свого безсилля перед наркотичною речовиною та усвідомлення втрати контролю над своїм життям.

II. Повернення надії, що є Сила, яка допоможе повернути втрачене здоров'я.

III. Тверде рішення віддати себе та своє здоров'я під захист Бога (як кожний для себе Його розуміє).

IV. Глибинне та сміливе дослідження своєї поведінки.

V. Визнання перед Богом, іншими і самим собою своїх помилок.

VI. Готовність позбутися негативних рис свого характеру.

VII. Покірне звернення до Бога з проханням допомоги позбутися цих недоліків.

VIII. Покаяння перед особами, яким було завдане зло і підготовка до компенсації заподіяного зла.

IX. Компенсація завданого зла тим, хто від цього постраждав, за винятком, коли вона може завдати шкоду.

X. Продовження критичного спостереження за своєю поведінкою, визнання своїх помилок.

XI. Поліпшення самосвідомого контролю.

XII. Після духовного пробудження передавати свій досвід особам, які зловживають, та бути принциповим у всіх своїх справах» [35].

Потрібно пам'ятати, що кодування та підшивання не дають жодного ефекту, га процес одужання та сприйняття нового стилю життя та іншого мислення потребує багатьох місяців і навіть років.

Процес ресоціалізації як алкоголіків, так і наркоманів ускладнюється тим, що цією недугою вражена не лише одна особа, але й ціла родина. Отже, хоч

програма 12-ти днів змінює хвору особу, однак не змінює середовище, де виникло uzалежнення. Отже, щоб хвора особа одужала необхідно створити в сім'ї позитивний мікроклімат, довіряти і розуміти, відвідуючи спільно Програму, де пояснюється, як повинна вести себе сім'я з uzалежненою особою у стані реабілітації. (Цю хворобу можна було б прирівняти до цукрового діабету у підлітків).

Аналізуючи стан психологічної корекції хворих на наркоманію в Україні, зустрічаємося з фактом, що ці питання практично не розроблені. Концепція корекції в одних випадках зводиться до застосування новітніх психологічних та психотерапевтичних технік, а в інших головне зміни характерологічних рис хвороби, чи окремих форм поведінки [35]. Проте, не враховано симптоми психологічного рівня хвороби — залежність від наркотика, опір лікуванню, система заперечень, зміна системи мотивації.

У ресоціалізаційній програмі слід пам'ятати, що процес переорієнтації особистості хворого є дуже тяжкий та довготривалий і тому їх психологічна корекція має бути розрахована на кілька етапів, як показує зарубіжний досвід. Через це, будуючи психокорекційні програми, необхідно врахувати подальші положення:

визначення принципів побудови психокорекційних програм; визначення мети психотерапевтичного втручання та психокорекції з урахуванням комплексу клінічних, психологічних, соціальних факторів.

Як показує практика роботи з uzалежненими, у більшості випадків залежній особі потрібна допомога професіоналів. Необхідно створити середовища ресоціалізації, котрі б допомагали у реадaptaції осіб до нового суспільного життя.

Для кращої боротьби з цим видом uzалежнення вбачається важлива роль у створенні лікувально-реабілітаційних бригад, які би працювали за принципами чіткого розмежування обов'язків, забезпечення комплексності та різноплановості заходів.

До їх складу мали б увійти:

- 1) лікар-нарколог;
- 2) психолог;
- 3) спеціаліст з біоетики.

Поряд із наркоманією існує проблема СНІДу – найстрашнішої чуми в історії людства. Розповсюджений у світі вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) викликає синдром набутого імунодефіциту (СНІДу). ВІЛ вражає імунну систему, позбавляючи її здатності захищати людину від захворювань.

Після того, як розпочалася реакція, а в багатьох випадках це відбувається від двох до шести тижнів після зараження, інфекція ВІЛ може не викликати подальших симптомів роками. Протягом усього цього часу інфікована, але на вигляд зовсім здорова, людина може заражати інших, навіть не здогадуючись про те.

ВІЛ передається через: статеві зв'язки; зараження крові та її продуктів; малюкові від матері; гомосексуальні зв'язки; нестерильні та заражені цим вірусом медичні інструменти. Немає підтвердження, що ВІЛ передається побутовим шляхом.

Отже, важливо знати і це слід пропагувати: якщо людина вже наразилася на ризик, необхідно зробити обстеження, щоб не заразити ще когось, і негайно вдатися до найбільш ефективних методів лікування.

Імунна система людини борячись з інфекціями, сильно слабне і втрачає здатність боротися, тому інфекції мають можливість розвиватися без перешкод в організмі і мають назву опортуністичними.

За допомогою ліків можна стримувати інфекції та злоякісність, виграючи лише маленькі сутички. Імунна система людини поступово руйнується від цих нескінченних атак, і врешті-решт людина помирає.

Зі сторони біоетики, ставитись до хворих на СНІД потрібно з любов'ю та співчуттям, хоча СНІД – жахливе антигуманне явище.

Враховуючи, що ВІЛ передається багатьма шляхами, а також відсутність ліків від СНІДу, найкращою профілактикою ВІЛ-інфекції є використання

одноразових медичних та перукарських інструментів, дошлюбна незайманість та подружня вірність.

## РОЗДІЛ 3

### ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ БІОМЕДИЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ НА ЗАСАДАХ БІОЕТИКИ

#### 3.1. Удосконалення правових механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я у сфері трансплантації органів та експериментування над людиною

На даний час в сучасній медицині велика кількість новітніх досягнень науки, проводиться чимало кропітких досліджень і експериментів, які мають вплив на майбутнє медицини.

В сьогоденні світі ці дослідження не викликають дискусій так як поки не становлять загрози та мають наукову і терапевтичну мету. Але можуть виникнути тоді, коли експерименти які проводяться, стають небезпечними для здоров'я та життя людини.

Ще Гіпократ говорив відомим афоризмом “найважливіше – не нашкодити”. В питаннях біоетики дослідники зауважують деяку ієрархію цінностей і фундаментальних принципів у зв'язку з експериментуванням на людині, що є дуже актуальним в сьогоденні світі. Цінності такі як захист особистості та життя, правомірність терапевтичного принципу, соціальні проблеми, пов'язані з розвитком науки [51]. Дані цінності характеризують рівень структурної та процедурної коректності клінічного експериментування.

Органи державного управління зобов'язані дотримуватись деяких рекомендацій, які відповідають етичним цінностям. Найважливішим є експерименти з ліками, дотримання положень інформованої згоди, охорони особистих даних і нагляд за ліками, державне сприяння виробництву “ліків-сиріт”, котрі використовуються в малих об'ємах. Головним обов'язком держави є стимулювання наукових досліджень й експериментів, націлених на полегшення людських страждань та бути бар'єром для зловживань та зиску за рахунок окремих людей чи суспільства.



Якщо досліді з ліками на морально прийнятих умовах та коректно, дають поштовх в науці та служать на благо людини, вони є допустимими.

Для того, щоб звести до мінімуму ризик на стадії дослідження на людині, доклінічна стадія повинна виконуватись ретельно та із ефективністю. А тому закон повинен допомагати експериментуванню над тваринами із дотриманням належних норм та вимог.

Важливо щоб експериментування над людиною проводилось компетентними спеціалістами. Експерименти повинні проводитись під контролем відповідної клініки та етичних комісій. Ступень ризику, який неодмінно має бути встановленим, повинен бути пропорційним меті дослідження. Якщо експеримент переходить дозволу межу, його повинні зупинити. І не залежно від того на кому ведуться дослідження чи на самому лікареві чи на добровольцях, а особливо жінок репродуктивного віку.

Дослідники повинні мати на увазі, що інформована згода конче потрібна у випадку нетерапевтичного експериментування, мета і корисність якого не відноситься безпосередньо піддослідної особи. Таке експериментування не можливе на особах, які не можуть дати цілковиту і осмислену згоду [4-10]. Але якщо ситуація пов'язана зі збереженням чи порятунком життя пацієнта, цю згоду можна не брати до уваги.

Органи, які відповідають за експеримент, повинні гарантувати конфіденційність інформації про суб'єктів, які будуть брати участь у експериментуванні.

“Золоте правило” кожної влади говорить про те, що не потрібно зменшувати асигнування на наукові дослідження в галузі медицини.

Усіма доступними способами державні органи повинні не лише фінансувати охорону здоров'я, а й здійснювати моніторинг ліків, що можна трактувати як моніторинг можливих негативних наслідків прийому ліків та інформування про ці наслідки відповідних органів охорони здоров'я. Тут виникають конкретні етичні питання, пов'язані, в основному, з виявленням побічних ефектів та встановленням типів клінічних випробувань, що мають

відношення до регулювання нагляду за лікарськими засобами. Лікарі зобов'язані своєчасно інформувати органи охорони здоров'я про теоретичні негативні наслідки, пов'язані з вживанням тих чи інших препаратів, а органи влади зобов'язані адекватно реагувати на інформацію та вчасно робити практичні висновки. Наразі створюється міжнародна база даних моніторингу за ліками, щоб забезпечити швидкий та ефективний обмін інформацією.

Щодо виробництва «ліків-сиріт»[37-38], Україні варто звернутися до досвіду США, які створили спеціальну програму фінансового стимулювання для фармацевтичних компаній, які бажають розпочати виробництво ліків, які, як відомо, є збитковими. Міжнародна програма ООН, запобігаючи розповсюдженню захворювань, які притаманні «країнам третього світу», заохочує до їх виробництва.

З боку етики експериментування може бути тільки з інформованої згоди хворого, його родичів чи опікунів, або якщо на кону стоїть порятунок життя.

Якщо експерименти проводяться на здорових людях, які добровільно на них згодились, то органи державної влади в обов'язковому порядку контролюють присутність інформованої згоди, добровільність участі та особисту згоду особи. При цьому ризик не повинен бути вищим ніж захист життя та цілісності особи. Ось щодо експерименту, він може бути перерваний в будь-який час та особа може відмовитись від згоди на дослід, яку давала попередньо, а також якщо зростає ризик небезпеки для здоров'я.

По правилам біоетики найголовніша умова експериментування це неприйнятність принижувати людину та застосовувати по відношенню до особи нечесні наміри. Це більш всього стосується неповнолітніх, дітей та заарештованих людей. Щодо використання цих правил присутні різні думки, але Е. Згречча «вважає, що використання експериментальних ліків цілком правомірне, якщо це останній шанс врятувати пацієнта, навіть неповнолітнього, який не може дати на це згоди». Якщо добровільна та інформована згода недієздатної людини підтверджується її законним представником, то вона є

законною для експериментів, якщо вони не несуть ризик для здоров'я та життя особи. Спеціальні комітети з етики, які створені державною владою, контролюють ці умови.

Персоналістична біоетика говорить про велику цінність життя людини з моменту зачаття; поширює думку про недопустимість “знищення ембріона, разом з ембріональною репозицією, неприпустимість маніпуляцій ембріонами; на противагу виступає проти кожного нетерапевтичного експериментування на ембріонах, з початку їх формування і на так званих “ранніх ембріонах”; наполягає про неприпустимість знищення заморожених чи зайвих ембріонів, які не можливо імплантувати, починає боротьбу з різними маніпуляціями на ембріонами; не дозволяє штучне зародження ембріонів *in vitro*, особливо коли немає впевненості, що всі вони будуть імплантовані у репродуктивні органи жінки” [28-29].

З іншого боку – це експериментування на абортівних людських зародках. Це зародки, які перебувають не в матці, незалежно від того, чи є вони живими, чи здатні вижити, а чи мертві. Коли виявляється, що абортівні зародки живі, то незалежно від того чи вони життєздатні, обов'язково виконують інструкції, які мають відношення до внутрішньоматкових операцій та операцій на неповнолітніх. Сприяння життя людських зародків чи ембріонів для експериментальних чи комерційних цілей (у природних умовах чи *in vitro*) всупереч поняттю людської гідності [40,42].

Одна з важливих проблем, це взяття зародкових тканин з метою пересадки органів. Бувають різні ситуації та різні шляхи їх вирішення. Недопустимим є забір тканин у живих зародків, якщо існує ризик нанесення шкоди чи спричинення смерті. Умови, які вказані вище обов'язково дотримуються у всіх випадках трансплантації. Небезпеку становить те, що при пошуку тканин, контактують з жінками, які хочуть штучно позбутися вагітності та з лікарями, які проводять аборти. Це має назву “кримінальна торгівля людськими зародками”.

Вказуючи на етичні аспекти інтервенції в психічне життя людини, часто проходить осторонь опис ушкоджень та психічних порушень. Втручаючись в психіку людини дослідники повинні знати, що це матиме двоякий характер: опосередкований і безпосередній спосіб впливу па людську психіку. Опосередковане втручання – це фізична дія, оскільки впливає на соматичну структуру організму, і в результаті є менші або більші зміни в психіці людини.

Безпосередній вплив на психіку це наприклад процес навчання та виховання та безперервний різної міри вплив на психіку іншої людини в ситуаціях, коли особа переживає порушення в психіці. Цей вплив включає психотерапевтичну дію, а значить, як психологічну, так і психіатричну.

Під час лікування психічних порушень, взаємини між пацієнтом і лікарем несуть особливий характер, йде звикання та узалежнення пацієнта від лікаря. Слід пам'ятати, що психотерапевт не може змусити пацієнта мислити як лікар, власну теорію волі та відповідальності, власне розуміння проблеми вини. Життєві міркування лікаря не можуть ставати вище ніж вибір пацієнта. Треба надати першочергову відповідальність методиці опосередкованій, яка опирається на переконання, що навіть при певних порушеннях пацієнт має достатньо власної духовної енергії, щоб побороти свій незадовільний психічний стан.

Багато питань у цій сфері спонукає до пошуку іншого осередка вирішення проблем. Для того щоб впливати на психічну галузь життя людини, необхідно розпочати з її духовного відродження.

У наші дні медицина трансплантації органів вже подолала – в загальних рисах – власне експериментальну фазу, досягаючи у багатьох випадках використання досконалої терапії для різних видів патології. У дійсності, відсотки успіху у трансплантації певних органів (наприклад, нирки), вважаються дуже високими. Слід мати на увазі, що в сфері трансплантологія є деякі фундаментальні біологічні та технічні труднощі (такі наприклад як “відторгнення”).

Ксенотрансплантація відкриває великі перспективи в розвитку медицини, даючи надію на одужання багатьом пацієнтам з невиліковними хворобами.

З моральної точки зору насправді трансплантація має відношення до важливого елементу такого, як “дарування органів”, тобто вільного вибору особи віддати частину власного тіла (ante- o post-mortem) із необхідними етичними обмеженнями для добробуту іншої особи, яка цього потребує. Такий жест набирає індивідуального та соціального значення, даючи поштовх суспільству зайняти позицію на користь необхідності сприяння органам охорони здоров'я і законодавчої політики при вирішенні проблеми пошуку органів. Справді, з дня на день ростуть у цілому світі списки пацієнтів, які потребують диспозиційного сумісного органу, часто як останнього шансу на спасіння; лише в США, наприклад, кожного дня вмирають в середньому 14 осіб, які чекають на орган, який буде сумісний.

Початок наукової історії трансплантації органів бере свій початок з 1902 року, коли хірург Алексіс Каррель винайшов техніку з'єднання двох кровоносних судин. Завдяки цій техніці були зроблені перші трансплантації серця та нирки у тварин. Але завадою з якою зустрілись ці лікарі-піонери, було відторгнення: організм реципієнта відкидав чужі тканини і органи.

1983 рік для трансплантології є дуже важливим, оскільки в цьому році було апробовано вживання циклоспорину, який ще досі є найбільш сильним фармацевтичним противідторгуючим препаратом. Це відкриття відразу надало сильного імпульсу для розвитку терапії трансплантацій і позитивно вплинуло на її успіхи.

На сьогоднішній день здійснюється трансплантація таких людських органів: нирки, печінка, серце, підшлункова залоза, легені і віднедавна – кишківник; тканинами, які можуть бути прищеплені, є: рогівка ока, кісткова тканина, шкіра, серцеві клапани, кровоносні судини. У деяких європейських країнах протягом останніх років були успішно здійснені навіть трансплантації цілих кінцівок (рука, передпліччя). Щодо способу одержання органів і тканин, то він може відбуватись з мертвого (“з серцем, яке б'ється”, або ні), або з

живого, залежно від обставин і відповідно до виду органів, які беруться для трансплантації.

Актуально, що при трансплантації нирки успіх є дуже високим: «після одного року виживання становить 90 %, якщо трансплантація була здійснена від живого донора і 82 %, якщо вона була здійснена від мертвого; також у трансплантації серця рівень виживання після одного року досягає близько 1,83 % пацієнтів; відносно трансплантації легень – 74 % пацієнтів після одного року у випадку одинарної трансплантації і 86 % - у разі подвійної трансплантації; також при трансплантації печінки вже досягнуто рівня виживання до 80 % після одного року».

В трансплантології прогрес є помітним і поставлено багато цілей, які будуть досягнені на благо хворій людині, що піддається трансплантації органу.

Хоч і багато позитивних сторін в трансплантології не можна не зважати на етичні аспекти та антропологічні проблеми, які виникають під час трансплантації органів.

Перш ніж розглянути більш глибокі біоетичні проблеми, варто поставити природне запитання антропологічного характеру: чи прищеплення чужого органу до тіла певної людини змінює у якийсь спосіб ідентичність її особи? І якщо так, то якого рівня зміни допустимі?

Зрозуміло, що «концепція “особистої ідентичності” багатостороння, оскільки є різні філософські і наукові підходи, які співдіють у її опрацюванні» [60]. Можна зробити висновки, «що власну ідентичність як єдність і незмінність людини стосовно її “бути і почуватися особою”; вона виявляється в історичному вимірі особи і, особливо, в її комунікативній структурі, завжди за посередництвом тілесності».

В загальному можна зробити висновок, що прищеплення чужого органу до тіла людини знаходить обмеження на етичному рівні, які можуть викликати зміни для ідентичності особи, яка отримує орган.

Нині вважають, що органи людського тіла виражають ідентичність особи: деякі беруть на себе специфічну функцію; інші, об'єднують функції у

сильну і особисту символічну єдність; треті органи, такі як головний мозок і гонади, мають нерозривний зв'язок їхньої власної функції з особистою ідентичністю суб'єкту, незалежно від їхньої символічної цінності. Отже, потрібно зробити висновок, що ці останні не можна трансплантувати через неминучість об'єктивних наслідків, які виникали б у реципієнта або його нащадків [8-40]. Функціональні органи та органи із високою особистісною вартістю повинні бути оцінені у кожному конкретному випадку, власне, через призму їх символічного значення для конкретної особи.

Особливо у ксенотрансплантології є велика потреба притримуватись цієї етичної умови, у даному випадку трансплантуються органи тваринного походження.

Важливим питанням трансплантації є проблема встановлення діагнозу смерті.

Як вже було зазначено, «певні життєвоважливі органи можна брати лише з мертвого тіла. З цього виникає необхідність розглянути одне з питань, яке найчастіше постає в актуальних біоетичних дебатах і викликає сумніви широких мас людей. Йдеться про встановлення діагнозу смерті. Коли особу можна вважати справді мертвою?».

Не так давно, щоб поставити діагноз смерті не потрібно було мати велику кількість знань і це було досить легкою процедурою.

Відомо, що сучасними науковими дослідженнями щодо встановлення діагнозу смерті наголошено більше на неврологічні критерії чим на серцево-легеневі ознаки. А саме припинення всякої мозкової активності (мозку, мозочка і стовбура головного мозку). Варто відзначити, що прийнятий в Україні Закон про трансплантацію органів притримується цієї ж позиції.

Так як донорство та трансплантація органів мають ознаки соціально та особистого характеру, отже обов'язково потрібно

Так як донорство і трансплантація органів мають ознаки особистого і соціального характеру, тому з боку етики постає необхідність попередньої інформованої згоди з боку донора та реципієнта в обов'язковому порядку.

Щодо першого. Такий вчинок, яким є дарування органу, вимагає, щоб особа - донор була відповідно проінформована щодо виконання процедур, які воно включає. Особливо коли йдеться про донорство з живої особи, вона повинна бути поінформована про: передбачений ризик та наслідки, яких можна очікувати у майбутньому; можливі терапії і/або застережні заходи, яким вона має підлягати після взяття у неї органу; динаміку призначення дарованого органу. Крім того, не повинно бути ніяких форм психічного тиску або поставлення умов щодо вибору донора з боку моральних, почуттєвих та найгірше економічних критеріїв. Тільки так особа може добровільно та свідомо дати згоду або відмовитись.

Щодо донорства з мертвої особи, донор мусить виразити попередньо і бажано особисто та недвозначним способом свою згоду, щодо можливості взяття органів. Якщо за якихось обставин не можливо знати попередній вибір покійного донора, то згода його законних представників має свою етичну цінність.

Ще один аспект етичної сторони торкається проблеми призначення дарованих органів за посередництвом формування списків очікування.

Як уже було згадано, незважаючи на зусилля направлені на вдосконалення культури дарування органів, в багатьох країнах доступні ресурси є меншими у порівнянні з оздоровчими потребами населення.

Зважаючи на це гостро постає питання розробити списки очікування на трансплантацію, яку буду складатися за певними критеріями.

Щоб зрозуміти хто в першу чергу матиме доступ до органів для трансплантації, потрібно ґрунтовно притримуватись імунологічних та клінічних оцінок.

Тільки після того, як ці умови будуть рівними, можна враховувати хронологічний критерій занесення до списку очікування.

У світлі актуальних можливостей науки про трансплантацію органів, можна зробити наступні зауваження.



Щодо проблеми ідентичності реципієнта, то все вище сказане стосовно трансплантацій в цілому стосується також і ксенотрансплантацій, той факт, що будуть використовувати органи або тканини тваринного походження майже не міняє викладених положень. Необхідно, звичайно, перевірити і дати оцінку “потрясінню”, яке спричинене такою трансплантацією, яке може отримати реципієнт, а також і вплив його на особистісну цілісність.

Морально варто забезпечити спланований та пильний моніторинг суб’єктів трансплантації, який може продовжуватись на протязі всього життя. Обов’язковим має бути спостереження за кожним сигналом про можливі інфікування відомими чи невідомими патогенними збудниками.

Досягнення цього напрямку створюють підґрунтя для розширення практики ксенотрансплантацій як остаточної вирішальної хірургічної терапії.

Етичні проблеми в галузі трансплантації ускладнюють зростання чисельності прохань про пересадку органів з одного боку, і брак повноцінних донорів – з другого. Біоетика фокусує увагу на питаннях: інформованої згоди пацієнта, донора, його родичів; праві суспільства брати органи у трупів; допустимості експериментальної пересадки чи таких пересадок, які можуть вплинути на ідентичність особи; констатації смерті у випадку донорства трупа, а також справедливості розподілу донорських органів у випадку черги реципієнтів. Провідними в цьому разі є проблеми співвідношення технології й етики та повага до тілесної природи особистості. Крім того, з розвитком технології постає проблема пересадки штучних органів, або їх імітаторів – чипів тощо.

У сучасній науці наявна новітня класифікація різних форм і типів пересадки, яка знайшла своє відображення у міжнародному і внутрішньодержавному законодавстві, а також втілює загальні етичні принципи та особливі етичні проблеми. На основі конвенції про права людини Рада Європи розгорнула активну діяльність щодо співробітництва держав-членів у плані медичного законодавства. Загальні й спільні для Європейських країн принципи, на яких ґрунтується їх законодавство щодо трансплантації,

закладені у Соціальній Хартії Європи, яка в с. 11 передбачає обов'язок держав турбуватися про здоров'я своїх громадян, також у Європейському кодексі соціальної безпеки, що гарантує проведення заходів превентивного, лікувального й реабілітаційного характеру.

Важливим кроком було затвердження Конвенції з біоетики Ради Європи, у якій зазначено заборону торгівлі частинами людського тіла.

Загальні принципи, що визначають етичні проблеми пересадки органів, обмежуються трьома: захист життя донора та реципієнта, захист ідентичності особистості та інформована згода.

### **3.2. Регуляторні механізми державного впливу на демографічну ситуацію в Україні**

У період трансформації українського суспільства важливу роль відіграють проблеми цінності та гідності людського життя. Підвищення соціально-економічної ефективності державного управління неможливе без урахування людського фактора, який має прояв у повазі до людини.

Людське життя повинно користуватися повагою та захистом ще з моменту запліднення.

З огляду на вище зазначене, біоетика вимагає розглядання насамперед біологічного і антропологічного статусу ембріона людини. «Наукові дослідження біологічного походження людського ембріона свідчать про те, що від моменту зачаття ембріон має в собі всі характеристики людської істоти: нову і тільки їй властиву сутність, яка цілком відрізняється від інших істот та має свою власну проєкт-програму життя й розвитку; внутрішній динамізм, що визначається та керується геномом аж до формування дорослої людини; існує у вигляді цілісного організму, тобто біологічної та функціональної єдності, яка має координовану структуру росту та розмноження; є автономним, тобто, не потребує зовнішнього втручання для підтримання власної життєвої структури; здійснює самоконтроль над реалізацією своєї генетичної програми; його

хромосоми доводять приналежність ембріона до людського роду, що визначається також через особливості його власної генетичної структури (геному)».

Можна сказати, що «ембріону людини притаманна гідність, бо все те, ким стане людина, уже закладене в ньому, але ще не є вираженим і потребує часу для розвитку та остаточного сформування, яке не закінчується з народженням. Генетичний розвиток людини не включає в себе зміну її природи, а лише поступовий прояв тих можливостей та здібностей, які вона вже має від самого початку. Отже, біологія наводить аргументи, що людська особа починає існувати від моменту зачаття».

Це питання вимагає подальшої дискусії – «з якого моменту плід вважається особою, повноправною людиною, є підставою для морального оцінювання дій, які стосуються ще ненародженої людської істоти. Критеріями буття людини вважаються поява чи існування в процесі біогенезу людини певної якості, функції чи здатності. Є різні критерії існування людського плоду: народження, здатність до самостійного життя, неврологічний критерій, імплантація чи генетичний критерій. Але будь-які спроби визначити “початок” людського життя між заплідненням і народженням безуспішні, бо життя є динамічним процесом. Немає більш правильної відповіді на питання про початок особистого життя людини, ніж та, що воно починається від моменту запліднення».

Проблема абортів була і залишається болючою, адже тут йдеться про людське життя. Аборт поширений у наші дні більше, ніж коли-небудь за всю історію цивілізації. У цілому світі кожного року робиться 10-30 млн. абортів. З 1977 року закони майже 35 країн щодо абортів були лібералізовані. У 1948 році Японія стала першою країною, що модернізувала своє законодавство відносно доступності абортів. За минуле десятиріччя близько 40 країн змінили свої закони щодо показників проведення абортів. Аборт легкодоступний у найбільш заселених країнах світу: Китаї, Індії, державах колишнього СРСР, Японії, США, Канаді, Туреччині, Єгипті, Нігерії. Пакистані, Мексиці. Наприклад, за

офіційними даними 1991 року, у колишньому Радянському Союзі проводилися близько 10-13 млн. абортів кожного року серед 70 млн. жінок фертильного віку, з них більше 6 млн. абортів були нелегальними.

Надзвичайна ситуація склалася на теренах нашої держави. Україна зустрілася з низкою труднощів, однією з яких є економічний занепад, що упродовж останніх 10 років вплинув на рівень народжуваності. У 1996 році в Україні зареєстровано від'ємний приріст населення, тобто кількість людей, які померли, перевищила народжуваність. У 1997 році, за даними Британської Енциклопедії, Україна посідає III місце у світі за кількістю абортів [6]. Ця ситуація має тенденцію до погіршення, а чисельність мешканців України постійно скорочується.

За даними останнього перепису за 10 років незалежності, населення нашої держави скоротилося з 52 до 48 млн. осіб. Не останню роль тут відіграють аборти.

Україна перейняла традиції [40] Радянського Союзу, тому тут сформувалася своєрідна “абортивна культура”. Сама організаційна структура надання медичної допомоги жінкам зорієнтована на здійснення абортів, розроблення нових методик цього медичного втручання, підготовку спеціальних медичних кадрів. Сучасна доступність проведення штучного переривання вагітності – сприятливі умови для здійснення абортів і сприйняття їх як нормального соціального феномену.

В Україні “рівень народжуваності не забезпечує в перспективі простого відтворення населення”[19, 39-45].

Питання абортивної ментальності до початку 1990-х років в Україні не розглядалося, не підлягало обговоренню, статистичні дані кількості перерваних вагітностей не розголошувалися. Сьогодні наслідки замовчування стали явними. “За даними МОЗ України на 1000 живонароджених припадає 139 абортів. Щороку аборти роблять 400-500 дівчат віком 10-14 років, 30-35 тис. підлітків 15-17 років та 600 тис. жінок репродуктивного віку (18-49 років), що

часто призводить до подальшого безпліддя. Саме тому ми бачимо різке зниження кількості населення України.

Ми живемо в епоху, коли проблема переривання вагітності викликає багато полеміки та різні реакції суспільних груп. Аборт став не тільки моральною чи правовою проблемою, але й – політичною. Упродовж останніх років у багатьох країнах проводилися компанії як проти, так і за аборти, які час від часу переростали у справжні сутички між прихильниками. У багатьох країнах, де велася дискусія щодо легалізації абортів, вона закінчилася апробацією з боку парламентів. Це небезпечний факт, навіть якщо припустимість абортів обмежена лише окремими випадками. На сучасному етапі деякі країни хотіли б навіть повернутися назад до рішень, які прийняли, та змінити законодавство щодо легалізації абортів. Не повинен дивувати той факт, зокрема в суспільствах з малим приростом населення, що йдеться про одну з найістотніших проблем сьогодення – підтримання відповідної популяції на певній території.

На сьогодні потребують перегляду нормативно-правові документи щодо проблеми переривання вагітності й скласти нові, з урахуванням положень біоетики, та внести відповідні доповнення до основ законодавства.

Застосування засобів контрацепції не є способом вирішення демографічних проблем і не спричинене ними. Так само не є воно і методом боротьби з абортами, а має значно глибше коріння, яке полягає в існуванні кризи екзистенціальної єдності подружжя в їхньому родинному житті.

Примусова стерилізація вадить фізичній цілісності людської особистості та протирічить її свободі й праву – можливості дітонародження в шлюбі. Щодо стерилізації як кари за особливі сексуальні злочини, то про це залишились лише історичні згадки з нелюдських систем минулого.

Терапевтична або лікувальна стерилізація виконується за наявності пухлин або інших патологічних процесів, що не піддаються жодному іншому лікуванню, окрім видалення уражених статевих органів тому не завдає моральної шкоди людині. Не дивлячись на цей факт пацієнт повинен дати свою

згоду і обов'язковим залишається дотримання принципу цілісності його особистого блага.

Етична проблема загострюється у випадку стерилізації за допомогою контрацептивних засобів і зі згоди пацієнта. Добровільна стерилізація безпосередньо скерована на пряме й просте досягнення безпліддя.

Із розвитком таких видів еволюційного процесу в галузі цих досліджень, розпочинаючи з перших гомологічних запліднень до запліднення в пробірці, спостерігається перевага техніки над етикою з одного боку, і постійне та щоразу глибше знецінення гідності людського розмноження та ембріона людини з іншого, тобто відбувається процес деградації гідності самої людини.

У разі сурогатного материнства спостерігається низка зловживань не лише у відношенні шлюбу, але й самої дитини, до якої не ставляться як до особистості, яка має право знати власних батьків. Маніпуляція тілесного походження дитини, яка з одного боку, отримує генетичну спадковість від двох конкретних осіб, а з іншого - кров, харчування і життєве внутрішньоматкове забезпечення (що в майбутньому може мати наслідки в тому числі й на психічному рівні) від третьої особи – сурогатної матері. Об'єктом договору купівлі – продажу в цьому випадку в першу чергу виступає дитина.

Щодо проблеми клонування живих організмів, то на сьогодні запропоновано два шляхи його здійснення: поділ близнюків; за допомогою пересадки клітинного ядра.

Клонування робить непотрібними вже навіть самі гамети, чим зводить нанівець природне розмноження людини, яке є пов'язане з родиною та взаємною самовідданістю подружжя і є такою формою розмноження, що повністю незалежне від подружньої любові – духовної, психологічної чи навіть фізичної. Техніка клонування призводить до зневаги людини вже в перші моменти її життя і є тяжким злочином проти ембріона, оскільки той, хто проводить клонування, має підстави вважати, що це він “будує ембріон”, а значить і є його господарем, тобто посідає всі права на нього.

Не можна також дозволити зневагу людського життя через застосування методів генетичної інженерії. Модифікації генетичної спадщини можуть відбутися на рівні соматичних або стовбурових клітин, або на перших фазах розвитку ембріона, тому виникають і різні рівні етичних проблем при аналізі цього питання. У соматичних клітинах може здійснюватися втручання за посередництвом генетичної інженерії для того, щоб модифікувати їх дегенерацію або дефект. У цьому випадку втручання є морально дозволеним. У стовбурових клітинах людського ембріона нетерапевтичне експериментування є морально неприпустимим незалежно від мети його призначення.

Для втручання на стадії ембріона властиві великі етичні проблеми, оскільки завжди є ризик знищити його фізіологічну цілісність та є ймовірність спокуси створення ембріона з експериментальною метою.

Цілі можуть бути: діагностичні, терапевтичні, продуктивні, альтеративні, експериментальні. Для терапевтичної мети втручання повинно здійснюватись на тій же особі, яка потребує допомоги, а не жертвувати одним, задля користі іншого. Продуктивні цілі передбачають використання генетичної інженерії, для синтезу гормонів, як, наприклад, інсуліну. У цих випадках виникають технічні та етичні проблеми, перш за все, щодо навколишнього середовища.

У всіх випадках втручання генетичної інженерії необхідно аналізувати критерії, щоб встановити межу між дозволеним і недозволеним. У дійсності не все, що є технічно і науково можливим, є також морально дозволеним.

Живий людський ембріон з моменту запліднення, є людським суб'єктом з добре визначеною ідентичністю, що починає з цього моменту свій власний безперервний постійний і координований розвиток, який у жодній наступній фазі не може вважатися простим скупченням клітин. Як наслідок цього, ми розуміємо, що він, як людський індивід, має право на своє власне життя, і тому кожне втручання, яке не було б на користь самого ембріона, розглядається як дія, що порушує таке право. У питаннях одержання стовбурових клітин морально неможливо для цього продукувати або застосовувати живі людські ембріони. Жодна добра мета, як наприклад, використання стовбурових клітин

для отримання інших диференційованих клітин, з огляду на терапевтичні процеси не може виправдати таке втручання.

Людська істота як живий організм має бути шанована і трактована як особа від моменту свого зачаття, тобто від запліднення, й тому від того моменту за нею належить визнавати права особи, серед них, перш за все, непорушне право кожної людської особи на життя.

### **3.3. Приоритетні напрями державної політики захисту людського життя в контексті біоетики**

Щоб вести мову про еутаназію, в першу чергу слід згадати про філософське трактування смерті. Ставлення людства до смерті завжди недвозначне. В стародавньому світі відношення до смерті було особливим, боялися навіть тих речей, котрі були опосередковано пов'язані зі смертю.

На думку сучасних науковців, ставлення до смерті слугує своєрідним індикатором та характеристикою цивілізації. Сучасне суспільство витісняє смерть із колективної свідомості; поводить себе так, ніби взагалі ніхто не вмирає й смерть людини не залишає жодного сліду в структурі спільноти. У найбільш індустріалізованих країнах Заходу смерть людини сприймається лише як справа лікарів та бізнесменів, що займаються похоронним обслуговуванням.

Складно тут не погодитися з думкою науковця, адже така еутаназія, справді, відповідає етимології цього поняття. Згодом термін “еутаназія” набув кардинально іншого значення, яке відрізняється від того, що вклав у нього Ф. Бекон: “Піклування про невиліковно хворих, або ж людей, які є на порозі смерті” [27].

На сьогодні термін «еутаназія» як у медицині, так і в інших напрямках науки означає поняття цілком негативне та абсолютно протилежне беконівському розумінню цього терміну.

Першочерговий поштовх для свого розвитку сучасна ідеологія на захист еутаназії отримала після публікації у журналі “Гуманіст” (червень 1974 року)



відомого “Маніфесту евтаназії”, підписаного більше, ніж 40 відомими людьми, серед яких були лауреати Нобелівської премії: Моно, Полінг, Томпсон [51]. Це стало знаком зміни традиційного беконівського розуміння терміну “евтаназія”, хоча не можна забувати про факти недалекого минулого (гітлерівська програма евтаназії та філософське підґрунтя Ф.Ніцше).

Сьогодні прихильники евтаназії вважають, що вона має бути дозволена законом. Як “моральне” виправдання своєї ментальності вони висувають теорію про “якість життя”, яку подають як визначальну у вирішенні питання, хто має право жити, а кому потрібно померти. Вони пишуть: “безсумнівною цінністю є реальне благополуччя людини. Не кожен має силу лежати паралізованим, щодня обходитись без сторонньої допомоги, відчувати постійний біль. Не у всіх однакові уявлення про якість життя” .

Надзвичайної гостроти обговорення проблеми евтаназії набуло у зв'язку з медично-юридичними процесами, які стали широко, а навіть скандально відомими. Сфальсифікований закон “про право на смерть” не оминула критика багатьох юристів. Вони вважають: “Неточність формулювання може відкривати дорогу для зловживань, будучи прикриттям реальних проблем помираючого пацієнта, таких як: догляд, недобросовісне лікування, байдужість з боку оточуючих та багато інших...” [27].

Справді, за проблемою евтаназії приховуються й економічні труднощі, такі як утримування безнадійно хворих, які перебувають тривалий час у несвідомому стані, що є справою досить дорогою з фінансової точки зору. Мається на увазі не тільки роль лікаря чи пацієнта у проголошенні права вибору щодо застосування евтаназії до безнадійно хворого, але головним чином йдеться про формування нового стереотипу мислення сучасної людини, який хоча й ставить у центрі уваги особистість, проте переступає через фундаментальні моральні засади, що стали спадщиною цивілізації. Прийняття цих законів ще більше загостило “філософські пристрасті” навколо проблеми життя та смерті. Величезна кількість філософських, юридичних та медичних праць присвячені так званому “праву на смерть”. Евтаназія з різних боків

обговорюється у світових медичних інформаційних джерелах. Інше джерело етичних проблем для сучасної медицини є наслідком так званої “соціалізації медицини”. Потреби піклування про здоров'я, що ґрунтуються на прагненні до індивідуального та соціального благополуччя, призводять до переповнення лікарень і тим самим ізольованого помирання хворих у палатах. У зв'язку з цим медичний персонал стикається з реальними труднощами, які виникають при переході від простої технічної допомоги до допомоги людяної.

У деяких країнах евтаназія легалізована на законодавчому рівні.

Право на життя належить до природних прав особистості. Воно відображено у міжнародно-правових актах про права людини й майже всіма конституціями країн світу як невід'ємне право, що охороняється законом.

У конституції нашої країни ці права закріплені статтею 3, 27, 64.

В Україні немає відповідного нормативно-правового акту про евтаназію, однак це питання регулюється Кримінальним кодексом України та Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Вчинок, який ми називаємо евтаназією, підпадає під дію статті 139 Кримінального кодексу (КК), котра передбачає кримінальну відповідальність за ненадання допомоги хворому медичним працівником. Однак коментар до КК України дає таке роз'яснення: “Якщо винна особа усвідомлювала можливість настання смерті для хворого і бажала чи свідомо допускала таке настання, то її дії повинні кваліфікуватися як навмисний злочин залежно від наслідків, що цим спричинені”. Отже, дії винного будуть кваліфіковані згідно зі статтею 115 КК України “Умисне вбивство” (п.1): вбивство, тобто умисне протиправне заподіяння смерті іншій людині карається позбавленням волі терміном від 7-ми до 15-ти років.

Убивство є найважчим злочином проти людини. Небезпека вбивства для суспільства полягає у тому, що у зв'язку із заподіянням смерті іншій людині, грубо ігнорується її природне, а тому невід'ємне право на одне із найцінніших благ – життя.

Кримінальний закон передбачає відповідальність за убивство будь-якої людини, незалежно від її громадянства, віку, стану здоров'я та ін. [31].

Об'єктивний бік цього злочину характеризується наявністю трьох обов'язкових ознак: діяння, яке полягає в посяганні на життя іншої людини; наслідок у вигляді біологічної смерті потерпілого; причиновий зв'язок між діянням та наслідком.

«Форма вини полягає в умислі, тобто особа розуміє, що здійснює посягання на життя іншої людини, передбачає, що наслідком її діяння чи бездіяння може бути смерть потерпілого, і бажає (прямий умисел) чи свідомо допускає (непрямий умисел) настання таких наслідків».

Цікаво, що «Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України, наводячи приклади різних убивств, включає до переліку також “Умисне вбивство, вчинене з мотивів співчуття до потерпілого або з метою полегшити його страждання” [35]. Виходячи з цього, можемо констатувати факт заборони евтаназії українським законодавством».

Згідно статті 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я “Надання медичної допомоги хворому у критичному для життя стані”, медичні працівники зобов'язані надавати у повному обсязі допомогу хворому, що перебуває в критичному для життя стані. Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються у випадку, коли стан людини визначається як необоротна смерть. Порядок припинення таких заходів, поняття та критерії смерті визначаються Міністерством охорони здоров'я України, згідно із сучасними міжнародними вимогами.

Питання евтаназії кваліфікується у третій частині цієї статті категорично: “Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії, тобто навмисного прискорення смерті або умиртвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань”.

Отже, у разі викриття факту заподіяння евтаназії, медичний працівник буде притягнений до відповідальності за навмисне вбивство, навіть мотив – позбавлення хворого страждань – не вплине на кваліфікацію цього злочину.

Підбиваючи підсумки усього вище зазначеного, можемо зробити висновок про те, що на правовому рівні в Україні на сьогодні питання евтаназії не дискутується. Про це чітко говорить аналіз нормативно-правових документів щодо людського життя. Щодо мотивів такої поведінки, то хочеться вірити, що закони, які забороняють це негативне явище, сформовані під впливом розуміння самодостатності та найбільшої цінності, якою є людське життя.

Щодо правової оцінки евтаназії в Україні формується хибна думка, що евтаназія не належить до низки актуальних проблем країни і сумнівно, чи взагалі буде колись належати [20, 3]. Звичайно, великим позитивом можна назвати те, що сьогодні закон забороняє евтаназію, однак потрібно пам'ятати також про те, що правова база наразі в Україні є нечіткою та розмитою. Майже ніхто не порушує сьогодні питання, як захистити українське суспільство конкретною правовою базою, яка б чітко та однозначно забороняла евтаназію в Україні. Після оцінки сучасного стану українського законодавства можна стверджувати, що це питання не порушується на законодавчому рівні.

Отже, евтаназія – це акт убивства, який не може бути виправданим нічим. Евтаназія є злочином, у якому за жодних умов не можуть співдіяти працівники охорони здоров'я як такі, що завжди повинні стояти на сторожі життя.

## ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження етапів розвитку біоетики в Україні та вплив біоетичних засад на державне регулювання системи охорони здоров'я дають змогу зробити такі рекомендації та висновки:

1. Виявлено, що виникнення біоетики зумовлене найновішими досягненнями біології й медицини, новітні біомедичні технології, обмеження взаємодії з пацієнтом, криза та зміна патерналістських стосунків лікар-пацієнт на партнерські стосунки. За епістемічною структурою біоетика – це наука, що вивчає моральний вимір поведінки індивідів у біомедичній галузі та системі охорони здоров'я.

2. Було виділено з усіх існуючих наукових концепцій-моделей біоетики – ліберально-радикальну, прагматично-утилітарну, соціо-біологічну тощо – персоналістичну модель, що має моральні критерії біомедичних інвазій у людське життя в самій людині як особистості. У цій моделі людина була проголошена як об'єктивна та недоторкана цінність, це має нормативний зміст, що в свою чергу гарантує право на життя, свободу вибору й особисту відповідальність за нього. Новітні підходи на засадах біоетики вимагають стимуляцію усвідомлення відповідальності як лікарів, так і пацієнтів у ставленні до свого організму, збереження життя як найвищої цінності.

3. Продемонстровано, що процес адаптації основних принципів в нашій спільноті поряд із опановуванням та динамічною зміною демократичних цінностей окреслюється у рамках культурних, економічних, історичних, духовних та національних особливостей. Суспільства, у яких за результатами соціологічних опитувань, досить високий рівень довіри до релігії та церкви, зможе надавати перевагу принципам та біотичним правилам в галузі охорони здоров'я та освіти, у питаннях захисту екології та охорони природних багатств. Це є однією з перспектив яку досліджують організації з біоетики – державні

та громадські, а активізувати їх діяльність й наповнити її конкретними справами – завдання органів державного управління. Дисципліна “Біоетика” є базовою навчальною дисципліною для державних службовців у галузі охорони здоров’я, це сприяє запобіганню негативних наслідків у розвитку медицини.

4. Доведено, що під час втілення реформ, коли функції держави змінюються принципово, культивування та впровадження біотичних засад як визначеної системи моральних норм та правил стимулює спрощення у структурах управління, підвищує відповідальності його нижчих ланок, формує громадянське суспільство.

5. Було акцентовано увагу на тому, «що держава має регулювати систему охорони здоров’я на засадах біоетики та передбачати перегляд Законів України щодо їх відповідності фундаментальним критеріям моральності, якими є розвиток людини як особистості та пошана її гідності; збереження людського життя та здоров’я; пошук шляхів подальшої гуманізації медицини».

6. Доведено, що органи державного управління повинні сприяти розробленню та впровадженню біоетичних нормативно-правових актів, які у той же самий час, з додержанням біоетичних принципів забезпечували механізми контролю за їх дотриманням. До них відносять Етичний кодекс лікаря України, Етичний кодекс медичної сестри України, Медичний кодекс України, де повинні закріплюватись засади біоетики. Також необхідними є розробки законодавчих актів про правові біотичні засади, де будуть визначені принципи біоетики, державна політика у цій сфері та статус органу, якому буде надано право вирішувати біоетичні проблеми у сфері охорони здоров’я.

7. У роботі було визначено, що кожна наукова праця, яка передбачає досліди з участю людей, клінічні випробування новітніх лікарських засобів або діагностичних методів, а також будь-яких новітніх медичних технологій, потребує проведення біоетичної

експертизи. Експертизу мають здійснювати біотичні комітети, які необхідно запровадити у всіх наукових закладах, де проводяться дослідження з участю людей, у всіх ЛПЗ. Ці комітети у своїй діяльності повинні керуватися принципом поваги до життя та гідності людини і ставити інтереси індивіда при всіх випадках вище від наукових інтересів та суспільних, гарантовано захищати життя людини від моменту запліднення до природної смерті, бути направленими на подолання нездорових тенденцій у суспільстві, протистояти знахарству й чаклунству, що завдають непоправної шкоди життю та здоров'ю населення. Успішне впровадження міжнародних програм у сферу охорони здоров'я та впровадження в практику суспільного життя й державного управління принципів біоетики є пріоритетним для нашої країни з огляду на її євроінтеграцію. Імплементация міжнародного досвіду є фактором формування коеволюційного розвитку політики, етики й науки який є визначальним чинником подальшої демократизації суспільства.

8. У роботі було представлено вагомість та нагальність біоетичних принципів у суспільній практиці з роботи на прикладі вирішення таких проблем, як алкоголізм, наркоманія та СНІД, ґрунтуючись на аналіз досвіду інших країн. Увага до цих проблем, що базується на повазі до людини як до особистості, має можливість реабілітувати та повернути хворого до нормального життя. Біоетичні засади найкраще сприяють ресоціалізації людей з алкогольною залежністю, наркозалежних та пацієнтів з імунодефіцитними станами, як про це свідчить значний досвід розвинутих країн, зокрема США, Італії.

9. Окреслили необхідність у забезпеченні органів державного управління у галузі охорони здоров'я обов'язкового дотримання чітких норм при трансплантації органів та експериментах за участю людей, вони повинні бути укладені на вимогах та принципах біоетики, які направлені на: «захист життя й особистості; правомірність

терапевтичного принципу; вирішення соціальних проблем, пов'язаних із розвитком медицини, зокрема впровадженням біоетичної експертизи на державному рівні».

10. У магістерській роботі продемонстрували, що проблеми біомедичного втручання в людський організм вимагають негайного реагування органів державної влади: «новітні репродуктивні технології, біомедичні маніпуляції, генна інженерія, контрацепція, стерилізація, аборт, евтаназія, геронтологічні проблеми тощо». Особливу увагу необхідно звернути на статус ембріона як особистості, що має людську гідність. Ці проблеми вимагають активізації та активної уваги від суспільства, заохочення у допомозі громадськості медичним закладам при дискусіях на тему опіки над життям та здоров'ям людини.

11. У роботі було аргументовано, що несприятлива демографічна ситуація в Україні вимагає зміни державної політики у проблемах цінності та гідності людського життя; стан з дитячими вагітностями та абортами – заходами направленнями на статеве виховання, окреслення можливих ускладнень від ранньої вагітності та абортів, адвокація здорового способу життя. Метою органів державного управління є опіка про кожен особистість та запорука забезпечення життя та здоров'я: школи – повинні виховувати відповідальність та повагу до життя; суспільно-політичне життя – поборювання несправедливих проабортних законів і створення нових, що визнають гідність людини; заохочення заходів, що направленні на захист материнства та дитинства. На державному рівні необхідно засудити евтаназію, розробити альтернативні програми зі збереження гідності та забезпечення адекватного знеболення у паліативних пацієнтів, зміна у законах при доступі до наркотичних знеболюючих засобів, пріоритетною є політика захисту людського життя, це стосується всього українського суспільства.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антична бібліотека. Суд над Сократом. – Спб.: Алетейя, 1997. – 263 с.
2. Антологія біоетики / За ред. Ю. І. Кундієва. – Львів: БаК, 2003. – 592 с.
3. Биомедицинская этика / Под. ред. В. И. Покровского. – М.: Медицина, 1997. – 224 с.
4. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М.: Эдиториал УРСС, 2018 – 312 с.
5. Борейко В. Е. Порыв в экологическую биоэтику. – К.: Киевский эколого-культурный центр. – Серия: Охрана дикой природы. – Вып. 11. – 128 с.
6. Британська енциклопедія: В 30 т. – 1997. – Т. 1. – 456 с.
7. Бюлетень законодавства і юридичної практики України: Законодавство України про охорону здоров'я від 22.02.2000 р. – № 7. – 528 с.
8. Власов В. В. Основы современной биоэтики. – Саратов, 1982. – 90 с.
9. Вековщина С. В., Кулиниченко В. Л. Биоэтика: начала и основания (философско-методологический анализ). – К.: Сфера, 2002. – 152 с.
10. Войдило Є. Мій вибір – свобода. – Львів: Відродження, 2019. – 104 с.
11. Вольний В., Крук Д. Эвтаназия – за и против // Проблема медицины. – 2000. – № 3. – С. 23 – 28.
12. Глобальна біоетика: сучасні виміри, проблеми рішення: Матеріали III Міжнародного симпозіуму з біоетики (7 – 8 квітня 2004 р.). – К., 2004. – 200 с.
13. Госсоп М., Грант М. Профилактика злоупотребления психоактивных веществ и борьба с ним. – Женева, 1993. – 236 с.
14. Гоч В. П., Кулиниченко В. Л. Жизнь и причинность: методология взаимодействия и познания. – К.: Сфера, 2021. – 172 с.
15. Данилюк Р. Збережемо здоров'я молоді України // Благовіст. – 1999. – № 40. – С. 5.
16. Данн Д. Бог есть и для алкоголиков. – М., 1998. – 186 с.
17. Данн Х. Христианский брак глазами врача. – К., 1997. – 175 с.

18. Довбуш О. Право на гідну смерть // Іменем закону. – 1999. – № 44. – С. 5 – 11.
19. Довгострокова програма поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства, схвалена Постановою Кабінету Міністрів України № 431 від 28.07.1992 р.
20. Дюркгейм Е. Самогубство, соціологічне дослідження. – К.: Основи, 1998. – 519 с.
21. Етичні комітети. Становлення, структура, функції / Під. ред. В. Л. Кулініченка, С. В. Вєковшиніної. – К.: Видавець Карпенко В. М., 2002. – 160 с.
22. Завялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск, 1988. – 526 с.
23. Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” // Законодавство України про охорону здоров'я. – К.: Юрінком-Інтер, 2000. – С. 367 – 374.
24. Звіт законів УРСР: В 16 т. – К.: Політвидав України, 1982. – Т. 8. – 221 с.
25. Зильбер А. П. Медицинские действия и бездействия при окончании жизни // Етюды критической медицины: Этика и закон в МКС. – Петрозаводск, 1998. – Т. IV. – 415 с.
26. Иванюшкин А. Я. Смерть и умирание, эвтаназия // Введения в биоэтику: Учебное пособие. – М., 1998. – С. 265 – 293.
27. Иванюшкин А. Я., Дубова Е. А. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы // Вестник АМН СССР. – 1984. – № 6. – С. 45 – 53.
28. Івашкевич Г. А. Злочин без покарання // Евтаназія та канони медицини. – Львів: Край, 1995. – 106 с.
29. Казютинский В. В. Истина и ценности в научном познании // Проблема ценностного статуса науки на рубеже XXI века. – Спб.: Изд-во русского христианского гуманитарного института, 1999. – С. 53 – 60.
30. Кисельов М. М., Канак Ф. М. Національне буття серед екологічних реалій. – К.: Тандем, 2000. – Розділ 4. – 318 с.

31. Киселев Н. Н. Мировоззрение и экология. – К.: Наукова думка, 1990.
32. Кодекс медицинской деонтологии. – К.: Дух и література; Сфера, 1998. – 164 с.
33. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06. 1996 р. – К., 1997. – 80 с.
34. Кулиниченко В. Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики (филос.-методол. анализ). – К.: Центр практичної філософії, 2001. – 240 с.
35. Лисенко І. П. Психологічна корекція у лікуванні хворих на наркоманію. Соціально-педагогічні та медико-психологічні заходи протидії вживанню наркогенних засобів неповнолітніми і молоддю. – К.: А.Л.Д., 1995. – С. 73.
36. Лисицын Ю. П. Алкоголизм. – М., 1990. – 526 с.
37. Маркевич А. Життя людини – найбільша таємниця Творця // Колегія. – 1995. – № 6. – 120 с.
38. Матеріали Міжнародного симпозіуму з біоетики, присвяченого пам'яті В. Р. Поттера (4 – 6 березня 2002 р.). – К., 2002. – 243 с.
39. МОЗУ: Керівництво по плануванню сім'ї. – К., 1999. – 49 с.
40. Морально-этические проблемы искусственного аборта. Введение в биоэтику: Учебное пособие. – М.: 1998. – С. 34 – 39.
41. Наказ Міністерства охорони здоров'я України: Інструкція щодо констатації смерті людини на констатації смерті мозку № 226 від 25.09.2000 р.
42. Насінник О., Пиріг Л., Вековшиніна С., Кулініченко В. Етичний кодекс українського лікаря (Проект). – К.: Сфера, 2002. – 24 с.
43. Нищук М. І. Евтаназія – право та безправ'я вибору смерті // Практична медицина. – 1999. – № 1/2. – С. 115.
44. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 31.12. 1992 р. – № 23 – 92.
45. Перший національний конгрес з біоетики: Тези доповідей. – К., 2001. – 144с.

46. Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее / Пер. с англ. – Под. ред. Вековшиной С. В., Кулиниченко В. Л. – Киев, 2001. – 216с.
47. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицини: Збірка міжнародних документів – К.: Сфера, 2004. – 216 с.
48. Про порядок штучного переривання вагітності: Постанова Кабінету Міністрів № 992 від 16.03 2000 р.
49. Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1994. – № 1. – С. 17 – 24.
50. Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных СССР с иностранными государствами. – М., 1930. – Вып. V. – 342 с.
51. Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика // Библейско-богословский институт святого Апостола Андрея. – М., 2002. – 413 с.
52. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., 2001. – 192 с.
53. Соціополіс і нова етика: Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю “Соціополіс в Україні: технології практичної побудови”, м. Київ 11 – 13 грудня 2001 р.
54. Тихоненко В. А., Покуленко Т. А. Основы профессиональной этики в психиатрии (принципы, нормы, механизмы) // Социальная и клиническая психиатрии. –1992. – Т.2. – Вып. 4. – С. 74 – 86.
55. Тищенко П. Д. Этические правила взаимоотношений медицинских работников и пациентов // Биоэтика: принципы. правила, проблемы. – Москва: Эдиториал УРСС, 1998. – С. 56 – 63.
56. Требование биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями / Под ред. Ф. Бриссе-Виньо. – К.: Сфера, 1999. – 248 с.
57. Українська Радянська Енциклопедія. – К., 1959. – Т.1. – 552 с.
58. Франкл В. Доктор и душа. – Спб: Ювента, 1997. – 287 с.

59. Чешко В. Ф., Кулиниченко В. Л. Наука, этика, политика: социокультурные аспекты современной генетики. – К.: Парапан, 2004. – 228 с.
60. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Тихоненко. – Москва: ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, 1998. – 252 с.
61. Baumgdrtel F., Meyer R., Scweiser E. Sarx. Grande Lessico del Nuovo Testamento. XI, Brescia, 1976. – 93 p.
62. Reich T. (editor) // Encyclopedia of Bioethics, 1-st edition. – New-York: The Free Press, 1978. – Vol.1 – 517 p.