



СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів



Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ

Навчальний посібник

За загальною редакцією
А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*

Харків
Колегіум
2010

ББК 87+87.7+51
С 64
УДК 130.1:172:61(07)

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів
(Лист МОНУ № 1/11-197 від 22.01.2010 р.)*

Рецензенти:

О. П. Проценко, д-р філос. наук, проф. (Харківський державний технічний університет будівництва та архітектури);
Є. А. Подольська, д-р соц. наук, проф. (Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія»);
С. О. Завєтний, д-р філос. наук, проф. (Харківський національний технічний університет сільського господарства).

Колектив авторів: Алексеев А. П. (1.6., 2.1.), Лісовий В. М. (2.1.), Карпенко К. І. (1.3., 1.7., 2.5.), Гончаренко Л. О. (1.2., 1.4.), Гусева Л. М. (2.4.), Лантух А. П. (1.8., 2.6.), Левчук В. Г. (1.1.), Марущенко О. А. (1.5.), Руденко О. С. (2.3.), Сіда Ю. С. (2.2.).

С 64 Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: Навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеев, В. М. Лісового. — Харків: Колегіум, 2010. — 340 с.
ISBN 978-966-8604-45-4

Представлені у навчальному посібнику теми дають можливість простежити тісний зв'язок медицини і філософії. Значна увага приділяється таким соціально-філософським питанням, як: філософія науки та філософія медицини, технізація медицини, філософські проблеми еутаназії, творчість у медичній діяльності, соціальна робота та її медична спрямованість, соціально-філософські аспекти діяльності сімейного лікаря, гендерні стереотипи в медицині, життя як цінність в дискурсі філософії та медицини. Окреме місце відведено етичним проблемам медицини, які набувають особливої актуальності у зв'язку із впровадженням новітніх технологій в медичну практику.

Для студентів, аспірантів, науковців та практичних лікарів.

ББК 87+87.7+51
УДК 130.1:172:61(07)

ISBN 978-966-8604-45-4

© Харківський національний
медичний університет, 2010
© Алексеев А. П., Лісовий В. М.,
Карпенко К. І., Гончаренко Л. О., Гусева Л. М.,
Лантух А. П., Левчук В. Г., Марущенко О. А.,
Руденко О. С., Сіда Ю. С., 2010

Зміст

<i>Вступ</i>	4
1. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ..	7
1.1. Філософія науки та філософія медицини.....	8
1.2. Життя як цінність в дискурсі філософії та медицини	40
1.3. Філософські проблеми евтаназії	62
1.4. Творчість у медичній діяльності.....	82
1.5. Технізація медицини: етико-філософський аспект	105
1.6. Соціально-філософські проблеми у діяльності сімейного лікаря	123
1.7. Гендерні стереотипи в медицині.....	143
1.8. Соціальна робота та її медична спрямованість...	157
2. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ.....	187
2.1. Актуальні етичні проблеми сучасної медицини..	188
2.2. Правові та моральні аспекти в медичній діяльності	211
2.3. Моральний вимір відповідальності лікаря.....	230
2.4. Духовна природа здоров'я	251
2.5. Біоетика та медичний експеримент	270
2.6. Медицина і релігія: характеристика моральних взаємовідносин	300
<i>Предметний покажчик</i>	327
<i>Іменний покажчик</i>	336

ВСТУП

Проблема взаємозв'язку філософії і медицини є однією з найактуальніших проблем практичного напрямку сучасної науки. Пошуки у медицині завжди виходили на рівень філософських узагальнень. Протягом всього ХХ і на початку ХХІ століть зростають роль медицини в житті суспільства та інтерес філософів до її методологічних, соціальних, етичних проблем. Сучасна медицина дедалі більше зближується з філософією внаслідок інтегрального характеру самої медичної діяльності, що включає в себе, окрім власної діяльності, також пізнавальне та ціннісне ставлення до свого об'єкта. До того ж, на певному рівні розвитку медицина щодалі більше стає теорією, в ній інтенсивно формується самосвідомість — роздуми над своїми особливостями, основою, структурою знання, тобто типовими філософськими проблемами.

Необхідною умовою плідної співпраці філософів і медиків у обговоренні теоретичних проблем сучасної медичної науки є їх достатня взаємна інформованість про стан наукових пошуків. Особливо нагальною стає така співдружність між філософією та медициною у наш бурхливий час, коли нечувано загострилися глобальні проблеми цивілізації, у розв'язанні яких значна роль належить філософам та лікарській спільноті. Разом з тим перед сучасною медициною виникають питання, які потребують подальшого теоретичного осмислення, а також тісної взаємодії філософського і медичного знання. Винесення морально-етичних проблем на рівень першочергових пов'язане з прогресом науки, техніки та технологій. Однак сучасний науково-технічний прогрес створив проблемні ситуації, які дозволяють говорити про те, що певні морально-етичні норми у сучасній медичній діяльності та науково-медичних дослідженнях явно застаріли. Тому виникають тривога й занепокоєння за непередбачувані наслідки впровадження новітніх біомедичних технологій. Об'єктивна потреба у філософському осмисленні морально-етичних проблем науково-технічного прогресу в медичній науці та практиці

обумовлена особливим значенням інновацій у системі охорони здоров'я. На порядок денний знову вийшла споконвічна філософська проблема вибору людиною шляху, що веде її до добра чи зла. Вирішити цю ситуацію нині можливо лише через інновацію людського розуму і моралі. Водночас стало очевидним, що дотримання лише традиційних етичних принципів у науковій діяльності й медичній практиці не завжди дає позитивні результати. Це означає, що всі традиційні етичні регулятори науки й медицини самі потребують нового підходу, нового трактування цілої низки проблем медицини. Пропонований навчальний посібник і є такою спробою.

У ньому неможливо урахувати всі точки зору з тих чи інших питань, оскільки кожне з них може стати предметом окремого дослідження. Автори навчального посібника вбачали своє завдання у тому, щоб зосередити увагу на філософському осмисленні «пікових» проблем медицини, актуальність яких обумовлена змінами, що відбуваються у ній зараз.

Досягнення сучасної медицини набувають глобальної значущості, оскільки її проблеми охоплюють важливі сторони матеріального й духовного життя сучасного світу. Багато питань, які за традицією були суто медичними, давно вийшли за межі охорони здоров'я і стали предметом дослідження цілого комплексу природничих та соціальних наук. На особливу увагу заслуговують як традиційні, так і нові проблеми у дотичних площинах медицини з філософією, мораллю, правом, релігією.

Ця праця осмислювалася не один рік. Вона є плодом творчих зусиль колективу кафедри філософії, соціології та медичної соціології, наукових пошуків та наробок викладачів і пройшла практичне випробування під час викладання курсу «Філософія», а також елективного курсу «Етичні проблеми медицини» у Харківському національному медичному університеті. Даний посібник підготовлено відповідно до вимог Болонської декларації щодо європейської інтеграції освіти з орієнтацією на фундаментальні цінності загальноосвітньої культури. Запропонована профілізація викладу

філософських проблем є однією зі спроб пошуку рівноваги між фундаментальною освітою та вузькою спеціалізацією. Представлений навчальний посібник дасть змогу студентам не тільки поглиблено вивчати філософію та елективні курси, але й використовувати його під час самостійної роботи, оскільки посібник включає цілу низку завдань, вирішення яких дасть змогу усвідомити складність теоретичних й практичних проблем сучасної медицини.

Авторський колектив сподівається, що ця книга буде корисною не тільки для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, але й для всіх, хто цікавиться сучасними філософськими та етичними проблемами медицини.

1. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ

1.1. Філософія науки та філософія медицини

План:

1. *Сучасна філософія науки і медицини: основні функції та структура.*
2. *Історія взаємодії філософії, науки й медицини.*
3. *Теоретизація науки і медицини, проблема предмета медичної діяльності.*
4. *Медицина в сучасній цивілізації: філософія техніки і медицина.*
5. *Медицина та філософія науки в ХХІ столітті: сучасна методологія науки.*

Ключові слова: рефлексія, філософія науки, філософія медицини, переднаука, синкретизм, натурфілософія, позитивізм, методологія, об'єкт медицини, предмет медицини, біологічне, соціальне, детермінізм, системотехніка.

1. Сучасна філософія науки і медицини: основні функції та структура

Сучасне суспільство у своїй життєдіяльності значною мірою залежить від успіхів науки. У сфері охорони здоров'я суспільство ХХІ століття представлене потужними науковими інститутами, розвиненою системою практичної медицини, розгорнутими структурами медичної і фармацевтичної промисловості. У клініках нікого не дивують прилади та устаткування, дія яких заснована на лазерній та комп'ютерній техніці, магнітних і ядерних резонаторах, ультразвуковій локації, тонкій органічній і неорганічній хімії, електроніці п'ятого покоління тощо. У наших квартирах відслідковувати й підтримувати здоров'я допомагають побутова медична техніка і прилади. Але використання настільки потужного, навіть у порівнянні з початком ХХ століття, науково-технічного потенціалу можливе лише за умови відповідного рівня медичної науки, її теоретичної та прикладної складових.

Усі ці досягнення людства пов'язані з розвитком науки і обумовлені науковими відкриттями. Медицина як сфера науки і практичної діяльності, що слугує збереженню і підтриманню здоров'я людини, не є винятком і не може обійтися без застосування основних структур і принципів сучасного наукового знання. Розвиток медицини ХХІ сторіччя має такі складові: високий рівень практичної медицини, високий рівень медичної науки, найважливішою ознакою яких є високий рівень теоретичного мислення.

Закономірно, що наука стала однією з найвищих цінностей цивілізаційного розвитку, який стимулював широке застосування в людській діяльності наукових знань.

Величезний вплив науки на життя й діяльність людей змушує суспільство приділяти значну увагу самій науці, робити її предметом особливого вивчення. Не дивно, що раціональне осмислення науки привело до виникнення особливої дисципліни — філософії науки, що сформувалася в ХХ столітті на перетині **трьох сфер: самої науки, її історії та філософії**. Хоча сам термін уперше з'явився у ХІХ столітті (К. Дюринг).

При цьому філософія науки перетворюється на внутрішню рефлексію (від лат. *reflexio* — погляд назад, тобто осмислення й усвідомлення форм і передумов самого знання, аналіз його змісту, методів, внутрішніх структур, категоріальних засад) усієї системи наукового знання. До тих пір переважала зовнішня рефлексія: взаємозв'язок філософії та науки на етапах переднауки і власне становлення й розвитку науки — тобто методологія науки.

Цілісність системи наукового знання розкривається й у тому, що практично водночас із формуванням філософії науки, як спеціального освоєння дійсності, виникає і її складова частина — філософія медицини.

Необхідна рефлексія наукового знання взагалі й медичного знання зокрема припускає постановку низки загальних питань: що таке наука; у чому полягає специфіка наукового знання й методів науки; як розвивається наука і як вона отримує свої

результати. Таким чином, філософія науки, а отже й філософія медицини, — це не особливий філософський напрям, що стоїть над чи поза наукою, і не філософські проблеми природничих, суспільних або медико-біологічних наук, а вивчення науки як пізнавальної діяльності в її цілісності, системності, в історичному розвитку. Робимо висновок: **філософія медицини — це вивчення медицини як сфери науки і практичної діяльності зі збереження та підтримання здоров'я людини в її цілісності, системності та історичному розвитку.**

Часом філософію науки називають методологією наукового пізнання, бажаючи підкреслити її увагу до методів науки. Іноді філософія науки включається в наукознавство — сукупність дисциплін, що досліджують ті або інші сторони науки.

Співвідношення філософії науки з близькими до неї галузями наукознавства й наукометрії іноді тлумачиться на користь ототожнення останніх або принаймні як щось доволі близьке до наукознавства, чи дисципліна, що включає у себе історію й соціологію науки. Однак таке ототожнення неправомірне. Соціологія науки досліджує взаємовідносини науки як соціального інституту із соціальною структурою суспільства, типологію поведження вчених у різних соціальних системах, взаємодію формальних і професійних неформальних співтовариств науковців, динаміку їхніх групових взаємодій, а також конкретні соціокультурні умови розвитку науки в різних типах суспільного устрою. А наукознавство вивчає загальні закономірності розвитку й функціонування науки, воно, зазвичай, тяжіє до описового характеру. Наукознавство як спеціальна дисципліна склалася у 60-ті рр. ХХ століття. У загальному розумінні наукознавче дослідження можна визначити як розробку теоретичних засад політичного й державного регулювання науки, вироблення рекомендацій з підвищення ефективності наукової діяльності, принципів організації, планування й керування науковим дослідженням. Можна натрапити й на позицію, коли весь комплекс наук про науку називають наукознавством. Тоді

наукознавству надається дуже широкий і загальний зміст, і воно неминуче стає міждисциплінарним дослідженням, виступаючи як конгломерат дисциплін.

П. В. Копнін свого часу справедливо зазначав, що наукознавство не можна розглядати як самостійну комплексну науку, тому що будь-яка наука повинна мати певну загальну теорію, єдиний метод, проблематику або щонайменше певний набір загальних методів і проблем. Наукознавство, вважає **П. В. Копнін**, не володіє якоюсь загальною теорією або набором теорій. Часом з поля зору наукознавства випадають власне філософські проблеми науки.

У визначенні центральної проблеми філософії науки існують певні різночитання. На думку відомого філософа науки **Ф. Франка**, «центральною проблемою філософії науки є питання про те, як ми переходимо від тверджень повсякденного здорового глузду до загальних наукових принципів». **К. Поппер** вважав, що центральна проблема філософії знання, починаючи з епохи реформації, полягала в тому, як можливо розтлумачити або оцінити далекоюсяжне твердження, що йде від конкуруючих теорій або вірувань.

Напевно, коло проблем філософії науки досить широке, до нього можна віднести питання типу: чи детермінуються загальні положення науки однозначно або той самий комплекс дослідних даних може породити різні загальні положення? Як відрізнити наукове від ненаукового? Які критерії науковості й чи можливе обґрунтування науковості отриманих знань? Як ми знаходимо підстави, за якими віримо, що одна теорія краща за іншу? У чому полягає логіка наукового знання? Які моделі його розвитку? Всі ці й багато інших питань органічно вплетені у тканину філософських міркувань про науку. Більше того, вони постають із центральної проблеми філософії науки — проблеми розвитку наукового знання.

По-різному оцінюють дослідники й місце філософії науки. Деякі автори бачать у цій дисципліні тип філософування, що будує висновки виключно на результатах і методах науки (**Р. Карнап**, **М. Бунге**). Інші вбачають у філософії науки

середню ланку між природничим і гуманітарним знанням (**Ф. Франк**). Треті пов'язують із філософією науки завдання методологічного аналізу наукового знання (**І. Лакатос**). Існують також крайні позиції, що розглядають філософію науки як ідеологічну спекуляцію на науці, шкідливу для науки й суспільства (**П. Фейєрабенд**).

Досить цікава **типологія** уявлень про природу філософії науки запропонована **Дж. Лоузі**:

- філософія науки є світоглядом, що сумісний з науковими теоріями і ґрунтується на них;
- вона пов'язана з виявленням передумов наукового мислення й діяльності;
- припускає експлікацію (від лат. *explication* — роз'яснення, розгортання) понять і теорій науки;
- філософія науки — метанаукова методологія, що визначає, чим наукове мислення відрізняється від ненаукового, до яких методів повинні вдаватися вчені у своїх дослідженнях, які необхідні умови коректності наукового пояснення, у чому полягає когнітивний (пізнавальний) статус наукових законів.

До переліченої типології можна додати ще одну дуже важливу особливість: філософію науки слід розуміти насамперед як сферу, у межах якої пропонуються, вивчаються й порівнюються моделі розвитку науки.

Узагальнення існуючих підходів до розуміння суті й функцій філософії науки дозволяє виділити **ряд позицій**:

- філософія науки є концептом загальнонаукової картини світу, що сумісна з основними науковими теоріями;
- є виявленням передумов наукового мислення;
- здійснює аналіз і пояснення понять науки;
- виступає як загальна методологія пізнання, розуміння й пояснення наукових знань;
- є з'ясуванням соціальної детермінації існування й розвитку науки як соціального інституту;
- здійснює виявлення раціональної та соціальної складових у природі людини як суб'єкта, об'єкта і предмета наукової діяльності.

Узагальнюючи дослідження в цій галузі, **В. С. Стьопін** вважає, що предметом філософії науки є загальні закономірності й тенденції наукового пізнання як особливої діяльності з виробництва наукових знань, взятих у їх історичному розвитку і розглянутих у соціокультурному контексті, що історично змінюється.

При цьому необхідно уточнити: сучасну філософію науки цікавить сам процес наукового пізнання, що включає філософську рефлексію наукового знання, наукових методів і теорій та формування філософських і наукових парадигм, наукових традицій як методологічної й світоглядної основи розвитку науки.

Розглядаючи структуру філософії науки й філософії медицини, **Ю. М. Хрустальов** і **Г. І. Царегородцев** виділяють у філософії науки (а отже й у філософії медицини) **п'ять складових**: метафізичну структуру; науково-дослідну ідеологію й політику; передумови (підстави) наукового знання; пояснення понять і теорій; демаркацію між наукою та ненаукою. При цьому, за філософією науки (отже й за філософією медицини) зберігаються такі найважливіші завдання — з'ясування суті механізму взаємин філософії та науки, вивчення філософських проблем прикладних наук і наукових теорій, включаючи медичні.

2. Історія взаємодії філософії, науки й медицини

Філософія медицини, у загальному контексті розвитку філософії науки, має свою передісторію та історію. Закономірно, що цей процес прямо пов'язаний з історією розвитку наукового знання. Загальновизнано, що розвиток наукового знання проходить два основних етапи, які відповідні двом різним методам побудови знань і двом формам прогнозування результатів діяльності. **Перша** стадія характеризує науку, що зароджується (переднауку), **друга** — науку у власному розумінні слова.

Наука, що зароджується, вивчає переважно ті речі й способи їхньої зміни, з якими людина часто зустрічалась у ви-

робництві й повсякденному житті. Вона прагнула побудувати моделі певних змін для того, щоб передбачати результати практичних дій. Першою й необхідною передумовою для цього було вивчення речей, їхніх властивостей і відносин, виділених самою практикою. Ці речі, властивості й відносини фіксувалися в пізнанні у формі ідеальних об'єктів, якими мислення починало оперувати як специфічними предметами, що заміщають об'єкти реального світу. Ця діяльність мислення формувалася на базі практики і являла собою ідеалізовану схему практичних перетворень матеріальних предметів. Поєднуючи ідеальні об'єкти з відповідними операціями щодо перетворення, переднаука будувала таким шляхом схему тих змін предметів, які могли бути здійснені у виробництві даної історичної епохи. Так, наприклад, аналізуючи давньоєгипетські таблиці додавання й віднімання цілих чисел, неважко встановити, що представлені у них знання утворюють типову схему практичних перетворень, здійснюваних над предметними сукупностями.

Етап переднауки видається доволі тривалим. Так, для медицини він, очевидно, починався у Давньому Єгипті і пройшов **два етапи**. **Перший** — період цілісного відображення світу в рамках єдиного синкретичного знання. Це первісна нерозчленованість (синкретизм) світоглядного (філософського) медичного та інших первісних форм донаукового знання за вже чітко вираженої специфічності медичної практики. Певно, цей період завершився для медицини в часи діяльності **Гіппократа** (V–IV ст. до н. е.) Власне, медицина як особливий, окремий вид пізнання ще не виділялася, хоча, як відомо, вже мала незаперечні досягнення в лікуванні різних хвороб.

Другий етап позначений розмежуванням філософського та медичного знання, а тому вже можна говорити про їх **взаємодію**.

Механізми тісної взаємодії філософії з медициною сформувалися досить давно. Визнаний «батько медицини» **Гіппократ** стверджував: «Медицина настільки ж мало може обходитися без загальних істин філософії, як остання — без

медичних фактів, які нею надаються». У сучасній літературі виділяють, здавалося б, протилежну позицію, що веде свій початок, за словами **Цельса** (I ст. до н. е.), від того ж **Гіппократа**, який першим відокремив медицину від філософії. Самому **Цельсу** належить вислів, що філософія є «необхідною всім для розуму, але марною для тіла». Характеризуючи ці дві протилежні позиції щодо оцінки взаємодії філософії та медицини, варто звернути увагу на ту єдину підставу, яка їх породила. А це має бути суперечність, що закладена у самому процесі розвитку наукового знання взагалі.

Суперечністю, яка лежить в основі цієї проблеми, є єдність і боротьба двох тенденцій процесу розвитку науки: диференціація та інтеграція практичної і наукової діяльності, тобто у міру диференціації практичної й наукової діяльності інтеграційні процеси виступають в оновлюваній формі. Власне, **час Гіппократа** і є тим **осьовим часом** переходу від синкретизму до взаємодії філософії та медицини.

У свою чергу, цей етап включає два великих періоди. **Період створення натурфілософських концепцій медицини**, коли відбувається виокремлення із цілісної філософської діяльності медицини — як самостійної форми, заснованої на особливій практичній діяльності. При цьому філософія виступає підґрунтям (світоглядним, методологічним), що пов'язує розрізнені фрагменти медичного знання в систему і включає їх у світоглядну цілісність.

Перший період розвитку взаємозв'язку філософії й медицини, що безпосередньо передує XX століттю, за філософською термінологією, слід визначити як **позитивістський**.

Ця форма взаємозв'язку виникає в рамках натурфілософських концепцій початку XIX сторіччя у зв'язку з нагромадженням емпіричного та теоретичного медичного знання і виникненням потреби в побудові загальної медичної теорії. Звідси — відомі нам визначення патології, патологічної фізіології як філософії медицини. Наприклад, **Ф. Г. Гартман** (1828) заявляв, що «загальна патологія — алгебра медицини, її філософія».

Оскільки теоретична медицина піднімається до рівня рефлексії медичної діяльності взагалі, виникає ілюзія, що вона стає сама собі філософією. Прихильники цієї позиції беруть як даність (апріорну) існуючий методологічний апарат і цілісність культури й світогляду. Вони фактично визначають вид практичної та наукової діяльності, якими вони зайняті, центром світогляду. Тому робилися спроби переносити рефлексію медичних теорій і медичної діяльності загалом на світ людини (**З. Фрейд, Г. Сельс** та ін.).

Реальними підставами для таких форм орієнтації є те, що лікар у своїй практичній діяльності робить конкретну справу. Використання ним загальних філософських методів, форм мислення та пізнання не вимагає усвідомлення їхньої природи і проблем. Але позитивістський період вирішує важливе завдання — він починає систематизувати зовнішню рефлексію наукового знання й готує методологічне підґрунтя для переходу до внутрішньої рефлексії.

У європейському цивілізаційному процесі **перехід** від етапу переднауки до **етапу розвитку власне наукового знання** пов'язаний з тим, що відбувається перехід до принципово нового способу побудови знань.

Старий спосіб побудови знань шляхом абстрагування й схематизації предметних відносин наявної практики у рамках натурфілософського підходу забезпечував передбачення її результатів у межах уже сформованих способів практичного освоєння світу. Однак у міру розвитку пізнання й практики поряд із згаданим способом у науці формується новий спосіб побудови знань. Він знаменує перехід до власне наукового дослідження предметних зв'язків світу.

Якщо на етапі переднауки як первинні ідеальні об'єкти, так і їхні відносини (відповідно — зміст основних термінів мови й правила оперування ними) виводилися безпосередньо з практики й лише потім всередині створеної системи знання (мови) формувалися нові ідеальні об'єкти, то тепер пізнання робить наступний крок. Воно починає будувати фундамент нової системи знання нібито «згори» відносно реальної

практики й лише після цього, шляхом ряду опосередкувань, перевіряє створені з ідеальних об'єктів конструкції, зіставляючи їх з предметними відносинами практики.

Отже, головною ознакою переходу від стадії переднауки до стадії розвитку медичної науки на власній основі є її **теоретизація**.

Основні шляхи розвитку теоретичної медицини, медичної теорії обумовлені загальними принципами розвитку наукової теорії. Теорія в загальному плані визначається як система достовірного наукового знання, що описує й пояснює певну царину дійсності. Структура теорії включає: емпіричну (фактичну) підставу теорії; вихідні теоретичні положення (аксіоми, принципи, закони); логічну систему висновків і доказів; сукупність логічно обґрунтованих висновків і наслідків. Побудова й обґрунтування наукової теорії являє собою взаємозв'язок і взаємодію вищевказаних елементів. У природознавстві найчастіше виділяють чотири типи теорій: емпіричні теорії експериментальних наук, до таких належить більша частина теорій біології та медицини; гіпотико-дедуктивні (напіваксіоматичні) теорії; аксіоматичні теорії математики; формалізовані теорії математики й логіки.

Специфіка медицини як теоретичної системи знання визначається двома **факторами**: логікою побудови і розвитку теоретичного знання взагалі та особливостями предмета й характеру медичної діяльності. Другий фактор і визначає те, що медицина як система поєднує теоретичну, експериментальну, клінічну й профілактичну складові.

Теоретична медицина спирається на весь загал фундаментальних наук (біологія, фізика, хімія, математика, психологія, соціологія). Як її базові складові можна виділити теорію антропогенезу, теорію норми, теорію патології.

Експериментальна медицина поєднує теорію методу досліджень, теорію експерименту, теорію моделювання, теорію прогнозування результатів.

Клінічна медицина включає теорію людської індивідуальності, теорію діагностики, теорію лікування (психо-

соматичної оптимізації), теорію реабілітації, теорію цінностей.

Профілактична медицина включає теорію гігієни, теорію антропоекології, теорію профілактики, теорію охорони здоров'я.

Така специфіка медичного знання визначає багато в чому і характер взаємин медицини й філософії на різних етапах розвитку цивілізації — як фактора, що забезпечує теоретизацію медицини.

Близькість медицини й філософії, історичні форми їхньої взаємодії пояснюються різними обставинами. **По-перше**, активним розвитком медицини як форми практичної діяльності й необхідністю її світоглядного обґрунтування. **По-друге**, синтетичним характером самої медичної діяльності, що включає і клінічну діяльність, і експериментальну, і профілактичну. **По-третє**, постійною необхідністю теоретичної рефлексії набутого фактичного матеріалу.

Історія філософії досить виразно фіксує, що філософія здобула теоретичні форми достатнього системного рівня вже в античний період. Починаючи від **Платона** й **Аристотеля**, високий рівень теоретизації філософії практично не ставиться під сумнів. Так само визнано, що природознавство перетворюється у власне науку (переходить від етапу переднауки до етапу науки) в умовах Нового часу. Вважається, що засновниками класичного природознавства з високим рівнем теоретизації стали **Г. Галілей** та **І. Ньютон**. Закономірно, що перехід науки до етапу власне наукового розвитку породив у рамках натурфілософської форми взаємодії філософії та науки і перші форми внутрішньої філософської рефлексії науки — методологічні концепції **Ф. Бекона** та **Р. Декарта** як предтечу філософії науки.

Емпіризм і математичне узагальнення стали візитною карткою науки Нового часу. Від імені емпіризму виступив **Ф. Бекон** з його великою програмою емпіричної філософії. Від імені раціоналістичного підходу виступив математик **Р. Декарт**. Втім, **У. Гарвей** висловився про родоначальника англій-

ського емпіризму так: «Бекон займався наукою як лорд-канцлер». Очевидно, він мав на увазі, що справа обмежувалася самими тільки побажаннями, загальною характеристикою завдання й умовляннями про те, що не слід довірятися випадковим сприйняттям, а потрібно робити методичні спостереження й доповнювати їх обміркованим досвідом. **Р. Декарт** же був упевнений, що серйозна потреба в істині може бути задоволена не схоластичними міркуваннями й метафізичними теоріями, а лише математикою. Ця своєрідна математична реформа філософії змусила визнати ясність і виразність найважливішими принципами наукового методу.

Уже в XVII сторіччі нова наука про природу багато в чому визначала зміст і завдання філософії, а в XVIII і XIX взагалі відтіснила останню, створивши особливий — **сцієнтистський** — спосіб мислення й життєвої орієнтації, який донині має визначальний характер для європейської культури та індустріально-технічної цивілізації, що стала тепер всесвітньою. За словами німецького філософа **Г. Ромбаха**, «**точна наука є філософія Нового часу**».

Ці особливості викликали до життя й нову орієнтацію філософії. Якщо в Середні віки вона виступала в союзі з теологією, а в епоху Відродження — з мистецтвом і гуманітарним знанням, то від XVII сторіччя вона спирається переважно на науку. Тому для розуміння проблем, якими займається відтоді медицина, треба зважити на специфіку нового типу науки про природу, основи якої склалися саме в той період і яка істотно відрізняється від природознавства античності й середньовіччя. І оскільки наука посідає провідне місце у світогляді цієї епохи, то й у філософії на перший план виходять проблеми теорії пізнання — гносеології. Простежування зв'язку філософії з наукою дозволяє, з одного боку, виявити теоретичні передумови нової математики й природознавства, а з іншого, — побачити, яким чином найбільш продумані філософські побудови занурюються своїм корінням у той ґрунт, з якого проростає й наукове мислення цієї епохи, що визначає духовні обрії нової Європи.

Основна тенденція філософії Нового часу, яку дуже яскраво окреслив **Р. Декарт**, — перенесення центру ваги філософського навчання з проблем онтологічних на гносеологічні. Справді, коли йдеться про те, щоб із загального принципу за допомогою певного методу побудувати новий світ, то стає очевидним, що головне завдання полягає у баченні цього єдиного принципу, правил методу, тобто способу побудови світу, а також долученні всіх можливих аргументів на користь правомірності й можливості виконувати заплановане. Цими питаннями і займався **Р. Декарт**.

Наукове знання, у баченні **Р. Декарта**, — це не окремі відкриття, які поєднують поступово у загальну картину природи, а створення загальної понятійної сітки, у якій вже не важко заповнити окремі осередки, тобто виявити окремі істини. Процес пізнання перетворюється на таку собі потокову лінію, а в ній, як відомо, головне — безперервність. От чому безперервність — один з найважливіших принципів методу.

Метод, як його розуміє **Р. Декарт**, повинен перетворити пізнання в організовану діяльність, звільнивши його від випадковостей, від таких суб'єктивних факторів, як спостережливість і гострий розум — з одного боку, удача й щасливий збіг обставин — з іншого. Образно кажучи, метод перетворює наукове пізнання з кустарного промислу в промисловість, зі спорадичного й випадкового виявлення істин — у систематичне й планомірне їх виробництво.

Якщо **Р. Декарт** є представником раціоналізму в новій філософії і вважає найбільш достовірним пізнання за допомогою розуму, то англійський філософ **Ф. Бекон** — засновник іншого напрямку, а саме емпіризму, вимагає спиратися на досвід. Щоб одержати істинне знання про природу, необхідно, на думку **Ф. Бекона**, докорінно змінити наукові методи дослідження.

Саме у творчості **Ф. Бекона** практична зорієнтованість науки Нового часу знайшла своє найбільш яскраве й послідовне втілення. Мету наукового знання **Ф. Бекон** бачить у при-

несенні користі людству. На відміну від тих, хто вважав науку самоціллю, **Ф. Бекон** наголошує, що наука служить життю й практиці, і тільки це виправдовує її існування.

Така позиція доповнює зміст філософії як методології науки. «Філософська методологія як вчення про загальний метод пізнання світу є особлива сфера духовної культури, відмінна від науки й релігії, але перебуває в складній взаємодії з ними» (**М. Бердяєв**).

Фізіологія, анатомія, власне медичні науки (діагностика й терапія) стають на цей шлях значно пізніше. Хоча ніхто не сумнівається у високому рівні теоретичного мислення видатних класиків світової медицини: **Гіппократа, Цельса, Галена, Авіценни, Парацельса** та ін. Але існує й справедлива оцінка ступеня теоретизації їхніх поглядів, що наведена на прикладі **Гіппократа**: «...Концепція **Гіппократа** не є у точному значенні слова науковою теорією, що виражає достовірне знання про закономірності тієї чи іншої сфери об'єктивної реальності. Її не можна оцінювати за критеріями розвиненого природознавства, у світлі якого концепція **Гіппократа** є лише умоглядна гіпотеза» (**В. Жирнов**). Справа в тому, що теоретичне мислення як таке ще не стає наукою. Тому взаємозв'язок філософії та медицини на досить тривалий час набуває особливого характеру. Філософія виконує компенсаторну функцію — науково-теоретичного забезпечення медицини, тобто виступає якимось науково-теоретичним доповненням до системи медичного знання. Така форма взаємозв'язку філософії і медицини (у рамках натурфілософського підходу) деякою мірою компенсує гетерохронність (відставання) формування медичної культури, пов'язаної з відставанням її системно-теоретичного компонента (у вигляді самостійної системи наукового знання) від предметно-практичної складової. У зв'язку з цим дослідники філософії медицини вирізняють ще одну особливість розвитку медичного знання в широкому сенсі — значне випередження комплексу етичних уявлень системи гносеологічно-пізнавальних уявлень у системі медичного знання.

Необхідно звернути увагу й на інші фактори розвитку теоретичної складової медицини. Насамперед, у XVII — XIX століттях завершується натурфілософський етап розвитку медичного знання й так званий підготовчий період переходу до теоретичної медицини. Натурфілософія була колискою теоретичного мислення у природознавстві. Саме тоді відбувалось інтенсивне формування емпіричного базису науки. У цей же період сформувалися сучасний методологічний базис науки та її теоретичний компонент. Стосовно до медицини ця закономірність має деякі особливості. По-перше, період формування емпіричного базису в медицині більш тривалий. Перехід до самостійних теоретичних побудов у медицині завершився пізніше, ніж в інших галузях природознавства. Але до початку XX сторіччя медицина вже мала у своєму доробку серйозні наукові досягнення, такі як систематизоване знання в патологічній анатомії, фізіології та патологічній фізіології і, безумовно, у бактеріології. Однак перша в історії медицини спроба теоретичного синтезу медичних знань на суто науковій основі — целюлярна патологія **Р. Вірхова** — виявилася практично єдиною медичною теоретичною системою, що виконувала функцію інтегруючої теорії досить тривалий час. Бактеріологія не впоралася із цим завданням, тому що виникли нові конкуруючі теоретичні системи. Але процес пошуку таких теорій став характерним для початку XX століття.

Ще одним фактором, що визначає процес переходу медичного знання до високорозвиненого стану власне науки є більш толерантне ставлення медиків, у порівнянні з природознавцями, до системи філософського знання. Отже, для медицини характерна своя особливість проходження позитивістського етапу взаємин медицини й філософії. Пояснення полягає у двох моментах: насамперед, у предметі медичної діяльності — людині, а також у необхідному консерватизмі медицини щодо застосування в її сфері двох складових наукового знання, які й забезпечували для природознавства переведення його на рівень необхідної теоретизації, — ма-

тематики й техніки. Саме застосування математики у природознавстві стало поштовхом до її теоретизації, а застосування техніки розширило її експериментальну базу й вивело на новий теоретичний рівень.

3. Теоретизація науки і медицини, проблема предмета медичної діяльності

До загальних принципів теоретизації науки відносять: **по-перше**, встановлення внутрішньої єдності досліджуваного матеріалу, досліджуваної сфери; **по-друге**, з'ясування її місця в системі інших наук.

Якщо взяти ці принципи в системі й застосувати їх до процесу теоретизації медицини, то можна виділити **три рівні** теоретизації сучасної медицини:

1. Об'єднання теоретичного медичного матеріалу в систему, упорядковану за певним вихідним принципом.
2. Виявлення предмета медицини та її місця у системі наук.
3. Виявлення місця медицини в суспільстві, у його культурі.

Одним з важливих моментів теоретизації медицини є визначення її предмета. Досліджуваний медициною **об'єкт** — **людина** — явище соціальне. Те, що медицина обмежувалася вивченням переважно людського організму, пояснюється винятково самим характером розвитку науки взагалі й наукових уявлень про людину. Тому традиційний **предмет вивчення** — **здоров'я та хвороби людини** — варто розглядати з точки зору сучасного розуміння людини, тобто не як абстрактно-біологічну характеристику організму, а як конкретне вираження цілісності людського буття. Власне, у зв'язку із проблемою визначення предмета теоретизації медицини будувалася логіка загальномедичних теорій, починаючи від целюлярної патології **Р. Вірхова** й закінчуючи вченнями **І. Павлова** і **Г. Сельє**, від загальнобіологічної теорії реактивності живих систем на організменому рівні як теорії організоцентристської патології (**В. Петленко**) до теорії нормології, застосованої не до організму, а до популя-

ції (**І. Давидовський**). Як результат — виникає певна суперечність між традиційним шляхом теоретизації через природничу базу загальної патології та соціальною сутністю людини. Причина цілком очевидна: сучасна медицина являє собою цілий комплекс наукових дисциплін, що стає теоретичною базою для відповідних видів практичної медичної діяльності. Отже, теорія медицини має будуватися не як теорія певного класу, безлічі об'єктів, а як теорія специфічної предметної діяльності з певним класом об'єктів.

Центральними поняттями, які визначають основні підходи, принципи побудови теорії медицини й теоретичної медицини, стали «об'єкт» і «предмет» медичної діяльності.

Об'єкт медичного впливу — людина. Відповідно, вона є й об'єктом медичного пізнання. Однак за всю історію медицини людину як таку ніколи не оголошували предметом медичної науки та медичної діяльності. Людину вивчають практично вся сукупність гуманітарних наук і значна частина природничих наук. Річ у тім, що за такого розмаїття медичної діяльності принципово існують три її головні об'єкти: природа, суспільство, людина.

Об'єктом медицини є людина в станах здоров'я і хвороби, які характеризуються діалектичною взаємодією властивих їй організменого, психічного і соціального структурного та функціонального рівнів.

Організмений рівень об'єкта медицини — це рівень біологічних (фізіологічних) зв'язків. На цьому рівні виділяються механізми етіології та патогенезу і взаємопереходу нормальної саморегуляції в патологічну.

Психічний рівень об'єкта медицини — це рівень психічної цілісності людини, що задається як фізіологічними, так і соціальними детермінантами. Тут найбільш непохитною виявляється система психосоматичних зв'язків.

Соціальний рівень об'єкта медицини — це характеристика здоров'я і хвороби як соціальних станів особистості, що формуються на основі його цілісного соціального й природного буття.

У зв'язку з виділенням трьох взаємозалежних рівнів у сучасній медицині визначено й три групи медичних наук: медико-біологічні, власне медичні (клінічні) та медико-соціальні (профілактичні).

Складність структури об'єкта медицини вимагає якісної методологічної бази для цілісності цієї системи. Сократові приписують таку думку: «Хороші лікарі говорять, що неможливо лікувати одне око, а необхідно лікувати й голову, якщо бажають, щоб одужали очі. Так само не має сенсу лікувати голову, не дбаючи водночас про все тіло... Найбільша помилка — існування лікарів тіла й лікарів душі, тоді як, власне кажучи, це неподільне».

Весь хід становлення медичного знання визначає як специфіку медичної діяльності, так і її сучасне існування. На емпіричному рівні визначення предмета медицини не викликає сумніву — це боротьба із хворобами й збереження здоров'я. Предмет медицини явно лежить у сфері людського існування. Тому характер, специфіка медичної діяльності розкривається саме через її співвіднесення із сутністю людини. Зміст боротьби із хворобами, потреба суспільства й людини у збереженні здоров'я полягає в усуненні тих обмежень тілесного існування людини, які заважають її вільній, повноцінній діяльності. Очевидно, що це призначення медичної діяльності не залежить від особливостей конкретно-історичного періоду розвитку медицини. Хоча певні відмінності у розумінні суспільством свободи діяльності людини, безумовно, існують в кожному епоху.

У сучасних умовах доцільно говорити про оптимум вільної людської діяльності. Виходячи із цього, можна визначити предмет медичної науки як вивчення морфо-фізіологічних і психоемоційних умов оптимуму людської життєдіяльності в нерозривному зв'язку із соціальними умовами. З цих же позицій індивідуальне здоров'я визначається як стан оптимальної життєдіяльності людини, що забезпечує повноту реалізації її сутності.

Отже, теоретизація медицини, як умова сучасного етапу розвитку медичної науки й медичної діяльності, детермінова-

на специфікою предмета медицини, а відтак значною мірою визначає структуру й зміст філософії медицини, що пов'язує медицину із загальними проблемами розвитку цивілізації, культури суспільства.

Але сучасна цивілізація має ще одну особливість — технізацію. Аналіз цієї складової розвитку суспільства надзвичайно важливий для медицини з огляду на специфіку її предмета діяльності й специфіку предмета медицини як науки. Певні нароби в цій сфері сформульовано у філософії техніки.

4. Медицина в сучасній цивілізації: філософія техніки і медицина

Філософія техніки, **по-перше**, досліджує феномен техніки взагалі; **по-друге**, не тільки її іманентний розвиток, але й роль в суспільному розвитку, де особливе місце відведено медичній діяльності; **по-третє**, бере до уваги широку історичну перспективу розвитку цивілізації. Та якщо предметом філософії техніки є техніка, то виникає відразу законне питання: що ж таке сама техніка?

Техніка належить до сфери матеріальної культури. Однак добре відомо: матеріальна культура тісно пов'язана з духовною культурою. Наприклад, археологи саме залишками матеріального характеру прагнуть якнайповніше відновити культуру давніх народів. Завдяки цьому ми маємо можливість через медичні інструменти, якими працювали у Стародавніх Єгипті й Китаї, уявити рівень розвитку медицини. У цьому розумінні філософія техніки є в значній своїй частині археологією технічних знань — якщо вона звернена до минулого, і методологією технічних знань, технічної складової знань взагалі — якщо вона звернена до сьогодення та майбутнього.

Технічна складова медицини крокує в ногу як з науковим, так і з технічним прогресом. Історія медицини — це історія не тільки медичних теорій, але й медичної діяльності, а отже і предметної її складової — інструментів, устаткування, ліків.

Логічно, що технічну складову медицини слід розуміти як:

➤ сукупність технічних пристроїв, технічного інструментарію, артефактів — від окремих медичних інструментів до складних технічних систем (апарати штучного дихання, «штучна нирка», кровообігу, системи гемодіалізу, діагностичні системи на основі ультразвукової апаратури, магнітно-ядерних резонаторів, лазерні інструменти й оптико-волоконні системи тощо);

➤ сукупність різних видів технічної діяльності задля створення цих пристроїв — від науково-технічного дослідження й проектування до їх виготовлення на виробництві та експлуатації, від розробки окремих елементів технічних систем до системного дослідження й проектування медичних технічних систем;

➤ сукупність технічних знань — від спеціалізованих технічних, рецептурно-технічних до теоретичних науково-технічних і системотехнічних знань, включаючи спеціальні медико-технічні знання.

Як бачимо, сучасна медична техніка, і насамперед технічна складова медичного знання, нерозривно пов'язані з розвитком науки. Особливістю цього процесу в історії медицини є те, що співвідношення науки й техніки, зокрема медичної науки й техніки, поступово мінялося.

Наука у давнину була не тільки неспеціалізованою, недисциплінарною, але й невіддільною від практики та техніки. Уже в Стародавньому Єгипті зафіксовано високий рівень виготовлення і застосування медичних інструментів.

Найважливішим кроком на шляху розвитку західної цивілізації була антична революція в науці, що виділила теоретичну форму пізнання й освоєння світу в окрему царину людської діяльності. В античному світі розуміння техніки істотно відрізнялося від сучасного: поняття «техне» обіймало і техніку, і технічне знання, і мистецтво, але не включало теорію. Тому у давньогрецьких філософів, наприклад **Аристотеля**, немає спеціальних праць про «техне». Більше того, в античній культурі наука й техніка розглядалися як принци-

пово різні види діяльності. В античному мисленні існувало чітке розрізнення «епістеме», на збагненні якого ґрунтується наука, і «техне» — практичного знання, яке необхідне для практики й пов'язане з нею. «Техне» не мало ніякого власного теоретичного фундаменту, а антична техніка завжди була схильна до рутини, вироблення навичок; технічний досвід передавався від батька до сина, від матері до дочки, від майстра до учня. Стародавні греки проводили чітке розмежування теоретичного знання і практичного ремесла.

У Середні віки будівельники, лікарі й ремісники покладалися в основному на традиційне знання, що трималося в секреті і мало змінювалося. Питання співвідношення між теорією й практикою вирішувалося в сакральному аспекті — наприклад, який спосіб лікування є кращим з божественної точки зору.

У науці Нового часу можна спостерігати іншу тенденцію — прагнення до спеціалізації та відокремлення певних аспектів і сторін предмета, що підлягають систематичному дослідженню експериментальними й математичними засобами. Одночасно формується ідеал нової науки, здатної вирішувати теоретичними засобами інженерні завдання, і нової техніки, породженої наукою. Саме цей ідеал привів зрештою до дисциплінарної організації науки й техніки, створив постійну основу для розвитку знання на науковому експериментальному фундаменті, у тому числі відкрив шлях до становлення експериментальної медицини.

Отже, можна бачити, що на шляху історичного розвитку технічна дія і технічне знання поступово відділяються від міфу й магічної дії, але спочатку спираються не на наукове знання, а лише на повсякденну свідомість і практику. Це добре видно з опису технічної складової у медичних трактатах, спрямованих на закріплення й передачу медичних знань новому поколінню лікарів.

Аж до ХХ сторіччя медична наука і медична техніка розвивалися неначе по незалежних траєкторіях, будучи відособленими соціальними організаціями — кожен зі своєю особливою системою цінностей.

Зовсім іншу якість взаємин медицини й техніки ми спостерігаємо тепер, з появою вищого на сьогодні ступеня раціонального узагальнення в техніці, що являє собою **системотехніка** — як спроба комплексного теоретичного узагальнення всіх галузей сучасної техніки й технічних наук. При цьому вона орієнтується не лише на природне, але й на гуманітарне знання, зокрема на галузь діяльності, що поєднує в собі природничо-наукову, гуманітарну й технічну складові, тобто — медицину.

Системотехніка — це особлива діяльність зі створення складних технічних систем і тому є насамперед сучасним видом інженерної, технічної діяльності. Але водночас вона містить у собі особливу наукову діяльність, оскільки є не тільки додатком до наукових знань. Тут відбувається також і вироблення нових знань. Важливо, що у системотехніці наукове знання проходить повний цикл функціонування — від його одержання до застосування в інженерній та медичній практиці.

Процес **сайєнтифікації** техніки був би неможливий без узагальнення результатів розвитку техніки в різних видах людської діяльності, численних методів технічного забезпечення наукової діяльності, логіки розвитку технічних складових будь-яких наук, у тому числі й медицини.

Проблема вивчення розвитку технічної складової медицини, логіки використання техніки в медицині спирається на загальні принципи співвідношення науки й техніки. У сучасній літературі з філософії техніки можна виділити такі **основні підходи** до вирішення проблеми зміни співвідношення медичної науки й техніки:

1. Техніка розглядається як прикладна наука стосовно медицини.
2. Процеси розвитку медичної науки й техніки розглядаються як автономні, але скоординовані.
3. Медична наука розвивалася, орієнтуючись на розвиток технічних апаратів та інструментів.
4. Техніка науки за всіх часів випереджала техніку практичної медицини.

Усі ці підходи узагальнені в основних сучасних моделях розвитку науки.

5. Медицина та філософія науки в ХХІ столітті: сучасна методологія науки

Сучасна медицина розвивається відповідно до логіки розвитку науки як одного із стрижнів сучасної цивілізації. Сьогодні вона — цілісне явище, яке ґрунтується на базисі, сформованому у ХХ столітті. У концентрованому вигляді логіка розвитку науки як цілісного явища представлена логікою основних проблем філософії науки.

Для першої третини ХХ сторіччя характерними в розвитку науки були:

- побудова цілісної наукової картини світу;
- дослідження співвідношень детермінізму й причинності в науковому знанні;
- вивчення динамічних і статистичних закономірностей.

До **основних проблем** відносять також і структурні компоненти наукового дослідження: **співвідношення логіки й інтуїції; індукції та дедукції; аналізу й синтезу; відкриття й обґрунтування; теорії та факту**. У цей період основною формою узагальнення логіки розвитку науки є концепція логічного позитивізму. Концепція логічного позитивізму створювалася під могутнім впливом формальної (математичної) логіки початку ХХ століття, її засобів і методів. Наукове знання ототожнювалося з тією мовою, якою його виражали. Основним засобом дослідження у представників логічного позитивізму був логічний аналіз мови науки, за допомогою якої прагнули додати усій науці такої стрункості й точності, які були досягнуті в математиці та логіці. Зрештою ця методологічна концепція вилилась у вирішення спеціальних завдань, що виникали під час логіко-семантичного аналізу наукових термінів і пропозицій.

Для другої третини ХХ сторіччя характерний аналіз проблеми емпіричного обґрунтування науки; з'ясування того, чи достатній для всієї будови науки фундамент чисто емпі-

ричного дослідження; які існують закономірності теоретизації знання, насамперед розуміння науки як історії й логіки зміни наукових парадигм і як процесу зміни науково-дослідних програм. Цей період позначений розширенням і зміною проблематики філософії науки. Найбільш відомі результати отримано **К. Поппером**, який основним завданням своєї методологічної концепції зробив аналіз розвитку наукового знання й від кінця 40-х років впливав на філософів науки. Сфера представників філософії науки поступово починає переміщуватися від проблем аналізу структури й мови науки до проблем її розвитку, до визначення структури закономірностей її розвитку. Це викликало широку зацікавленість історією науки.

В останній третині ХХ століття обговорюється нове, розширене поняття наукової раціональності, загострюється конкуренція різних пояснювальних моделей розвитку наукового знання та спроб реконструкції логіки наукового пошуку. Нового змісту набувають критерії науковості, методологічні норми й понятійний апарат останньої, постнекласичні стадії розвитку науки. Виникає усвідомлене прагнення до історизації науки, висувається вимога співвіднесення філософії науки з її історією, гостро постає проблема універсальності методів і процедур, що застосовуються у рамках філософії науки й науки загалом. Цей період позначений якісно новим рівнем розуміння методології науки, усвідомленням того факту, що методологічні побудови потрібно співвідносити з дійсною історією науки, що не тільки логіко-філософські принципи, але також і історія науки може слугувати джерелом методологічних проблем та їх рішень. Філософія науки активно розвивається завдяки працям **К. Хенсона**, **М. Поланьї**, **Дж. Холтона**, **С. Тулміна** й багатьох інших дослідників, що виступили наприкінці 50-х років. Безумовно, провідне місце в розвитку методології займають концепції, запропоновані й обґрунтовані **Т. Куном** (розвиток науки як зміна парадигм) та **І. Лакатосом** (розвиток науки як зміна науково-дослідних програм). Саме ці два дослідники чітко поставили питання

про співвіднесеність методології науки та її розвитку. Вони ж певною мірою сприяли усуненню застарілих методологічних стандартів науковості й раціональності, прагнучи привести ці стандарти у відповідність з реальною практикою науки. В методологічних концепціях **Т. Куна** й **І. Лакатоса** філософія, і насамперед нова методологія, вже не відділяється від науки, а стає її ваговою частиною.

Саме в цей період формується нове розуміння методології — як однієї з основ сучасної науки.

Сучасна методологія характеризується стійким консерватизмом. Уся теоретико-концептуальна конструкція методології базується на сприйнятті наукового знання як принципово **інтерсуб'єктного й деперсоніфікованого**. Ті методи, які вона вивчає і узагальнює, розраховані на фіксацію й вивчення об'єктів без домішок суб'єктивних нашарувань. У сучасній методології найбільш сильна абстракція (відволікання) або демаркація (відмежування) від індивідуальних, психологічних, колективістських, історичних і культурних умов. Можна сказати, що сфера методології — це те доволі стійке середовище, у якому арсенал засобів, методів, принципів і орієнтирів уже створений, готовий до застосування, а не «виготовляється» для кожного випадку окремо. Тому можна зустріти визначення методології, що ототожнює її з граничною раціоналізацією світогляду.

Методологія поділяється на загальну і часткову. У першій аналізуються методи, спільні для багатьох наук, у другій — для окремих груп наук. Багаторівнева концепція методологічного знання обґрунтовує виділення таких груп:

- філософські методи;
- загальнонаукові;
- конкретно-наукові;
- дисциплінарні;
- методи міждисциплінарного дослідження.

Кожний рівень має відносну автономію і не перекликається з іншими. Однак найбільш загальний рівень виступає як можлива передумова розвитку нижчого рівня.

Важливою рисою сучасної методології є її концептуалізація. Це з новою силою доводить, що за методологією закріплено функцію визначення стратегії наукового пізнання. Основний постулат у виробленні подібної стратегії — заборона на підміну методу. Це означає, що дослідження предмета вимагає «своїх», адекватних його природі методів. Таким чином, «поштовх до дослідження має походити... від речей і проблем» (Е. Гуссерль). Поєднання предмета й методу, їхня органічність виділяється методологією як одна з найнеобхідніших передумов успіху наукового дослідження. Якщо припустити протилежну ситуацію, коли дисципліни намагаються вивчити свій предмет неадекватними йому методами дослідження, то відразу стане зрозумілою правомірність даного методологічного постулату.

Істотними рисами, що характеризують сучасну методологію, зокрема й методологічну складову медичного знання, є:

- посилення ролі міждисциплінарного комплексу програм у вивченні об'єктів;
- зміцнення парадигми цілісності й інтегративності, усвідомлення необхідності глобального, всебічного погляду на світ і зокрема на предмет медичних досліджень;
- широке впровадження ідей і методів синергетики, принципів структурогенезу;
- використання в повному обсязі нового понятійного і категоріального апарату, що відображає постнекласичну стадію еволюції науки;
- впровадження в наукове дослідження темпорального фактора й багатоальтернативної прогностики;
- зміна змісту категорій «об'єктивності» і «суб'єктивності», зближення методів природничих і соціальних наук;
- посилення значення нетрадиційних засобів і методів дослідження, що межують зі сферою позараціонального усвідомлення дійсності.

Суттєвою характеристикою і особливістю сучасної методології у сфері медико-біологічного знання є синтез когнітивного, гуманітарного та соціокультурного підходів. Транс-

формування медицини й охорони здоров'я має розглядатися і розглядається як процес зміни цілісних парадигм — історично конкретних типів пізнавальної та практичної діяльності, заснованих на певних принципах та ідеалах, нерозривно пов'язаних зі світоглядними й соціокультурними установками конкретної епохи. Такі зміни супроводжуються формуванням системи нових взаємозалежних понять (трансформація, здоров'я, валеологія, біоетика, інновація тощо); коригуванням змісту традиційного понятійного апарату (патологія, профілактика, гуманізм); зближенням парадигм діяльності й мислення в різноманітних сферах (технічній, гуманітарній, політичній, екологічній) завдяки використанню загальних методологічних підходів теоретичної і практичної діяльності — системно-ієрархічного, соціокультурного, міждисциплінарного, діяльнісного та ін.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність визначення філософії науки та філософії медицини.
2. Які основні етапи виникнення та становлення науки взагалі та філософії науки?
3. Розкрийте сутність натурфілософської та позитивістської тенденцій взаємовідносин філософії та медицини.
4. Визначте основні принципи теоретизації науки і теоретизації медицини.
5. Схарактеризуйте об'єкт і предмет медицини.
6. Розкрийте основні принципи взаємовідносин техніки і медицини у сучасній цивілізації.
7. Проаналізуйте технічну складову медицини.
8. Які риси розвитку науки були характерні для першої третини XX сторіччя?
9. Схарактеризуйте сучасну методологію, включаючи методологічну складову сучасної медицини.
10. Як змінюється поняття наукової раціональності в останній третині XX ст.?

Тести для самоконтролю

- 1. Коли виникла філософія науки?**
 - a. у XVIII столітті
 - b. у XIX столітті
 - c. у XX столітті
- 2. Оберіть визначення філософії медицини:**
 - a. філософія медицини — це сукупність філософських проблем медико-біологічних наук
 - b. філософія медицини — це філософські проблеми профілактичної і клінічної медицини як особливої форми діяльності
 - c. філософія медицини — це вивчення медицини як сфери науки та практичної діяльності задля збереження й підтримання здоров'я людини в цілісності, системності й історичному розвитку
- 3. Дайте визначення предмета філософії науки:**
 - a. філософія науки є світоглядним концептом загальнонаукової картини світу
 - b. філософія науки — це виявлення передумов наукового мислення, логіко-гносеологічний аналіз і пояснення понять науки
 - c. філософія науки є виявленням загальних закономірностей і тенденцій наукового пізнання як особливої діяльності з виробництва наукових знань, взятих у їх історичному розвитку й розглянутих у соціокультурному контексті, що історично змінюється
 - d. філософія науки є загальною методологією пізнання, розуміння й пояснення наукових знань
- 4. Чим визначається специфіка медицини як теоретичної системи знання?**
 - a. логікою й рівнем розвитку біології та фізіології
 - b. логікою побудови й розвитку теоретичного знання взагалі
 - c. логікою розвитку теоретичного знання й характеру медичної діяльності

- d.* логікою розвитку теорії діагностики, теорії лікування (психосоматичної оптимізації), теорії реабілітації
- 5. Дайте визначення: «Об'єкт» медичного пізнання — це:**
- a.* те, на що спрямована діяльність людини
 - b.* класифікація захворювань
 - c.* хворий пацієнт
 - d.* людина як така
- 6. Які структурні й функціональні рівні людини визначають її як об'єкт медичної діяльності:**
- a.* організмений, клітинний і психічний
 - b.* організмений і соціальний
 - c.* соціальний і психічний
 - d.* організмений, психічний і соціальний
- 7. Визначте, яка форма взаємин медичної науки й техніки відповідає сучасному етапові розвитку медичної діяльності.**
- a.* техніка розглядається як прикладна наука відносно медицини
 - b.* процеси розвитку медичної науки й техніки розглядаються як автономні, але скоординовані
 - c.* медична наука розвивалася, орієнтуючись на розвиток технічних апаратів та інструментів
 - d.* техніка науки в усі епохи випереджала техніку практичної медицини
- 8. Яку з наведених груп філософських методів охоплює сучасна багаторівнева концепція методологічного знання?**
- a.* світоглядні методи
 - b.* філософські методи
 - c.* емпіричні методи
 - d.* загальнонаукові методи
 - e.* окремі наукові методи
 - f.* дисциплінарні методи
 - g.* теоретичні методи
 - h.* теологічні методи
 - i.* методи міждисциплінарного дослідження

9. Які концепції характеризують сучасну методологію науки?

- a. концепції емпіричного обґрунтування науки
- b. концепції обґрунтування істинності наукового знання
- c. концепції структури й мови науки
- d. концепції розвитку науки як зміни парадигм
- e. концепції розвитку науки як зміни наукових програм

10. Які основні етапи взаємодії філософії та медицини у процесі становлення філософії медицини?

- a. етап міфологічного знання
- b. етап синкретичного знання
- c. етап ненаукового знання
- d. етап переднаукового знання
- e. етап паранаукового знання
- f. етап позитивістського знання
- g. етап методологізації наукового знання
- h. етап розвитку медичного знання на суто науковій основі

Додаткові навчаючі завдання

1. А. Тарський свого часу був схильний переоцінювати можливості логіки у методології наукового пізнання. В середині 30-х років він писав: «Сучасна математична логіка прагне створити єдиний апарат понять, який міг би служити загальним базисом для всього людського знання». До якого різновиду позитивізму належить даний методологічний концепт? Чи існували у медицині спроби визначення універсальної медичної теорії?

2. «Інстинктивно фізики і натуралісти спочатку діяли так, нібито їх погляд «згори» падає на світ, а їхня свідомість проникає в нього, не піддаючись його впливу і не змінюючи його. Тепер вони починають усвідомлювати, що навіть найоб'єктивніші їхні спостереження цілком просочені прийнятими вихідними посиланнями, а також формами та навичками мислення, виробленими в ході історичного розвитку наукового дослідження» (П'єр де Шарден). На якому етапі розвитку філософії науки виникає даний підхід у розумінні

процесу розвитку теоретичного знання? Які поняття вводяться у філософію науки для характеристики обумовленості процесу становлення наукових теорій історичним розвитком науки?

3. «Проблему знаходження критерію, який дав би нам у руки засоби для виявлення відмінності між емпіричними науками, з одного боку, та математикою, логікою і «метафізичними» системами, — з іншого, я називаю, — пише К. Поппер, — проблемою «демаркації». Чи існує проблема демаркації у сучасній медицині? Чи можлива демаркація між біолого-фізіологічними теоріями, теоретичною медициною та клінічною медициною?

4. Найважливішим поняттям концепції Т. Куна є поняття парадигми. У першому наближенні можна сказати, що парадигма — це сукупність наукових досягнень, насамперед теорій, визнаних усім науковим співтовариством у певний період часу. Коротше кажучи, парадигмою можна назвати одну або декілька фундаментальних теорій, які здобули загальне визнання і протягом певного часу спрямовували наукові дослідження. Які теорії в медицині підходять під дане визначення парадигми? Чи можна уявити розвиток медицини як зміну парадигм? Яких саме?

5. Науку, що розвивається у межах загальноновизнаної парадигми, Т. Кун називає «нормальною». Він вважає, що саме такий стан є для науки звичайним і найбільш характерним: «Дослідження в нормальній науці спрямоване на розробку тих явищ і теорій, існування яких парадигма свідомо припускає». Які теорії у сучасній медицині можуть бути віднесені до категорії «нормальних»?

Література

1. Гайденко П. П. Эволюция понятия науки (формирование научных программ нового времени XVII — XVIII вв.) / Гайденко П. П. — М.: Наука, 1987. — 348 с.
2. Комаров Ф. И. Философия и нравственная культура врачевания / Комаров Ф. И., Петленко В. П., Шамов И. А. — К.: Здоровье, 1988. — 488 с.

3. Кун Т. Структура научных революций / Кун Т. — М.: Изд. АСТ., 2001. — 608 с.
4. Лакатос И. Фальсификация и методология научно-исследовательских программ / Лакатос И. — М.: Медиум, 1995. — 587 с.
5. Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины / Лисицын Ю. П. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1982. — 328 с.
6. Марченко В. А. Методологические основы клинической медицины / Марченко В. А., Петленко В. П., Сержантов В. Ф. — К.: Здоровье, 1990. — 180 с.
7. Скарбников В. П. Космопланетарный феномен человека: проблемы комплексного изучения / Скарбников В. П., Спирын Е. А. — Новосибирск: Наука, Сиб.отд-ние, 1991. — 304 с.
8. Степин В. С. Философия науки и техники: [учеб. пособие] / Степин В. С., Горохов В. Г., Розов М. А. — М.: Гардарики, 1996. — 400 с.
9. Фейерабенд П. Избранные труды по методологии науки / Фейерабенд П. — М.: Прогресс, 1986. — 543 с.
10. Философия и медицина: Монография [под. ред. В. Ф. Сержантова, А. А. Королькова] — Л.: Изд-во Ленинград. унта, 1986. — 213 с.
11. Философия медицины: [учебник для медицинских вузов] / [Шевченко Ю. Л., Андреев С. И., Ардашев В. Н., и др.]; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 480 с.
12. Хрусталеv Ю. М. Философия науки и медицины: [учебник для аспирантов и соискателей кандидатской степени в области медицины и фармации, а также их научных руководителей] / Хрусталеv Ю. М., Царегородцев Г. И. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 512 с.
13. Царегородцев Г. И. Диалектический материализм и теоретические основы медицины / Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. — М.: Медицина, 1986. — 288 с.

1.2. Життя як цінність в дискурсі філософії та медицини

План:

1. *Філософське розуміння життя.*
2. *Життя і цінності як основоположні проблеми філософії та етики.*
3. *Життя як найвища цінність.*

Ключові слова: життя, сенс життя, людина, цінності, вищі цінності, об'єкт і предмет етики, об'єкт і предмет медицини, біологічне, соціальне, лікар, пацієнт, відповідальність, смерть.

1. Філософське розуміння життя

Життя — одна з основних тем філософських пошуків, яка тривалий час залишалась прерогативою не стільки філософії, скільки природознавства і теології. Відома низка концепцій щодо походження життя, які були висунуті теологами та біологами. Прихильниками однієї з них — **креаціонізму** — в основу покладене положення про створення світу. Процес божественного створення світу тлумачиться як такий, що мав місце один раз. Єдиним джерелом, що дає інформацію в межах цієї теорії, є Книга Буття, де викладені теологічні одкровення про створення усіх живих істот всемогутнім Богом.

Теорія довільного та спонтанного зародження життя була в Стародавньому Китаї (**Конфуцій**), у Вавилоні та Єгипті альтернативою креаціонізму, з яким вона співіснувала. У подальшому цю теорію розвивав **Аристотель**. На підставі власних спостережень він об'єднав усі організми в один безперервний ряд — так звані «сходьки природи». Відповідно до цієї гіпотези певні «частки» речовини містять «активний початок», який за необхідних умов створює живий організм.

Із поширенням християнства, особливо в добу Середньовіччя, теорію спонтанного зародження життя визнавали

лише ті, хто вірив у чаклунство та магію (язичники). Знову інтерес до цієї теорії з'явився у XVII столітті. В результаті проведених експериментів вчені (**Луї Пастер** та ін.) дійшли висновку, що життя може виникнути лише із попереднього життя (**концепція біогенезу**), і остаточно спростували теорію його спонтанного зародження.

Проте ні теорія спонтанного зародження, ні концепція біогенезу не відповідали на запитання, звідки ж виник найперший живий організм. Тільки **теорія стаціонарного стану** не вимагає відповіді на нього. За цією теорією, процес виникнення життя не мав місця як такий з причини вічного, несвідомого існування життя. Земля ніколи не виникала, існувала завжди, мала здатність підтримувати себе зсередини, практично нічого не змінюючи в процесі відтворення.

Теорія панспермії (життя занесене на нашу планету із зовні) також не пропонує нічого конкретного про момент виникнення життя, лише переносить цей процес з території Землі на інші частини Всесвіту.

Якщо виходити з **теорії біохімічної еволюції**, то виникнення життя й розвиток різноманітних процесів пов'язані з різними біохімічними та фізичними реакціями. Відповідно до цієї гіпотези, життя виникло в результаті переходу від складних органічних речовин до простих живих організмів. Саме в цьому аспекті теорія біохімічної еволюції пропонує свою загальну схему, яку визнає більшість сучасних біологів. Вирішальна роль у перетворенні неживого у живе належить білкам.

Серед численних теорій, що пояснюють виникнення й розвиток життя, найбільша популярність належить теорії **Ж. Ламарка** та **Ч. Дарвіна**. **Ламарк** висунув **гіпотезу про механізм еволюції**, яка доводить, що генетичні особливості успадковуються при статевому розмноженні. Ці теорії еволюції були розширені в контексті сучасних здобутків генетики, палеонтології, молекулярної біології, а тому сучасну **теорію органічної еволюції** життя можна визначити шляхом природного відбору ознак, які детерміновані генетично.

Починаючи з XIX століття, проблематизація життя позначила перехід від класичної традиційної трактовки даної проблеми до неокласичної, що розроблена в межах сучасної філософії. Відмовляючись розуміти життя як біологічний момент переходу з одного стану в інший, філософія розглядає його як процес людського буття. Життя виводиться з теологічного або натуралістичного розуміння і розміщується в онтологічному просторі. У межах філософії поняття «життя» розглядається як абсолютний, нескінченний початок світу, який (на відміну від матерії та свідомості) є активним початком, що рухається.

Багато в чому новий тип філософування започаткував **А. Шопенгауер**. Все, що існує, **А. Шопенгауер** розумів як волю, волю до життя. Воля сприймається як універсально-космічний феномен, а кожна сила в природі — як воля. Розум є вторинним по відношенню до волі, яка є безосновною, а витoki всього знаходяться саме в ній. Світ є воля, і все, в тому числі й людина, назавжди приєднане до волі.

Французький філософ **А. Бергсон** розумів життя в космологічному плані. В основі всього він бачив творчий порив, розгортання життєвого процесу, потік безперервних якісних змін. Для німецького філософа **Ф. Ніцше** основою всього є не воля до життя, як вважав **А. Шопенгауер**, а воля до влади. Він прихильник сильних особистостей, подібних до героя його книги «Так казав Заратустра», що живе високо у горах, тобто вище за звичайних людей, і чим далі від природи до людини, тим слабший імпульс до життя, а сама людина — це вже прямий прояв хвороби. Вихід з такого розвитку подій **Ніцше** бачить один — виховувати сильних особистостей, здатних вести за собою слабовільні маси людей.

Отже, коли вчені звертались до феномена життя, то мали на увазі певний органічний процес. А тому поворот від класичного раціоналізму до філософії життя став ще й реакцією на переважно механічне пояснення явищ у класичній філософії. В основі виникнення неокласичної філософії лежить зацікавленість тими сторонами життя й життєдіяльності

людини, які не знаходили відображення в класичній філософії. У цьому розумінні поява неокласичної філософії стала певною мірою закономірним явищем.

2. Життя і цінності як основоположні проблеми філософії та етики

Проблема змістового розуміння й осягнення життя як цінності має цілий спектр тлумачень. Складові цього спектра можуть бути настільки різними, наскільки різноманітні реалії, що вивчаються в царині науки, мистецтва, філософії. А тому видаються можливими природничонауковий, економічний, психологічний, соціологічний та інші підходи в дослідженні з відповідними кожному з них методологічними парадигмами. У проблемі життя як цінності вимагають обґрунтування і питання сутнісного розуміння «життя» як такого та можливих якісних ступенів його маніфестації, і питання про «цінності» як такі і можливі способи їх буття й даності. Зрештою ці питання виходять на проблему сутнісного визначення людини як специфічного носія життя і носія цінностей.

Для характеристики типів життя з аксіологічної точки зору необхідно визначити, що таке життя і цінність життя, які типи життя і цінності життя існують. Усього можна виділити **чотири ситуації**, в яких життя трактується і оцінюється по-різному.

Перша ситуація. Тут життя розглядається як **позитивна цінність**. Подібне трактування і розуміння життя склалося ще за античних часів. У цій культурній моделі життя оцінюється як «насолада» і рішуче протиставляється «нежиттю», тобто смерті, де все це відсутнє і звідки «немає виходу». Цікаво, що сучасні потенційні суїциденти (самогубці) розуміють життя подібним чином: це джерело активності, задоволень, досягнень тощо. У той же час смерть вони сприймають як негативне поняття, як припинення будь-якої активності, життєдіяльності, вражень та переживань. **Жит-**

тя — все, смерть — ніщо, причому «ніщо» тут тлумачить-ся як повна відсутність того, що є життям. У сучасній західній цивілізації смерть розглядається як дещо жахливе. Думка про власну смерть у багатьох людей викликає жах; вони уникають розмов про смерть та побоюються складати заповіт, щоб не прискорювати свою останню мить. Ідеалом в даній культурній моделі є життя вічне, проте не божественне, а земне, наповнене буттям.

Друга ситуація. Життя як негативна цінність. Ця культурна модель протилежна першій: життя тут розуміється не як бажана мета, а навпаки, — як страждання, як те, чого людина хоче уникнути. Така модель є характерною для буддизму, і послідовників цієї релігії дуже багато. Але в світі значно більше людей, які за різних обставин не тільки втратили інтерес до життя, але й оцінюють його вкрай негативно.

Третя ситуація. Життя як невизначена цінність. Коли людина не може зрозуміти, в якій реальності вона живе, живе взагалі чи їй це тільки здається, коли у неї немає можливості зрозуміти, як пов'язані наше — скінченне життя і те — вічне, у цьому випадку має місце третя ситуація. Від такого ставлення до життя треба відрізнити інше, що є характерним для архаїчних народів. Для архаїчної людини смерть — це ситуація, коли душа назавжди залишає власне тіло, виходить з нього. Оскільки смерть є лише зміна місця існування, то архаїчна людина впевнена, що «спосіб життя» душі після смерті не змінюється. Саме тому до могили було заведено класти все, що душі необхідне для повноцінного і радісного життя: їжу, зброю, прикраси; заможні люди клали додатково ще дружину, коня та ін. У даному випадку ми маємо безоцінне ставлення до життя: його ні з чим не можна порівняти за цінністю, тому що смерть — це те ж саме життя, але тільки в іншому місці.

Четверта ситуація. Подвійний ціннісний стандарт життя. Такій ситуації передують формування культури, де склалися два світи: богів і людей. Життя богів уявлялося як ідеальне

на протипагу життю людей: люди вважалися смертними, а боги — безсмертними. Створивши людину, боги залишили собі вічне життя й легку працю, а людині призначили тяжку працю і коротке життя. Однак вже **Піфагор і Платон** створюють нову, езотеричну концепцію життя, що складається з двох частин: звичайного та істинного. Власне кажучи, класичне езотеричне світовідчуття можна передати **трьома положеннями**:

1. Наш звичайний світ, культура й розум або погано упорядковані, або не є істинними.

2. Існує інший, езотеричний світ, інші «істинні» реалії з невизначеними властивостями, такий світ, де людина здатна знайти своє спасіння, знайти істинне існування.

3. Людина може проникнути в езотеричний світ, але для цього вона повинна змінити своє життя; шлях до цього — духовне удосконалення.

Езотерики впевнені, що порятунок людини і світу — не в політичній боротьбі та перебудові суспільства або природи, а в переході людини в езотеричні реалії, такому переході, який супроводжується трансформацією людини.

Вчення **Будди** було першим східним варіантом езотеризму. **Платон** приблизно у той же час створив західний варіант езотеризму. Але **Платон** розуміє завдання езотеричного рятування дещо інакше: по-перше, не позбавлення від життя та буття, а навпаки, — знаходження вічного життя, тобто досягнення безсмертя; по-друге, **Платон** інакше розуміє шлях езотеричного рятування — не відмова від бажань, а максимальне духовне і культурне вдосконалення у цьому світі. Для **Платона** це були заняття філософією та наукою, для інших грецьких езотериків — це творчість в мистецтві. Але **Будда і Платон** не називали свої вчення езотеричними, а розуміли їх як викладання мудрості.

Цінності — це позитивні зразки поведіння, світоустановки, стани, взяті «у чистому вигляді», це те, що притягує людину, пробуджує її прагнення, те, перед чим схиляються й чому служать. Людина засвоює цінності у процесі свого

дорослішання, сприймає їх, наслідуючи поведінку й судження батьків, засвоює цінності через долучення до різних видів діяльності й ритуалів, запозичує ціннісні зразки з найближчого оточення, черпає їх з розповідей і повчань. Зазвичай ціннісні переконання, зокрема й ті, що відповідають на питання «навіщо жити?», складаються в дитинстві та юності нерефлексивно: людина сприймає їх на віру, робить внутрішнім надбанням, не піддаючи аналізу й критиці. Згодом вона може переглянути ціннісне надбання, в ранньому віці вона спаяна з ним.

Цінностей безліч і вони різноманітні, тому кожна культура пропонує суспільству насамперед вищі цінності, у світлі яких розглядаються всі інші. Філософи подають ціннісну структуру у вигляді зрізаної піраміди, біля широкого підніжжя якої розташовані різні «вторинні» й «третинні» цінності, а нагорі концентруються головні. Вищими вважаються ті цінності, заради яких у ситуації вибору людина готова (і зобов'язана!) пожертвувати цінностями нижчого порядку. Вищих цінностей завжди небагато й вони охоплюють основні сфери людського життя: **сферу діяльності** (праця, творчість); **соціальну сферу** (економічні цінності, цінності патріотизму, політичні, етнокультурні та ін.); **сферу родини** (цінність материнства й батьківства, цінність шлюбу); **сферу особистих відносин** (любов, дружба); **сферу ідей** (релігійні й атеїстичні цінності, наукові переконання), а також усі цінності, що стосуються особистості (життя, здоров'я, воля, самореалізація, розваги, відпочинок тощо). Якщо у людини на вершині піраміди залишається одна або дві цінності, то перед нами, очевидно, закінчений фанатик.

Звичайно культура, навіть динамічна, досить жорстко закріплює в суспільній свідомості набір основних соціально-політичних вищих цінностей і нерідко навіть формулює їх у документах — кодексах і конституціях. Різні типи суспільства задають дещо різні набори вищих цінностей. Скажімо, суспільства ринкового типу на вершину піраміди, як правило, поміщають індивідуальні цінності: індивідуальне

життя, приватну власність, права людини, волю. А суспільства традиційного типу пропонують своїм громадянам суспільно-колективістські цінності: патріотизм, служіння спільним інтересам, соціальну захищеність, жертвовність заради загальних цілей та ідеалів. Коли будь-який соціум переживає небезпеку, у ньому, як правило, висуваються на перший план суспільні цінності. Якщо ж цього не відбувається, конкретне суспільство гине й відходить в історію.

Одержуючи певний комплекс ціннісних моделей, які й визначають її сенсожиттєві орієнтири на майбутнє, людина, безумовно, інтерпретує отримане. Російським психологом **О. М. Леонтьєвим** було уведене поняття «особистісний сенс», що дуже точно відображає змінюваність того, що сприймається людьми «іззовні». Сенс стає особистісним, змінюється через призму індивідуальності та обставин. Саме тому вищі цінності, задані культурою, кожен розуміє по-своєму й поміщає їх на особисто обране місце у своїй ієрархії цінностей. Суспільство може проповідувати жертвовність, а індивід віддає перевагу творчості або збагаченню; і навпаки, у культурі, де прийнято шанувати успіх і багатство, завжди є люди, які обирають цінності комунікації або суспільного служіння. Більше того, місце однієї й тієї ж цінності в особистісній ієрархії не є постійним: так, замолоду людина може бути зорієнтована у першу чергу на цінність любові й дружби, у зрілому віці вона ставить для себе на перше місце кар'єру і бачить у ній сенс життя, а в старості, можливо, для неї не буде нічого вищого за цінність родини. До речі, саме життя далеко не завжди посідає найвище місце в ціннісно-змістовій ієрархії, люди часом свідомо жертвують життям заради батьківщини, істини або політичних ідеалів.

Сенс життя не завжди раціонально формулюється людиною, зокрема тому, що він — складне комплексне явище, його більше переживають, ніж усвідомлюють. Примітивні відповіді за принципом «сенс мого життя у праці» — дані на вульгаризаторському підході, що певний час панував у вітчизняній філософії. В жодному разі не слід принижува-

ти працю, але «тільки праця» практично ніколи не створює переживання сенсу.

Отже, сенс — це відчуття, стан. Який? Про наявність у людини сенсу життя говорять більш-менш постійно присутні в неї: інтерес до світу й спонтанна радість буття, цілеспрямованість, переживання свого вкорінення в суспільстві та універсумі, уявлення про дійсність як упорядковану й осмислену, і в підсумку — сприйняття реальності як блага, незважаючи на всі випробування й страждання. А про відсутність сенсу життя говорять прямо протилежні емоційні стани: нудьга й депресія, апатія, відсутність значущих цілей, безпричинна агресія, переживання відчуженості себе від світу і людей, а тому сприйняття дійсності як хаосу.

Однак, навіть якщо людина втратила сенс і позитивне переживання світу, але не страждає на серйозні психічні патології, сенс життя може бути знову знайдений, відновлений. Про це пише засновник психотерапевтичного напряму логотерапії **В. Франкл**. Він висуває кілька принципів:

1. Життя людини не повинно втрачати сенсу за будь-яких умов. Сенс завжди може бути знайдений.

2. Сенс не можна дати, як річ (тому що кожна людина створює свої сенси), його потрібно знайти.

3. Сенс може бути знайдений, але не може бути створений (ми не черпаємо сенси винятково «із себе», але одержуємо їх з людської комунікації).

4. Пошук сенсу життя не є неврозом, це нормальна, природна властивість людини.

Проблема цінності життя належить до розряду одвічних, а значить, кожна історична епоха дає на нього свою відповідь. Людське життя є абсолютно особливим об'єктом для аксіологічного аналізу, оскільки уявлення про цінність входить до самого поняття «життя», отже, поза життям неможливі ніякі оцінки. Тобто життя саме по собі є необхідною умовою для проведення будь-яких оцінок. Практика свідчить, що цінність життя так само піддається постійній переоцінці, як і всі інші цінності людства.

Характерною прикметою нашого часу є високий рівень розвитку техніки і технологій, який дозволяє людині якісно по-новому впливати на природу, і навіть на свою власну. Розвиток засобів комунікації досягає при цьому такого ступеня, що вже можна реально говорити про зближення різних культур і їх плідну взаємодію, причому для здійснення контакту вже не потрібен тілесний перетин кордонів, а значить, учасником діалогу стає практично кожен, причетний до засобів масової інформації. Світ стає дійсно відкритим і при цьому ідея необхідності етичного консенсусу з фундаментальних питань стає обов'язковою умовою існування у світі, що трансформується. **А. А. Гусейнов** і **Р. Г. Апресян** вважають, що прикладна етика — це не механічне додавання етичних норм і принципів до потреб практичного життя, це особлива стадія розвитку моралі і етики, що знаменує собою їх синтез і «у рамках прикладної етики теоретичний аналіз, суспільний дискурс і безпосереднє ухвалення морально відповідального рішення зливаються воедино, стаючи змістом реальної суспільної практики. Це особлива форма теоретизування, яке безпосередньо включене в життєвий процес, свого роду теоретизування в термінах життя. І це — особлива форма ухвалення відповідальних рішень, самої людської практики».

Предметне поле прикладної етики складають так звані «відкриті моральні проблеми», тобто проблеми, які не мають однозначного рішення в умовах етичного плюралізму, що є відмінною рисою сучасного демократичного суспільства. До таких проблем відносять, наприклад, питання про допустимість активної евтаназії, абортів, страти, пересадки органів, маніпуляції з геномом людини та ін. Слід зазначити, що основу всіх цих проблем складають питання про цінність людського життя і про допустимість щодо неї стандартного аксіологічного підходу. Сьогодні поширена думка, нібито спеціальні знання надають особливої ваги думці професіонала про чисто моральну проблему. Дійсно, чи є наявність професійної підготовки визначальним чинником у момент ухвалення морального рішення: чи існують принципи

відмінності між моральним вибором професіонала, що спирається на значний масив спеціальних знань, і дилетанта, що керується інтуїцією, схильностями і перевагами?

Фахівці однакового рівня підготовки з однієї професійної сфери у схожих ситуаціях можуть дотримуватися абсолютно різних стратегій поведінки, наприклад, залежно від того, до якої моделі взаємин між лікарем і пацієнтом вони тяжіють. Американський дослідник **В. Річ** наводить таку класифікацію цих моделей:

1. Модель технічного типу: лікар є фахівцем, позбавленим будь-яких моральних якостей: він повинен керуватися тільки фактами, бути неупередженим і уникати ціннісних думок. Його завдання зводиться тільки до того, щоб надати в розпорядження пацієнта всі факти, а ухвалення рішення — справа пацієнта. Вада такої системи відносин полягає в тому, що весь тягар морального вибору перекладається на пацієнта.

2. Патерналістська модель: моральний авторитет лікаря створює такий тиск на пацієнта, що пригнічує його свободу й гідність, а кабінет лікаря або лікарняна палата набувають аури святості. Ця модель повністю звільняє пацієнта від моральної відповідальності.

3. Модель колегіального типу: лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колегу, прагнуть до однієї й тієї ж мети — ліквідації хвороби та захисту здоров'я. Лікар — «друг» хворого. У цій моделі особливу роль відіграє довіра, вона походить з рівності лікаря й пацієнта щодо гідності і пошани.

4. Модель контрактного типу: лікар і пацієнт діють на основі взаємних зобов'язань і взаємної очікуваної вигоди. Але обов'язки і вигоди мають свої межі. Для того щоб дана модель працювала, необхідно дотримуватись принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконувати обіцянки і бути справедливим.

Ця класифікація показує, що професійна підготовка хоча й лежить в основі формулювання і розгляду конкретних проблем прикладної етики, а також сприяє глибшому їх розумінню, але не є визначальною в момент ухвалення рішення.

3. Життя як найвища цінність

У наш час зростає роль ціннісних відносин і ціннісних орієнтацій в житті суспільства і людини. Теорія цінностей пов'язана з фундаментальними питаннями людського буття. Предмети і явища навколишнього світу не тільки володіють притаманними їм об'єктивними властивостями, але й перебувають у певних зв'язках з людиною, сприяючи досягненню поставленої мети, здійсненню її життєвих прагнень і поривань. Людина не просто пізнає предмети і явища дійсності, але й оцінює їх з точки зору своїх прагнень, своїх потреб та інтересів. Залежно від оцінок та уявлень про цінності поступово створюється певна спрямованість інтересів, а отже й діяльності особистості. Звідси постає те величезне значення, якого набуває проблема цінності.

Цінність людини і її життя розглядається як індивідуальний синтез усіх інших цінностей, що функціонують у суспільстві. Тому **цінність життя** є сукупністю елементів особистісних орієнтацій. Чому ж життя належить до вищих цінностей? Чому його цінують понад усе?

По-перше, тому що поза життям людини для неї немає і не може бути цінностей. Це єдиний критерій і умова для існування будь-якої іншої цінності. Для індивіда життя виступає як найвища цінність, найвище благо безвідносно до будь-чого. Цінність життя — це ніби фундамент і вершина для інших цінностей.

По-друге, залежно від розуміння цінності життя формуються відносини між людьми та ставлення суспільства до людини. Якщо цінність життя розглядається індивідуально, то соціальна значущість життя визначається не для самого індивідуума, а для цілого суспільства.

Питання про те, чи є сама людина цінністю, можна розглядати з двох боків: у чому для людини полягає цінність іншої людини і людини взагалі? У чому цінність її власного життя? Інтерес індивіда до інших людей має для нього сенс, залежний не тільки від того, який сам індивід. Говорити про те, який сенс має та чи інша людина безвідносно до того, яка вона сама, безглуздо.

Визначення цінності життя соціально прямо залежить від історичних умов. Щоб переконатися в цьому, досить відповісти на такі питання: що таке раб для рабовласника? що таке кріпак-селянин для феодала? що таке пролетар для буржуа? З розвитком цивілізації крок за кроком створювались передумови тих відносин між людьми, які абстрактно висловив категоричним імперативом **І. Кант**: роби так, щоб ти завжди ставився до людства і в своїй особі, і в особі будь-кого іншого так само, як до мети, і ніколи не ставився б до нього, як до засобу.

Про сенс людського буття вчені усього світу сперечаються з незапам'ятних часів. Дехто навіть думає, що питання про сенс життя не має відповіді, боцімто ставиться воно некоректно. Що мається на увазі під сенсом життя? Те, що є найголовнішим у житті людини й виражає його специфіку. Із цих позицій стає зрозумілим, що сенс життя людини виражається цінностями. Сенс людського буття — це ті цінності, які реалізують люди у своїх вчинках. Саме інститут цінностей відрізняє людей від усіх інших живих істот.

Отже, для того щоб визначити сенс життя, необхідно звернутися до ціннісних категорій, найбільш повні відомості про які дають філософія та конкретні науки. Спираючись на ці відомості, неможливо уявити собі найвагоміший моральний орієнтир (ідеал), ніж життя у відповідності з принципом відповідальності. Кожна людина діє не інакше, як у повній відповідності зі своїми ціннісними установками, повсякчас порівнюючи їх одну з одною. Втім, успішно реалізувати принцип відповідальності вдається не кожній особистості: багатьом бракує або освіти, або доброї волі, або етичної поінформованості. Сенс життя є в кожного, але, безумовно, не всякий сенс життя заслуговує на схвалення. Різного роду відхилення від етики відповідальності (незалежно від того, відбуваються вони добровільно чи мимоволі) ведуть у царство аморальності, а часом і злочинів проти людства.

Отже, у кожної людини є сенс життя — її цінності. Ідеалом же моральності з позицій філософії та науки сьогодення

виступає максимальна реалізація принципу відповідальності. Зроблені висновки дозволяють із досить змістовних позицій розглянути **низку дискусійних питань**. Нас цікавлять проблема добра і зла; свобода віросповідання й релігійних цінностей; етика ненасильства. Розглянемо ці питання детальніше.

Часто стверджують, що сенс життя полягає в тому, щоб творити людям добро. З таким твердженням слід, мабуть, погодитися, але за принаймні одного неодмінного уточнення щодо змісту слова «добро». «Добро» — це термін, що дійшов до наших днів із глибини століть. Щоб уточнити його теперішній зміст, необхідно звернутися до поважних етичних теорій. Але тоді з'ясовується, що в сучасному розумінні добро є не що інше, як дотримання етики відповідальності, а сенс життя полягає в тому, щоб бути добрим, інакше кажучи, — бути відповідальним.

Поміркуємо тепер про свободу віросповідання й релігійних цінностей. Дуже часто свободу віросповідання ототожнюють із так званою свободою совісті. Таке слововживання породжує певну плутанину. Річ у тому, що термін «совість», незважаючи на свою біблійну історію (він згадується в Новому Завіті три десятки разів), згодом набув філософської ваги. Під совістю звичайно розуміють усвідомлення найвищої форми моральності. У цьому контексті свобода совісті — це щось зовсім інше, ніж свобода віросповідання.

Вимога свободи віросповідання допускає культивування будь-якої релігії, кожна людина визнається самодостатньою у своєму релігійному самовизначенні. Таке самовизначення передбачає цілком конкретний ціннісний вибір. При осмисленні мотивів і наслідків цього вибору з'ясовуються певні лінії напруженості, що існують між філософією та релігією. Етичні спрямування релігії та філософії відрізняються досить істотно.

Відповідно до чільної у філософії етичної тенденції, цінності винаходять самі люди й постійно вдосконалюють їх у процесі різних історичних метаморфоз. Із цією позицією адепти найвпливовіших релігійних систем, таких як іудаїзм, християнство й іслам, не згодні категорично. Вони вважа-

ють, що все найбільш релігійно значуще задано Божественним Прозрінням, його повідомили людям відповідно **Мойсей** (іудаїзм), **Ісус Христос** (християнство), **Магомет** (іслам). Божественне Прозріння задає незмінні, раз і назавжди дані цінності. У Нагірній проповіді **Христа** блаженними названі ті, що страждають і прагнуть правди, милостиві й чисті серцем, миротворці, вигнані за правду й переслідувані за християнську віру та любов до Бога. За християнським вченням, кожен його прихильник свідомо є людиною високоморальною, причому без філософії та наук.

Як ставляться сучасні філософи до релігійних, у тому числі християнських, цінностей? По-різному. Одні їх гаряче схвалюють, інші різко критикують. Дуже багато філософів вважають християнську етику найважливішим і досі актуальним досягненням. Водночас вони вважають, що новітня етика слідом за бурхливим розвитком філософії та науки сягнула далеко за релігійні обрії. Суть справи доволі проста: щоб бути по-справжньому моральним у конкретній ситуації, потрібно дуже багато знати, а тому не обійтися без філософії та наук.

Звернімося тепер до проблеми «насилля — ненасилля». Взаємини людей неможливі без співробітництва. Якщо воно налагоджене за етичними приписами, то насильству немає місця. Моральні суб'єкти взаємодіють між собою не за правом сильного, а на основі узгодження своїх ціннісних переваг. Певною мірою ця обставина була передбачена понад три тисячі років тому. Вперше теза про ненасильство була сформульована у давньоіндійських гімнах. Слід зазначити, що ідея ненасильства і тепер є візитною карткою індійської філософії. Ідея ненасильства посідає чільне місце в Старому й Новому Завіті. Давньоєврейський пророк **Мойсей** передає одну з десяти заповідей Бога: «Не убий». **Ісус Христос** відкидає древнє правило «око за око, зуб за зуб» і пропонує підставити тому, хто вдарив тебе по правій щоці, ще й ліву. До **Христа** людей вчили ненавидіти ворогів, він же пропонує їх возлюбити так само, як і своїх ближніх. У російській філософії ідею непротівлення злу насильством енергійно

проповідував **Л. Толстой**. Він бачив у цій ідеї конкретизацію постулату любові до Бога.

При всій своїй привабливості положення про ненасильство у наш час багатьма відкидається. Адже на силу часто доводиться відповідати силою. За альтернативою «насилля — ненасилля» явно проглядається якесь складне для розуміння питання. Насильство супроводжує етичну недорозвиненість. Ненасильство — це плід гарної етики.

Справжня мораль полягає не в тім, щоб від імені перетвореного на абсолют постулату ненасильства безмовно підкорятися грубій чи будь-якій іншій силі. Справжня моральність припускає вчинки, органічно узгоджувані з етикою відповідальності.

Етика відповідальності — необхідна філософська основа розбудови правової держави. Право — сукупність обов'язкових правил поведінки (норм), установлених державою. Зрозуміло, ці правила поведінки не можуть бути довільними. Їхнє справжнє призначення — забезпечити той етичний мінімум, що гарантує ненасильницькі взаємини між членами даної спільноти.

Отже, людина — це особлива, абсолютна цінність, з якою співвідносяться усі інші цінності. Але абсолютною цінністю людина є тільки в потенції. Перетворення абсолютного характеру цінності людини з потенції в реальність означає становлення вільного розвитку індивідів суспільно значущим явищем. Основним шляхом підвищення цінності життя є всебічний розвиток індивідуальності на основі удосконалення суспільних відносин.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте поняття «життя людини як цінність» в історико-етичному вченні.
2. У чому полягає зміст поняття «життя»? Покажіть етичний та медичний підходи до визначення цього поняття.
3. Розкрийте етичне та медичне розуміння поняття «цінність життя».

4. В чому полягають моральне право та відповідальність лікаря за життя пацієнта?
5. Які цінності відносять до вищих?
6. Що таке життя? Які визначення життя Ви можете дати?
7. В чому Ви вбачаєте цінності біологічного та соціального життя?
8. Подумайте над тим, які можна запропонувати шляхи вдосконалення біологічного і соціального життя.
9. Який зміст поняття «сенс життя людини»? Звідки воно виникає?
10. Для чого людині необхідно шукати сенс життя? Перед ким і в якій формі людина несе відповідальність за реалізацію своєї програми життя?
11. Якими основними категоріями презентується сенс життя?
12. Як цінність життя розглядається етикою і медициною?
13. Схарактеризуйте об'єкт і предмет медицини та етики.
14. Назвіть загальні принципи прийняття етичних і медичних рішень щодо проблеми життя людини.
15. Які особливості розуміння проблеми «життя як цінність» у XX та XXI століттях у світі та в сучасній Україні?
16. Роль вищих цінностей в житті людини і суспільства.
17. Чи можуть обрані цінності віддзеркалювати сутність людини?
18. Розкрийте проблему добра і зла в ціннісному вимірі життя людини.
19. Покажіть цінність життя людини у просторово-часовому вимірі.
20. Покажіть цінність життя людини в глобальному вимірі.
21. У чому полягають глобальні проблеми сучасності та проблеми цінності життя людини?
22. Розкрийте поняття «суїцид» у життєво-ціннісному ракурсі.

Тести для самоконтролю

- 1. Оберіть ознаки, що характеризують сутність цінності:**
 - a.* цінність — це функціональне відношення предметів до людини
 - b.* цінність — є соціальна, а не природна властивість об'єкта
 - c.* поза потребами людей цінності не існує
 - d.* предмет, про існування якого людина нічого не знає
 - e.* оцінювання — є емоційно-чуттєве відображення дійсності
 - f.* цінність — засіб вираження свободи людини
- 2. Вищими цінностями є:**
 - a.* свобода
 - b.* кар'єра
 - c.* сім'я
 - d.* життя
 - e.* гроші
 - f.* здоров'я
- 3. Які чинники є ключовими, що визначають ставлення людини до життя як до цінності?**
 - a.* політичні
 - b.* духовні
 - c.* медичні
 - d.* соціальні
 - e.* демографічні
 - f.* екологічні
 - g.* моральні
- 4. Життя — це право чи обов'язок?**
 - a.* кожна людина має право на життя
 - b.* не кожна людина має право на життя
 - c.* людина повинна нести відповідальність за своє життя перед суспільством і собою
 - d.* людина не повинна нести відповідальність за своє життя перед суспільством і собою
 - e.* життя — це гармонійне поєднання права та обов'язку людини

5. Якій моделі взаємин між лікарем і пацієнтом відповідає та чи інша її характеристика?

1. Модель технічного типу	<i>a.</i> лікар і пацієнт мають бачити один в одному колегу. Лікар — це «друг» хворого. У цій моделі особливу роль відіграє довіра
2. Патерналістська модель	<i>b.</i> лікар є фахівцем, що позбавлений будь-яких моральних якостей: він повинен керуватися тільки фактами, а прийняття рішення — справа пацієнта. Весь тягар морального вибору перекладається на пацієнта
3. Модель колегіального типу	<i>c.</i> моральний авторитет лікаря так тисне на пацієнта, що пригнічує його свободу й гідність. Ця модель повністю звільняє пацієнта від моральної відповідальності
4. Модель контрактного типу	<i>d.</i> лікар і пацієнт діють на основі взаємних зобов'язань і взаємної очікуваної вигоди

6. Чи існують, на Ваш погляд, особливості ставлення до проблеми життя як цінності у здорової та хворої людини?

- a.* здорова людина не замислюється над життям як цінністю
- b.* людина починає цінувати життя після того, як захворіє
- c.* людина завжди цінує життя
- d.* не кожна людина завжди цінує життя

7. Глобальні проблеми сучасності та урбанізація роблять життя людини:

- a.* яскравим, наповненим
- b.* непомітним, спустошеним
- c.* майже не впливають на внутрішній світ людини
- d.* суттєво змінюють внутрішній світ людини

8. Визначте сутність гедоністичної концепції сенсу життя людини:

- a.* сенс життя обумовлений свободою
- b.* життя — це задоволення, насолода
- c.* життя — це страждання
- d.* життя не має ніякого сенсу

9. Сенс життя людини визначає:

- a.* сама людина

- b. суспільство
- c. сама людина разом із суспільством

10. Визначте сутність егоїстичної концепції сенсу життя людини:

- a. життя заради самоствердження
- b. життя заради слави
- c. життя заради себе
- d. життя заради інших людей, здатність до самопожертви
- e. життя заради збагачення

11. Людина, що здійснює суїцид:

- a. знімає тягар відповідальності із суспільства
- b. накладає тягар відповідальності на суспільство
- c. звільняє себе від будь-яких обов'язків перед собою
- d. звільняє себе від будь-яких обов'язків перед суспільством

Додаткові навчаючі завдання

1. Уявіть, що у Вас з'явилась нагода поспілкуватися із французьким письменником, сатириком-моралістом XVII століття Жаном Лабрюйєром, який висловив таку думку: «Здоров'я — це те, що люди найбільше прагнуть зберегти і найменше березуть». У зв'язку з цим висловом цікаво послухати Ваші відповіді на такі запитання:

Збереження здоров'я — це особиста проблема людини?

Якщо держава (а це також і медичні установи) вважає, що здоров'я людини — національне багатство, то чи повинна вона опікуватися здоров'ям конкретної людини?

Чи зберегли свою актуальність думки Ж. Лабрюйєра про здоров'я людини як цінність? Наведіть свої аргументи.

2. До Вас, як до лікаря, звернувся пацієнт, що має багато захворювань, з проханням надати йому допомогу. З економічних причин у пацієнта коштів на ліки немає. Єдине, що залишається, це дати пацієнтові рекомендації щодо здорового способу життя. Що Ви йому запропонуєте?

3. Спираючись на власні знання про поняття «життя», запропонуйте свої роздуми на тему «Життя як найвища цінність».

4. У ХІХ сторіччі німецький філософ Артур Шопенгауер висловив таку думку: «Здоров'я так переважає всі інші блага життя, що справді здоровий жебрак щасливіший за хворого короля». Але відтоді минуло чимало часу, тож хіба здоров'я досі залишається серед переможців у рейтингу вищих цінностей? Нове тисячоліття дало людині неабиякі можливості і майже перевернуло уявлення про здоров'я і життя. Зокрема, перед кожною людиною відкрилися двері до нового соціального статусу завдяки цим можливостям: політичним (можна стати президентом, депутатом), економічним (можна стати мільярдером і купувати острови, футбольні клуби), медичним (можна збільшувати тривалість життя, трансплантувати органи, лікувати майже будь-яку хворобу). То чи варто тепер погоджуватися з Артуром Шопенгауером? Спробуйте посперечатися з німецьким філософом.

5. Чи згодні Ви з таким твердженням: коли замислюєшся про смерть, то більше починаєш цінувати життя? Розгляньте два вислови. Перший належить російському поетові М. О. Некрасову: «Не страшно вмерти, а страшно помирати». Другий — індійському письменнику Абул Азаді: «Найлегше у житті — померти, а найтяжче — жити». Прокоментуйте кожний з цих висловів. Чи вважаєте Ви, що у висловлюваннях про смерть йдеться про життя? Переконайте в цьому або заперечте. Як цими висловами можна керуватися у повсякденному житті та в медичній практиці?

6. Бригаду швидкої медичної допомоги викликали за фактом спроби суїциду, яку здійснила дівчина віком 18 років. Вам, як лікарю, необхідно не тільки надати першу медичну допомогу, але й спробувати переконати пацієнтку у помилковості такого кроку з життєво-ціннісної позиції. Доведіть дівчині, що жити варто.

Література

1. Гусейнов А. А. Этика: [учебник] / Гусейнова А. А. Апресян Р. Г. — М.: Гардарики, 2005. — 472 с.

2. Жизнь как ценность. — М.: Институт философии РАН, 2000. — 270 с.
3. Иванюшкин А. Я. Профессиональная этика в медицине / Иванюшкин А. Я. — М., 1990. — 224 с.
4. Канке В. А. Философия. Исторический и систематический курс: [учебник для вузов] / Канке В. А. — М.: Логос, 2005. — 376 с.
5. Капарашвили М. Д. Парадигма мышления и системы ценностей / Капарашвили М. Д. // Философские науки. — 2003. — № 8.
6. Кутырёв В. А. Человек XXI века: уходящая натура / Кутырёв В. А. // Человек. — 2001. — № 1.
7. Ливрага Х. А. Сокровенный смысл жизни / Ливрага Х. А., Гусман Д. С. [пер. с исп., 2-е изд.] — М.: Новый Акрополь, 2003.
8. Новиков Д. В. Христианское учение о человеке / Новиков Д. В. // Человек. — 2001. — № 1.
9. Пустовит А. В. Этика и эстетика: Наследие Запада. История красоты и добра: [учеб. пособие] / Пустовит А. В. — К.: МАУП, 2006. — 680 с.
10. Рич В. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Рич В. // Биоэтика. Проблемы и перспективы. — М., 1992.
11. Современный философский словарь / [под общ. ред. Кемеровова В. Е. — 3-е изд.] — М.: Академический Проект, 2004. — 864 с.
12. Філософія / [підр. для медич. вищ. навч. закл]; за заг. ред. М. В. Попова, О. О. Закордонця. — К. — Х. ВПП: «Контраст», 2005. — 488 с.
13. Філософія / [підручник]; за заг. ред. Горлача М. І, Мануйлова Е. М. — Х.: Модель Всесвіту. — 2001.
14. Франкл В. Человек в поисках смысла: / сборник [пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева]. — М.: Прогресс, 1990.

1.3. Філософські проблеми евтаназії

План:

1. *Соціально-філософське розуміння евтаназії.*
2. *Сучасний стан проблеми евтаназії.*
3. *Альтернативи евтаназії.*

Ключові слова: життя, смерть, евтаназія, «право на життя», «право на смерть», патерналізм, антипатерналізм, хоспіс.

1. Соціально-філософське розуміння евтаназії

Людина — єдина істота, що усвідомлює свою смертність і може зробити її предметом своїх роздумів. Але неминучість смерті не сприймається людиною як абстрактна, неперсоніфікована істина, а викликає сильні емоційні потрясіння, сягає глибин її внутрішнього світу. Китайський мудрець **Конфуцій** писав: «Усім зрозуміла радість життя, але не усім — його гіркота. Усім зрозуміла втома старості, але не усім — її свобода. Усім зрозумілий страх смерті, але не усім — її спокій».

Смерть, як і життя, є універсальною, вона присутня скрізь. Тому зрозуміло, що людство упродовж усього часу існування не могло бути байдужим до осмислення феномена смерті в контексті свого соціокультурного розвитку. Бажання розкрити таїнство смерті втілилось у народних традиціях, фольклорі, мистецтві, літературі, релігії та філософії.

У філософії смертність людини розглядається не стільки як природний, скільки як соціальний феномен, що потребує раціонального осмислення та сприйняття. Вже реконструкція захоронень неандертальців свідчить про існування у них уявлень щодо незакінченості людського існування зі смертю. Це уявлення пізніше привело до появи поняття безсмертної безтілесної душі. За допомогою безсмертя людство намагалося звільнитися від страху перед неминучістю смерті.

У повсякденному житті, в релігійній, філософській та науковій літературі поняття безсмертя набувало різного змісту. Наприклад, воно могло розумітися як реінкарнація — перевтілення душ, чи як продовження людського життя в нащадках; як досягнення вічної, неминучої якості життя, або як розчинення певної безособистісної психічної сутності в духовному субстраті Бога. Так чи інакше, незважаючи на різні тлумачення, безсмертя невідривно пов'язане з прагненням людини будь-яким чином подолати тимчасовість свого існування.

Спроби осмислення феномена безсмертя душі знаходимо ще в одкровеннях **Гермеса Трисмегіста**, який жив у Стародавньому Єгипті (близько IV тис. — 130–60 рр. до Р. Х.). Він відкрив метод здобуття людиною безсмертя й розвинув ідею про існування єдиного Бога. Давньогрецька міфологія починає тлумачити безсмертя не тільки як властивість, що притаманна лише богам, а й як нагороду, яку боги дарують героям. Звичайні ж люди помирають, їх тіла перетворюються на порошок, а душі приречені вічно блукати в підземному царстві у вигляді безпомічних духів.

Зороастризм Давнього Сходу теж визнає безсмертя душі, зокрема те, що тоді як умирає тіло, душа переходить в інше життя — не гине, а існує вічно. Відповідно до цього вчення, людина є безсмертний дух, який просувається щаблями послідовного розвитку до того часу, коли цей дух досягне усвідомлення абсолютного буття і з'єднається з Нескінченим **Ахура Маздою** — єдиним Творцем.

У Стародавній Індії смерть вважали своєрідними воротами, через які відбувається повернення до життя, переродження душі з одного тіла в інше. Згідно з індійською традицією, світ розвивається за своїми космічними законами (**дхарма**), які, однак, перебувають в нерозривному зв'язку із законами, що керують долями людей (**карма**). Поняттями дхарми і карми пройнята вся давньоіндійська філософія. Повнота усіх подій, що охоплюють як закони Всесвіту, так і долю кожної людини на землі, постає в коловороті «колеса Сансари». Тому народження і смерть — лише етапи духовного існуван-

ня й передумова подальшого розвитку Душі людини, частина її дійсного життя. А найвища мета людини — звільнення від мирського існування, тобто припинення руху «колеса».

У філософських вченнях античності безсмертя тлумачилось як природний стан єдиної субстанції, що наділена космічним розумом. Однією із спроб подолати страх смерті й надати їй філософського змісту було вчення **Сократа**, який розумів смерть як відокремлення вічної душі від смертного тіла. Обґрунтування метафізичного принципу безсмертя людської душі здійснив **Платон**, учень **Сократа**. У своєму діалозі «Федон» Платон стверджував, що душа безпочаткова і безсмертна. **Аристотель** вважав, що в людині безсмертним є тільки її розум, який після смерті зливається зі вселенським розумом. Смерть у **Аристотеля** — лише протилежність життя.

Вчення Сократа, Платона і Аристотеля про безсмертя душі дещо пом'якшували трагізм смерті та буття людини. На противагу їм **Епікур** і **Лукрецій Кар** відкидали вчення про безсмертя душі. Вони намагалися у свій спосіб звільнити людину від страху перед смертю та загробним життям. **Епікур** стверджував, що смерть неможливо відчутти, тому що зі смертю душа людини розпадається на атоми. У **Лукреція Кара** смерть притаманна не тільки всіляким істотам, а й самому життю, Всесвіту загалом. Тому не потрібно боятися природності смерті.

Під іншим кутом розглядали феномен смерті **римські стоїки**. **Сенека** вважав страх смерті зворотним боком життя. На його думку, лише людська гідність здатна подолати цей страх. Для світогляду **Марка Аврелія** характерним є відчуття безпомічності та нікчемності людського життя: тому потрібно лише чекати смерті (злиття людського духу із безсмертним світовим розумом). Взагалі, стоїцизм виходив з того, що потрібно боятися не смерті, а недоброчесного життя.

Прагнення подолати відчуття безвиході та конечності земного буття сприяли виникненню релігійних та філософських вчень з ідеями безсмертності душі, спасіння та воскресіння.

Розвиток науки зумовив переворот у системі цінностей людини. Результатом зміни свідомості на початку Нового часу стає природничо-наукове мислення, яке спирається на матеріальні, здебільшого фізичні зв'язки в природі. З часом все більше стираються межі між природними сферами, між поняттями тіла, життя, душі, духу. Але обмеження лише матеріальними процесами, на які традиційно спирається природознавство, не робить переконливими спроби розв'язання проблеми смерті. Адже духовно-душевні зв'язки, які, власне, і роблять для нас смерть проблемою, залишаються за межами аналізу цього складного питання.

Слід зазначити, що в європейській парадигмі смерті, як і раніше, панує антитеза, запропонована ще **Сократом**: смерть або подібна до сну без сновидінь (смерть як ніщо), або смерть — це перехід у інший світ, інший стан, уже не пов'язаний із земним існуванням. Європейська мораль пережила всі спроби «технізації й медикалізації» смерті, що знайшло відображення в установці непримиренної боротьби з нею, негативному емоційному ставленні до ритуалу поховання мертвих, у стигматизації всіх форм «неприродної смерті», а також усього того, що може її викликати, — суїциду, катувань, хвороб, тілесних і психофізичних аномалій тощо.

З особливою гостротою обговорюється, наприклад, «право на смерть» у дискусіях, де зіштовхуються дві протилежні позиції, що визнають, з одного боку, необмеженість свободи особи у вирішенні цих питань (**антипатерналізм**), а з іншого боку, — її повну підпорядкованість суспільним і державним інтересам (**патерналізм**). При цьому в сучасних дискусіях про «право на смерть» мають на увазі не самогубство як дію активного суб'єкта, а стан помираючої людини, що виступає пасивним об'єктом, котрому штучно уповільнюють настання смерті.

У цьому контексті дедалі актуальнішими стають суперечки щодо **евтаназії**. Евтаназія (ευθανασία) — складне слово, що поєднало в собі начебто несумісні поняття: танатос (θάνατος) грецькою означає смерть, ев (ευ) — гарний, благий.

Це слово, як бачимо, означає безболісну, спокійну, тиху, «блаженну» смерть, особливо приреченої людини. Сам термін «евтаназія» був запропонований у XVII сторіччі англійським філософом **Ф. Беконом**. На початку XX сторіччя юрист **К. Біндінг** та психіатр **А. Гохе** вирішили називати евтаназією знищення так званих «неповноцінних» життів, що набуло поширення у фашистській Німеччині. Міжнародний військовий трибунал кваліфікував ці дії як злочини проти людства. Підвищений інтерес до евтаназії в останні десятиліття пов'язаний із прогресом медицини, особливо реаніматології, яка дозволяє боротися зі смертю тривалий час.

Сьогодні варто розрізнати кілька видів евтаназії:

➤ **евтаназія**: легка, безтурботна смерть, що настала природним шляхом або за допомогою спеціальних засобів;

➤ **добровільна евтаназія**: викликання у хворого, що страждає від нестерпного болю, легкої і безтурботної смерті на його осмислену вимогу, за допомогою різноманітних медикаментозних та інших засобів;

➤ **примусова евтаназія**: викликання легкої і безтурботної смерті людини не на її вимогу, а з дозволу родичів, суспільства і його законодавчих інститутів;

➤ **милосердне убивство**: юридичний еквівалент поняття добровільної евтаназії;

➤ **пасивна евтаназія**: різновид добровільної або примусової евтаназії, коли припинення необхідної підтримуючої терапії тягне за собою смерть;

➤ **активна евтаназія**: різновид добровільної або примусової евтаназії, коли смерть викликають застосуванням спеціальних засобів.

Усі ці види евтаназії об'єднує головне — смерть людини, яка завжди була, є і буде для людини проблемою, що стосується її права.

Якоюсь мірою термін «право на смерть» звучить парадоксально. Адже споконвічно передумовою всіх людських прав було найголовніше з них, фундаментальне — право на життя. Взагалі, будь-які з колись проголошених прав людини

можна розглядати як розгортання або конкретизацію цього основного права, тому що кожне з них обов'язково є одним із проявів життя, задоволення певних життєвих потреб, інтересів, прагнень. Добровільний же відхід із життя — самогубство — засуджувалось релігією, аж до того, що самогубців забороняли ховати на цвинтарях. Нині, завдяки інтенсивному розвитку медицини, питання про життя і смерть часом стає питанням вибору. Причому, цей вибір здійснює не тільки людина, про життя і смерть якої йде мова, але й інші люди. Коли процес смерті знаходиться під позаособистісним контролем, тоді «право померти» стає проблемою: виникає питання, чи є право на життя не тільки правом, але й обов'язком, чи повинне суспільство охороняти життя людини всупереч її волі? Звичайно, завдання лікаря і всіх інших причетних людей — допомогти хворому у боротьбі з недугою, а іноді і змусити його це робити. Відомо, що воля в різних людей різна: хтось мало не вмирає від нежиття, а хтось із переломами кісток стає чемпіоном світу.

Саме тому завжди необхідно розглядати конкретні ситуації, в яких добровільна евтаназія є гуманним і милосердним актом, а також чітко зазначити, які поняття й дії лежать за її межами. Добровільна евтаназія не може бути спрямована проти старих, слабих та інших «зайвих» людей, навіть якщо вони просять легкої смерті.

Добровільна евтаназія не може бути застосована до психічно неповноцінних осіб, до дітей з уродженими каліцтвами і тому подібних контингентів хворих, якщо їхнє життя не супроводжується болісними стражданнями.

Добровільна евтаназія не дає медичним працівникам права застосовувати її на власний розсуд: перша і безумовна вимога — наявність твердого бажання хворого вкоротити своє життя.

Добровільна евтаназія не може бути первинною дією: до неї вдаються після того, як вичерпані всі відомі науці засоби позбавлення людини страждань і намагання продовжити її гідне життя. Добровільна евтаназія не заохочує до самогубства

здорових людей: її мета — позбавити хвору людину страждань, коли вичерпано всі інші можливості. Добровільна евтаназія не зачіпає проблему милосердних способів убивства на війні, при відправленні правосуддя та в інших подібних ситуаціях.

Отже, головними умовами добровільної евтаназії є:

1) безумовно добровільне бажання хворого померти, коли він ще перебував при здоровому розумі й твердій пам'яті;

2) наявність у хворого невиліковного на цей час захворювання, що стане безпосередньою причиною смерті в найближчі дні, тижні або місяці;

3) існуючі або неминуче очікувані страждання, що супроводжують сконання від даної хвороби;

4) наявність у розпорядженні медицини засобів, що забезпечують дійсно легку і безтурботну смерть;

5) створення законодавства, яке абсолютно виключає можливість неправильного виконання евтаназії або зловживання нею.

Відсутність хоча б однієї з цих умов виключає право застосування добровільної евтаназії.

Сучасні філософи, юристи, лікарі, теологи прагнуть розв'язати два фундаментальних питання: чи може евтаназія взагалі мати моральні підстави, і якщо так, то за яких умов вона має бути узаконена? Як називатиметься лікар, що буде виконувати евтаназію? При вирішенні цих питань багато вчених займають антипатерналістську позицію, вважаючи, що найважливішим моральним принципом має бути принцип вільного вибору людиною життя чи смерті. Вони виходять із того, що втручання у свободу дій індивіда, зокрема в його рішення прискорити настання своєї смерті, морально не виправдане в тому випадку, якщо він цим не завдає шкоди іншим людям, і акт евтаназії як прояв індивідуальної свободи не треба тоді забороняти законом.

Міркування антипатерналістів нерідко будуються в такий спосіб: сучасні медичні технології значно розширили можливості продовження життя, але помираючі люди іноді самі

помічають поступову руйнацію своєї природи, усіх форм активності і не тільки зазнають постійних фізичних страждань, але й усвідомлюють свою обтяжливість для своїх близьких. У таких випадках, на думку антипатерналістів, аморально не дозволити людині померти.

Однак вчені, що схиляються до патерналізму, вважають евтаназію **неприпустимою**, висуваючи проти моральної правомірності позбавлення людини життя такі основні аргументи. **По-перше**, людське життя недоторканне, і тому евтаназію не можна застосовувати ні за яких обставин. Причини звертання до сакраментальності людського життя різноманітні (вони можуть спиратись на релігійні настанови або на переконання, що святість людського життя є стрижнем суспільного порядку, і т. п.). **По-друге**, при евтаназії можливі зловживання з боку лікарів, членів сім'ї або інших зацікавлених осіб. **По-третє**, евтаназія суперечить принципу «поки є життя, є надія», не враховує ймовірності помилкового діагнозу лікаря. Застосування евтаназії в цих випадках призводить до незворотних наслідків. Крім того, після смерті хворого, до якого вже застосували евтаназію, можуть з'явитися нові ліки, здатні перемогти раніше невиліковне захворювання.

Багато вчених намагаються на основі філософського визначення життя вирішити й суто конкретне питання про те, коли настає смерть людини, що дає право лікареві відключити апарати штучного підтримання життя (тобто застосувати пасивну евтаназію). Обговорюються дві основні точки зору: одна твердить, що життя людини слід зберігати до останнього моменту; інша вважає за можливе констатувати факт смерті і відключити апарати після загибелі кори головного мозку. Гострота й актуальність цього питання обумовлені також поширенням практики пересадки органів (трансплантації). Щоб виключити можливість зайвої поспішності лікарів при констатуванні смерті донора, від якого беруться органи для майбутньої пересадки, було висунуто умову: факт смерті можливого донора має констатувати бригада медиків, незалежна від тих, хто здійснює пересадку.

Очевидно, що сьогодні філософські міркування про життя і смерть є необхідними також для вирішення конкретних проблем, що виникають у зв'язку з розвитком біології, медицини та охорони здоров'я. Науковий гуманізм також шукає для людини моральну опору, включаючи те, що відноситься, так би мовити, до культури вмирання. Не фантастичні мрії і надії, не панічно негативні емоції та хвороблива психічна напруженість в очікуванні смерті, а чесний і мужній підхід до неї особистості, яка мудро вирішила для себе це питання як органічну частину свого життя, — ось та філософська основа, яку пропонує науковий, реальний гуманізм.

Реальний філософський гуманізм пропонує такий ідеал, що визначає зміст людського життя в його індивідуальних, особистісних і загальнолюдських, соціальних параметрах. Цей ідеал підтверджує водночас діалектичний взаємозв'язок природно-біологічного і соціального, кінцевого і нескінченного, смерті і безсмертя.

2. Сучасний стан проблеми евтаназії

До 30-х років ХХ століття проблема евтаназії не викликала широкого суспільного резонансу, поки не з'явилися перші організації її прихильників, що почали об'єднуватися в різноманітні товариства й фонди.

1935 року в Лондоні було створене перше у світі «Товариство добровільної евтаназії». Воно було засноване для пропаганди ідеї про те, що дорослій людині, яка тяжко страждає від смертельної хвороби, від якої ще не відомі засоби лікування, закон має надати право на милосердя безболісної смерті за умови, що таким є бажання хворого. У 1980 році це товариство перейменували в «ЕХІТ» — «Товариство за право померти з гідністю».

У 1938 році подібна організація з'явилася в США (у 1967 році її було перейменовано в «Турботу про сконання»). 1973 року товариства на підтримку евтаназії виникли в Нідерландах і Швеції. Вже наприкінці року товариство в Нідерландах об'єднувало понад 1200 членів. Одним із головних прихиль-

ників евтаназії там був **П. Адмірал**, онколог і анестезіолог із католицької лікарні в Делфе. Він був переконаний — за деякий час Нідерланди доведуть світові, що евтаназія може бути «заключним актом у процесі лікування». У 1976 році в Японії також було створене товариство легкої смерті.

У 1989 році лікар **Джек Кеворкян** започаткував практику активної евтаназії в Америці. Декілька разів справи, що стосувалися його практики, передавали на розгляд суду, проте кожного разу його виправдовували. **Кеворкян** розробив пристрій для введення отрути в організм пацієнта, який починав працювати, коли пацієнт сам натискав особливу кнопку, яка приводила механізм у дію. У 1999 році «доктор смерть» особисто здійснив процедуру евтаназії на очах мільйонів телеглядачів, демонструючи всі моменти з мінливими планами, фіксувався навіть момент смерті. Цього разу суд звинуватив його у навмисному убивстві й засудив до 25 років позбавлення волі.

Уперше евтаназія набула законності у 1994 році в американському штаті **Орегон**. На сьогодні евтаназію у формі асистованого суїциду легалізовано в **Австралії (1997), у кількох штатах Америки, в Бельгії та Нідерландах (2001)**. В інших країнах, незважаючи на статистичні дані про існування широкої практики нелегальної евтаназії, будь-які форми останньої офіційно визнають злочином, а це питання в юридичному відношенні залишається відкритим. Кримінальний кодекс багатьох країн прирівнює евтаназію до вбивства людини. У деяких країнах, таких як Італія або Україна, незважаючи на заборону евтаназії, життєпідтримуюче забезпечення хворого, який перебуває в комі, може бути відключене за рішенням близьких родичів або на підставі медичних показань. У багатьох країнах (Італія, Данія, Франція та ін.) існують громадські організації як прибічників, так і супротивників легалізації евтаназії.

Поки що евтаназія не увійшла в повсякденну практику як суспільна (медична) система дій з ряду причин — психологічних, медичних, соціальних, законодавчих, етичних.

Це зумовлено тим, що небажання жити не можна автоматично тлумачити як бажання вмерти, а страх перед точно встановленою датою смерті здатен перетворити останні години помираючої людини, на суцільний жах.

Крім того, ще не вирішене питання, хто саме повинен здійснювати евтаназію, й не існує єдиної медичної технології (наприклад, не визначено дози для різних людей). Залишаються й головні питання — як позначиться на духовному розвитку суспільства широке використання евтаназії та як уникнути зловживань евтаназією? Отже, суперечки між супротивниками та прибічниками евтаназії тривають.

Право на смерть у контексті сучасної біоетики постає як захист і збереження достоїнства і вільного виявлення волі автономної особистості, які з етичного погляду не менш важливі за психофізіологічний аналіз причин смерті. Біоетика визнає за кожною людиною право (й особисту відповідальність) на унікальність як свого життя, так і своєї смерті. Водночас головною світоглядною передумовою біоетики, що збігається з християнським світосприйняттям, досі залишається повага до життя будь-якої живої істоти, співчуття та милосердне ставлення до людини. Єдиного, універсального рішення з цього питання бути не може, тому що пошук сенсу життя та смерті — довгий і суто особистий для кожної людини шлях. Людина — це не лише тіло або психофізична цілісність, а й особлива духовно-тілесна реальність, особистість. Не тільки життя, а й смерть для неї — це постійне утвердження свободи свого духу і виявлення особливого, неповторного духотілесного світу.

Останнім часом у медичній і юридичній літературі публікують матеріали про застосування евтаназії на практиці. Мабуть, одним із перших випадків застосування активної добровільної евтаназії, що став відомий усьому світові, була смерть основоположника психоаналізу **З. Фрейда**. Останні 16 років життя він хворів на рак порожнини рота і за цей час витримав 31 операцію. У віці 69 років він одержав від свого лікаря згоду здійснити йому процедуру евтаназії, коли

життя стане нестерпним. Його страждання тривали ще 14 років, але одного дня 83-річний пацієнт нагадав лікареві про його обіцянку: 24 вересня 1939 року смертельна доза морфіну обірвала життя **З. Фрейда**.

На потребу дня з'явилися й регулярні періодичні видання з проблем евтаназії. З 1975 року виходить бюлетень «Новини евтаназії» (**Euthanasia News**), започаткований Британським товариством евтаназії. Згодом такий же бюлетень почало випускати й Американське товариство евтаназії.

У різних країнах існують прихильники легалізації евтаназії, частина яких об'єднана в національні товариства, що входять до Всесвітньої федерації товариств за право померти достойно. Періодично в широкій та спеціальній медичній, філософській, юридичній, теологічній пресі з'являються статті, дискусії, монографії прихильників і супротивників запровадження евтаназії. Проводяться опитування суспільної думки, дискусії на радіо й телебаченні, симпозіуми та конференції лікарів, юристів, філософів, теологів, парапсихологів.

Створюється враження, що чим більше з'являється прихильників евтаназії, тим активнішою стає **опозиція**. Головні аргументи її такі:

1) догмат «**не убий**», що означає: будь-яке позбавлення життя антигуманне і неприпустиме;

2) цілком можливі зловживання евтаназією, пов'язані переважно із недосконалістю професійного відбору в медицину, куди можуть потрапити люди, небажані для виконання настільки делікатної дії, як евтаназія.

Названі тези не викликають ніяких сумнівів: безумовно, треба зберігати і продовжувати життя. Однак — продовжувати життя, а не затягувати смерть! До евтаназії треба вдаватися лише в тих випадках, коли немає ніякої надії на осмислене життя, бо воно перетворилося для хворого на суцільне страждання.

На думку більшості прихильників «гуманізації смерті», евтаназію можна застосувати щодо хворих, стан здоров'я яких відповідає певним спеціальним вимогам:

➤ невиліковність його захворювання підкріплена достовірними об'єктивними дослідженнями і не викликає сумнівів у групи лікарів, добре обізнаних із науковим станом даної проблеми;

➤ хворий не просто невиліковний: він страждає від болю, дихальних, диспепсичних або інших розладів, які неможливо усунути без постійного відключення свідомості;

➤ хворий не просто невиліковний і страждає від фізичних мук — він неминуче помре найближчими днями або тижнями, і немає ніякої надії, що за цей час у медицині з'являться засоби, що подолають дану хворобу.

Якщо ці умови не виконуються, то хворий має отримувати радикальне або симптоматичне лікування.

У медичній юриспруденції є поодинокі ситуації, коли закон дозволяє лікарям припиняти чиєсь життя. Наприклад, коли вагітність або пологи загрожують життю і породіллі, і плоду, допускається жертвування життям ненародженої дитини або навіть такої, що вже народжується, щоб зберегти життя матері, якщо іншого шляху для її порятунку немає. Це гуманний акт, хоча за своєю суттю є вимушеним убивством життєздатної дитини. Можна сказати, що убивство і дарування милосердної смерті у вигляді евтаназії — це цілком різні дії, хоча виконуються фактично однаково. Як сказав редактор щотижневого британського часопису «Lancet» **Теодор Фокс**, читаючи Гарвеївську меморіальну лекцію в Королівському товаристві лікарів, «якщо лікар йде на продовження життя, яке тепер уже ніколи не матиме цілі або змісту, його послуга стає жорстокою. Дехто з нас вважає життя недоторканим, але коли перевага віддається кількісній стороні життя, а не її якості, це стає жахливим».

3. Альтернативи евтаназії

Сьогодні за наявності великої кількості анальгетиків, транквілізаторів, наркотиків, блокад і т. п. не завжди виникає потреба в евтаназії — людину можна позбавити від страждань, не позбавляючи її життя. У цьому випадку особ-

ливе значення має проблема хоспісів як альтернативи евтаназії.

Хоспіс (з лат. *hospes* — той, хто проявляє гостинність) — це медична установа, у якій безнадійні хворі одержують психологічний і медичний догляд, що полегшує їхній стан. Хоспіс призначений не просто для полегшення неминучої смерті: він допомагає жити (не існувати, а жити!) до кінця.

Основними принципами впливу на хворих у хоспісі є:

- різноманітні сучасні варіанти ефективної аналгезії;
- вплив на психіку помираючих хворих, що знімає страх смерті (спілкування із психотерапевтами, священиком тощо);
- доброзичливі контакти хворих між собою, з родичами і друзями, зі світом мистецтва й літератури.

Ідеологія хоспісів зародилася понад півтори тисячі років тому. Історія зберегла ім'я римської матрони **Фабіоли**, яка ще в IV сторіччі надала свій будинок для голодних і хворих, наслідуючи традицію, що існувала у святих землях Палестини, якими вона подорожувала. Перший хоспіс, призначений тільки для умираючих від раку, відкрив у м. Ліон 1842 року **Жиян Гарньє**.

Сучасний хоспіс уперше з'явився у Великобританії в 1967 році завдяки зусиллям доктора **Сесілії Саундерс**. За минулі три десятиліття хоспіси поширилися в усьому цивілізованому світі й діють сьогодні з розрахунку один заклад на 500 000 населення.

Головним ідеологом цієї справи на терені колишнього СРСР був **Віктор Зорза (1926–1996)**, якого особисте нещастя підштовхнуло до пропаганди хоспісів по всьому світу. Його 25-літня дочка Джейн, що хворіла на меланому в неоперабельній формі, 1975 року померла в англійському хоспісі. **Віктор Зорза** із дружиною Розмарі бачили, що дівчина була умиртоврена і не страждала, тож пообіцяли їй присвятити своє життя реалізації ідеї хоспісів.

Почали вони цю роботу у США, де отримали допомогу авторитетних людей — **Елізабет Тейлор, Едварда Кеннеді**,

Генрі Кіссінджера та ін. За деякий час була створена Національна асоціація хоспісів, кількість яких зростала: 1983 року їх було 516, а 1989 — 1700.

Інакше все склалося в СРСР. **В. Зорза** приїхав сюди у 1988 році. Аж через 2 роки він величезними зусиллями домігся організації першого хоспісу на базі маленької лікарні під Ленінградом. А в цей час по країні з кожної тисячі хворих на рак 750 помирали у нестерпних муках. Перший хоспіс у Москві почав функціонувати тільки в 1997 році, хоча його виїзна служба (у хоспісах має бути й така) працювала з 1994 року.

В. Зорза вважав хоспіси альтернативою евтаназії, наполягав на виключно територіальному принципі їх роботи, адже люди вмирають скрізь, а не лише у великих центрах. Він побоювався комісій чиновників, що вирішуватимуть, кого поміщати в такі заклади, і вважав, що це має бути прерогативою тільки практикуючих лікарів. Він планував, що для пацієнтів заклад буде безкоштовним, а функціонуватиме на державні дотації та спонсорські пожертвування. І найголовніше — хоспіс повинен не просто полегшувати людям смерть, а забезпечувати можливість достойно зустріти її.

Правовий статус навіть пасивної евтаназії досі ще не визначений у законодавстві деяких країн. Лікар, що зважиться на цей крок, повинен думати про широкий спектр юридичних наслідків своїх дій. Це змушує ретельно зважати всі **pro i contra** такого рішення. Зведення евтаназії до технічної процедури за умови її легалізації призведе до зниження відповідальності частини лікарів. Безумовно, істотну роль у протистоянні легалізації евтаназії відіграє консервативна суспільна думка, що, на жаль, має під собою певні підстави і змушує замислитися: чи не призведе офіційне визнання «добровільної евтаназії» до убивства тих, кого вважають психічно або фізично неповноцінними, а отже тягарем для суспільства?

Евтаназія може стати і легким виходом для несумлінного лікаря. Реанімація потребує не тільки великих ма-

теріальних витрат, але й величезної напруги фізичних і душевних сил медичного персоналу. У тяжкохворих спостерігаються порушення дефекації, сечовиділення, ускладнення гнійними процесами, що супроводжуються неприємним запахом, потребують частої заміни білизни. Таких хворих треба годувати, напувати, не припускати утворення пролежнів. Робота з ними — це важка фізична праця, що потребує від лікаря та всього персоналу терпіння, мужності і делікатності. Не всім медичним працівникам це під силу, дозволена евтаназія може дати лікареві псевдоморальні підстави ухилитися від цієї важкої, неприємної роботи. Перед лікарем — турботливим, завжди готовим боротися за життя пацієнта до кінця — часом постає дилема: продовжувати цю боротьбу чи ні? Чи варто в якусь мить припинити свою допомогу, розуміючи, що програв бій із хворобою, що всі твої знання й зусилля приречені на невдачу? Жоден лікар не може сказати, що він не схибив хоча б раз. Але в момент ухвалення рішення щодо конкретного хворого він повинен усвідомлювати всю неоднозначність і міру відповідальності прийнятого рішення, яким би воно не було. Як писав **А. Моруа**, завтра, як і сьогодні, лікар збереже свій сан жерця, а разом із ним і страшно, дедалі зростаючи відповідальність.

Питання для самоконтролю

1. Хто першим запропонував поняття «евтаназія»?
2. Які існують підходи до визначення поняття «евтаназія»?
3. У чому полягає специфіка патерналістського і антипатерналістського підходів до евтаназії?
4. Назвіть аргументи на користь і проти евтаназії.
5. Як ставиться до евтаназії релігія?
6. Чим відрізняється пасивна евтаназія від активної?
7. У чому полягає різниця між «правом на життя» та «правом на смерть»?
8. У яких країнах легалізовано активну евтаназію?

9. Назвіть основні вимоги до виконання евтаназії, які обговорюються в законодавчих документах, публіцистичних та філософських працях?
10. У чому полягає призначення хоспісів?
11. Чи вважаєте Ви хоспіси альтернативою евтаназії?
12. Які альтернативи евтаназії Ви можете назвати?

Тести для самоконтролю

- 1. Оберіть правильне визначення евтаназії:**
 - a. неминучість прийдешньої смерті
 - b. смерть через помилку лікаря
 - c. смерть від передозування ліків
 - d. легка безтурботна смерть, що настала з доброї волі самого хворого
- 2. Що не має відношення до добровільної евтаназії?**
 - a. добровільне бажання хворого померти
 - b. бажання з боку родичів смерті хворого
 - c. прагнення лікаря припинити страждання хворого
 - d. застосування її до психічно неповноцінних людей
- 3. Що заважає впровадженню добровільної евтаназії?**
 - a. відсутність необхідного законодавства
 - b. відсутність спеціально підготовлених людей для її проведення
 - c. заперечення з боку релігії
 - d. право людини на життя
- 4. До яких зловживань може привести застосування евтаназії?**
 - a. евтаназію виконують без згоди хворого
 - b. застосовують її раніше того часу, коли страждання можна припинити, не позбавляючи хворого життя
 - c. використовують для евтаназії засоби, що ведуть до мученицької смерті
 - d. виконується за добровільною згодою хворого
- 5. Хто перший запропонував термін «евтаназія»?**
 - a. Епікур
 - b. Платон

- c.* Ф. Бекон
 - d.* М. Монтень
- 6. Які аргументи не мають відношення до патерналізму?**
- a.* людське життя недоторканне
 - b.* при евтаназії можливі зловживання з боку лікарів, членів сім'ї або інших зацікавлених осіб
 - c.* кожна людина має право розпоряджатися власним життям
 - d.* евтаназія суперечить принципові «поки є життя, є надія»
- 7. Коли евтаназія вперше набула законності?**
- a.* у 1944 р.
 - b.* у 1965 р.
 - c.* у 1994 р.
 - d.* у 2001 р.
- 8. В яких країнах евтаназія є законною?**
- a.* Нідерланди
 - b.* Росія
 - c.* Австралія
 - d.* Бельгія
 - e.* США (окремі штати)
 - f.* Україна
- 9. Які спеціальні вимоги існують щодо хворих, що можуть бути піддані евтаназії?**
- a.* хворий, невиліковність захворювання якого підкріплена достовірними об'єктивними дослідженнями і не викликає сумнівів у групи лікарів, добре обізнаних із науковим станом даної проблеми
 - b.* хворий не просто невиліковний: він страждає від болю, дихальних, диспепсичних або інших розладів, які неможливо усунути без постійного відключення свідомості
 - c.* хворий не просто невиліковний і страждає від фізичних мук — він неминуче помре в найближчі дні або тижні, і немає ніякої надії, що за цей час у медицині з'являться засоби, які подолають дану хворобу
 - d.* хворий, який сам прагне вкоротити собі життя

10. Що таке хоспіс?

- a. готель
- b. будинок для старих
- c. лікарня
- d. медична установа, в якій помираючі хворі одержують психологічний і медичний догляд, що полегшує їм останні дні перед смертю

Додаткові навчаючі завдання

1. Коли в реанімаційному відділенні на завідомо безнадійного хворого працюють всі технічні засоби, дефіцитні медикаменти, увага та зусилля медичних працівників, нервова система яких виснажується, — це приклад, що символізує святість першої заповіді медичної етики: все для хворого. А як бути з третім моментом — шкода іншим хворим та іншим людям? Поясніть Вашу поведінку у подібній ситуації.

2. Як казав Пліній Ст., «лише медикам надано право вбивати без будь-якого покарання». Чи згодні Ви з такою думкою? Якими рисами не повинен володіти лікар, що прагне вирішити проблему евтаназії?

3. Почавши з добровільної евтаназії, суспільство згодом перейде до примусової, тому що зникне уявлення про святість і недоторканність людського життя. Ваше відношення до такої позиції. Аргументуйте свою відповідь.

4. Етика православного християнства відкидає можливість навмисного переривання життя вмираючої людини, розглядаючи цю дію як особливий вид убивства, якщо воно було почате без відома та згоди пацієнта, або самогубства, якщо воно санкціоноване самим пацієнтом. Як Ви сприймаєте подібну точку зору?

5. Лікарська етика Гіппократа однозначно заперечує використання досвіду і знань лікаря для того, щоб викликати «легку» смерть хворого, який просить про таку послугу. Чи не приречені лікарі, забезпечуючи «гідну смерть» пацієнтові, на приниження своєї особистої гідності, на участь у свідомому убивстві пацієнта?

Літэратура

1. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь [Под редакцией А. Г. Чучалина] — М: Гэотар, 1995. — 718 с.
2. Бобров О. Е. Проблема жизни и смерти. Эвтаназия: убийство или милосердие? / Бобров О. Е., Сластенко Е. Ф — М.: Здоровье, 2004. — 23 с . — (Новости медицины и фармации; № 19–20).
3. Бэкон Ф. Новый Органон / Бэкон Ф.; [пер. с англ. З. Александрова, А. Гутерман, С. Красильщиков и др.]. — М.: Мысль, 1978. — 576 с. — (Сочинения в двух томах; т. 2).
4. Вековщина С. В., Кулиниченко В. Л. Биоэтика. Начала и основания. — К: Сфера, 2002. — 151. Всеобщая декларация прав человека // «Права человека». — М., 1996.
5. Всеобщая декларация прав человека (10 декабря 1948 г.) / Режим доступа: http://www.vseobshhaja_dek...rav_cheloveka.html
6. Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. / Зильбер А.П. — Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998. — 464 с.
7. Кони А. Ф. Самоубийство в законе и жизни / Кони А. Ф. — М.: Юридическая литература, 1967. — 480 с. — (Собр. соч., т. 4).
8. Миллард Д. У. Проблема эвтаназии / Миллиард Д. У. — Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — № 4 — С. 101–118.
9. Монтень М. О том, что философствовать — значит учиться умирать / Монтень М.; пер. с фр. А. С. Бобовича — М.: Голос, 1992 — С. 85–103. — (Опыты, в 3-х томах, т. 1).
10. Право на смерть: [Введение в философию: Учебник для вузов. В 2-х ч. — Ч. 2 / Фролов И. Т., Араб-оглы Э. А., Арефьева Г. С. и др. — М.: Политиздат, 1989. — С. 639.
11. Фут Филипп. Эвтаназия / Фут Филипп // Философские науки. — 1990. — № 6. — С. 62–84.
12. Яровинский М. Я. «Хорошая смерть» / Яровинский М. Я. // Медицинская помощь. — 1996. — № 9. — С. 35–42.

1.4. Творчість у медичній діяльності

План:

1. *Проблема творчості в історії філософської думки.*
2. *Особливості медичної творчості.*
3. *Основні напрями розвитку творчих здібностей людини.*
4. *Медичний труєнтизм. Лікарі-труєнти.*

Ключові слова: творчість, клінічна творчість, творчі здібності, суб'єкт медичної творчості, медична діяльність, інтуїція, творча проблема, творчий акт, труєнтизм, лікар-труєнт.

1. Проблема творчості в історії філософської думки

В історії філософії існували різні точки зору на природу й сутність творчості. Так, в античній філософії творчість пов'язувалася зі сферою кінцевого, минушого й мінливого буття, а не буття нескінченного й вічного. Творчість у поглядах античних мислителів виступає у двох формах: як щось божественне — акт народження (творення) космосу і як людське мистецтво, ремесло.

У християнській філософії Середньовіччя в поглядах на творчість найбільш рельєфно проявлялися дві взаємозалежні тенденції. **Перша** пов'язана з розумінням Бога як особистості, що творить світ не відповідно до якогось вічного зразка, а зовсім вільно. Творчість є викликання буття з небуття за допомогою вольового акту божественної особистості (**Августин**). **Друга** пов'язана з античною традицією: **Ф. Аквінський** розглядав творчість як добро в його завершеності.

Людська творчість у християнстві тлумачиться насамперед як творчість історії. Художня й наукова творчість, навпаки, вважається чимось другорядним. У своїй творчості людина ніби постійно звернена до Бога й обмежена ним, і тому Середні віки ніколи не знали того пафосу творчості, яким пройняте Відродження.

В епоху Відродження людина поступово звільняється від Бога й починає сприймати саму себе як творця. Мислителі Відродження розглядають творчість насамперед як художню творчість, як мистецтво в широкому розумінні слова, що у своїй глибинній сутності виявляється як творче споглядання. Це породило культ генія як носія творчого початку. З кінця XV століття спостерігається тенденція вважати історію продуктом людської творчості.

У Новий час у поглядах на творчість знову окреслюються дві тенденції, що існували раніше. Так, **Д. Бруно** й **Б. Спіноза** (XVII ст.) відтворюють античне ставлення до творчості як до чогось менш істотного у порівнянні з пізнанням, яке зрештою є спогляданням вічного Бога — природи.

Філософія, що формується під впливом ідей протестантизму (**Ф. Бекон**, **Т. Гоббс**, **Д. Локк**), намагалася трактувати творчість як вдалу, але випадкову комбінацію вже існуючих елементів, тобто як щось схоже на винахідництво. Розвиваючи цю ідею, **І. Кант** розглядає творчу діяльність як продуктивну здатність уяви, спрямовану на зміну світу, а структуру творчості — як один з найважливіших моментів структури свідомості. Творчі здатності уявлення, за **Кантом**, є сполучною ланкою між різноманітним чуттєвим вражень і єдністю понять розуму. Саме воно — уявлення — лежить в основі пізнання.

Кантівське вчення про уявлення було продовжене **В. Шеллінгом**. Він виходив з того, що творча здатність уявлення є єдність свідомої та несвідомої діяльності. Тому ті, хто найбільш обдаровані цією здатністю, — генії — творять ніби в стані натхнення, несвідомо, подібно до того, як творить природа. Різниця лише в тому, що цей процес відбувається в людині, а тому опосередкований її волею. Згідно з ученням **Шеллінга** й інших представників німецької романтичної школи XVIII–XIX ст., творчість, насамперед творчість художника й філософа, — це вища форма людської життєдіяльності. Тут людина стикається з Абсолютним, тобто з Богом.

У філософії життя найбільш розгорнута концепція творчості дана французьким філософом **А. Бергсоном**. У роботі

«Творча еволюція» (1907) творчість, «життєвий порив» як безперервне народження нового, становить, за **Бергсоном**, сутність життя. Однак творчість розглядається переважно за аналогією із природно-біологічними процесами і внаслідок цього протиставляється технічному раціоналізму. Творчість, стверджував **Бергсон**, — це щось таке, що відбувається об'єктивно. У природі — це процеси народження, зростання, дозрівання, у свідомості — виникнення нових зразків і переживань. Діяльність інтелекту, за **Бергсоном**, не здатна створювати нове, вона лише комбінує старе.

Австрійський лікар і психолог **З. Фрейд** та його прихильники відносять творчість до сфери несвідомого, гіпертрофують її неповторність і невідтворюваність, стоять на позиціях непізнання творчості і її несумісності з раціональним пізнанням. Талант, за **Фрейдом**, — це уроджене вміння сублімувати свої глибинні сексуальні комплекси.

Короткий аналіз розвитку теорії творчості показує, що протягом усієї історії філософії ця проблема вирішувалася здебільшого представниками ідеалізму. У роботах філософів-ідеалістів міститься багатий і цікавий матеріал, що вимагає до себе уважного ставлення й глибокого переосмислення. Разом з тим необхідно зазначити, що в поглядах на природу й сутність творчості практично всі представники ідеалістичної філософії займали метафізичні позиції, що втілювалося у прагненні позбавити творчість об'єктивної, матеріальної основи, тому що розглядали її або як властивість надприродного духу, світового розуму, або як властивість свідомості людини, відірваної від суспільних зв'язків.

Деякі представники метафізичного матеріалізму розглядають творчість як суто соціальне й праксеологічне (діяльне) явище. Вони вважають, що до творчості варто відносити лише таку діяльність, яка задовольняє потреби загальнолюдського розвитку, тобто економічну діяльність, соціальні революції тощо.

Матеріалістичну точку зору на природу й сутність творчості можна пояснити в таких положеннях.

1. **Передумовою людської творчості** є такі властивості матерії, як активність і відображення. Проявом активності матерії є розвиток, який можна вважати здатністю, подібною до творчості, що існує в самому фундаменті матерії. Здатність до творчості виникає як наслідок удосконалення форм відображення, а її вища форма, тобто свідомість (пізнання) є основою й базою творчості. У свою чергу, творчість виступає однією з основних функцій свідомості. Таким чином, творіння нового можливе тільки на базі ідеального. Нове виступає як відображення ідеального. А це означає, що відображення й творчість, будучи різними поняттями, тісно пов'язані одне з одним. Виступаючи як протилежності, відображення й творчість не існують одне без одного, а навпаки, — взаємодоповнюють і проникають одне в одне. Відображення — це база, фундамент творчості, а творча діяльність — це, у свою чергу, здатність вдосконалювати здібності щодо відображення.

2. **Об'єктивною основою творчості** є необхідність пристосування людини в нескінченно різноманітному та мінливому світі, щоб забезпечити своє виживання й подальший розвиток. Принципово нові ситуації, що не мають аналогів у минулому, не можуть бути вирішені поза творчістю.

Творчий і механічний початки пронизують всі види людської діяльності. Межі поміж них умовні й рухливі. Таке «роздвоєння», наявність двох початків, пояснюється діалектикою розвитку суспільного виробництва, що відчуває потребу як у створенні нових цінностей, так і в збереженні репродуктивних цінностей, зразків культури. Тому й людська діяльність є, з одного боку, відтворенням досягнутих результатів, а з іншого боку, — зміною досягнутих результатів на вже вищій основі. Творчість — це не самостійне утворення, що існує поряд із продуктивною й репродуктивною діяльностями, а внутрішня істотна властивість діяльності взагалі, що проявляється в її конкретних формах.

3. **Джерелом і рушійною силою творчості** є суперечності між потребами людини та наявними в неї засобами (способами), знаннями для їх задоволення. На цій основі складається

проблемна ситуація, що вимагає свого вирішення. Вирішення суперечностей становить зміст творчості, а задоволення потреб — її мету.

4. Специфічно людською формою активного відношення до світу виступає діяльність. Отже, творчість — є діяльність людини. Однак не будь-яка діяльність є творчою. Розрізняють два основних види діяльності — **стереотипний і оригінальний**. Що це таке? Очевидно, відповідь дає сама назва виду діяльності. Стереотипна діяльність означає копіювання, повторення існуючого, його тиражування. Тільки оригінальна діяльність завершується створенням істотно нової речі. Це — класичний тип творчості.

5. З попереднього положення випливає, що **головною ознакою творчості є створення нового**, яке логічно виводиться з такого атрибута матерії, як саморозвиток із внутрішньо властивою йому здатністю новоутворення. Під новим у цьому випадку слід розуміти не просто нещодавно створене, а постановку ще невідомого завдання, яке не має готових правил вирішення, або отримання результатів, яких ще не досягали, тобто створення оригінальної ідеї чи унікального матеріального предмета, оригінальних шляхів і методів вирішення наукової проблеми.

6. Творчість є такою специфічною формою діяльності, що сягає у царину можливого майбутнього, ґрунтується на діалектиці реальних можливостей світу, що саморозвивається. Отже, творчість не є чисто довільним, авторитарним актом, що керований якимось імпульсом, як запевняють ідеалісти. На ньому лежить відбиток матеріального: він детермінований рядом умов матеріального характеру, не виведених із природи «чистого розуму». Заглиблюючись у це питання, ми виходимо на проблему співвідношення свободи й необхідності у творчості.

З погляду матеріалістичної філософії, творчість і необхідність нерозривно взаємозалежні й не можуть існувати одна без одної. Це діалектичні протилежності. Вони характеризують міру оволодіння людиною як природним, так і

соціальною середовищем. Творчість — це об'єктивний детермінований процес, що включений в ланцюг об'єктивної необхідності.

Соціальна детермінація творчості особистості, ступінь її свободи визначаються, по-перше, соціально-економічними факторами, насамперед рівнем розвитку продуктивних сил і характером виробничих відносин, які або сприяють, або ускладнюють створення необхідних умов для творчості; по-друге, політичними факторами, рівнем демократизму в суспільстві; по-третє, рівнем розвитку науки і станом духовності суспільства — взагалі, «духом епохи».

Наукова творчість має потребу в справжній свободі своїх творців. Бути вільним в царині творчості — це значить творити безперешкодно, згідно із законами наукового пізнання, суворо дотримуючись вимог цих законів. Не може, наприклад, бути справжньої свободи наукової творчості, якщо не будуть переборені всілякі прояви кон'юнктури або впадання в крайності з питань природничих, технічних і суспільних наук.

7. Принципова новизна — головна ознака творчості, але її недостатньо, щоб отримати цілісне уявлення про сутність творчості. Не менш важливою ознакою творчості є цінність, корисність нового, яке народжується в боротьбі, не завжди відразу отримує визнання сучасників, тому що свою цінність воно не завжди виявляє наочно й вочевидь. Здатність побачити й підтримати нове — одна з найважливіших якостей керівника будь-якого рангу й професії.

Проаналізувавши викладене, можна визначити **творчість як діяльність людини, що створює нові об'єкти й якості, схеми поведінки й спілкування, нові образи й знання.**

2. Особливості медичної творчості

Творчість присутня в будь-якому виді діяльності, у тому числі в будь-якому виді медичної діяльності. У сфері науково-практичної медицини творчість варто розглядати як різновид соціальної, наукової та художньої творчості, спрямованої на розвиток і вдосконалення економіки, культури,

здорового способу життя. Пошук творчих шляхів лікування обумовлений низкою **причин**.

По-перше, нестандартність клінічних ситуацій, що часом суперечать сформованій системі знань і правил, не може привести до правильного й оптимального рішення без оптимального творчого пошуку.

По-друге, конкретна неповторність як хвороби, так і самого хворого перетворює лікаря у своєрідного першовідкривача. Індивідуальне захворювання практично ніколи не буває повністю передбачуваним, тому що воно обумовлене різноманітними й неповторними факторами.

По-третє, докорінні зміни в обсязі й змісті інформації, інтенсивність обміну нею, подальша інтелектуалізація лікарської праці вимагають зростання в ній елементів творчого пошуку, вміння правильно відбирати й аналізувати інформацію, а на цій основі критично переосмислювати традиційні та створювати нові засоби й способи лікування. Такі завдання може вирішити тільки той суб'єкт лікарської творчості, який безпосередньо пов'язаний з науковою творчістю, тобто сполучає лікарську і науково-медичну діяльність.

По-четверте, нині значно зростає роль етичного й естетичного компонентів у діяльності лікаря й відповідно в його формуванні як фахівця. Суспільству необхідний не просто медик, а лікар, що володіє своєю професією досконало, тобто мистецьки, щоб він постійно привносив у свою діяльність «закони краси».

Творчість у медицині поряд із загальними рисами, властивими іншим видам творчості, має й свої **особливості**, серед яких можна виділити:

1. Методи й засоби, за допомогою яких реалізується творчий пошук у медицині, орієнтований на отримання таких нових знань, які є відображенням як біологічних, так і соціальних сторін життєдіяльності людини. Тому нові властивості й факти, що відкриваються у медицині, завжди мають комплексний характер, виходячи за межі виключно соціальної творчості.

2. Біо-психо-соціальна система є відкритою й самокерованою, їй притаманні воля, самостійність вибору, завдяки чому вона активно реагує на творчий акт лікаря, створюючи йому певне «протистояння». В результаті клінічна творчість стає двостороннім процесом, у якому бере участь не тільки лікар, але й пацієнт.

3. У медицині, як ні в жодній іншій науці, присутня внутрішня єдність творчого й ціннісного пізнання, органічно вплітаються у творчий процес етико-психологічні й естетичні знання, виступаючи при цьому важливим показником якісно нового, оригінального медичного знання. Оцінним змістом творчість клініциста наповнена більше за інші види професійної творчості ще й тому, що воно є двостороннім процесом.

4. Творчість клініциста спрямована не тільки на пізнання, але й на збереження, підтримання індивідуальності пацієнта. Активність лікаря, яка націлена на збагнення й розвиток позитивних рис індивідуальності людини, становить одну з особливостей клінічної творчості.

5. Встановлення діагнозу — це творчий процес, а сам діагноз виступає як важливий специфічний засіб творчості в практичній медицині.

6. Медична творчість вимагає суворого дотримання міри в співвідношенні інтелектуально-почуттєвої й матеріально-технічної сторін.

7. У медичній діяльності, особливо в діяльності практичного лікаря, винятково важливу роль відіграє такий засіб творчості, як інтуїція. Це пояснюється обмеженістю часу, який має лікар в екстремальних ситуаціях, наявністю великої кількості суперечливих даних про хворого або, навпаки, неповнотою цих даних.

Узагальнюючи, можемо дати таке визначення клінічної творчості: **клінічна творчість — це активна діяльність лікаря, спрямована на пізнання й відкриття нових явищ і фактів (симптомів), розкриття нових зв'язків у життєдіяльності здорового або хворого індивіда, на створення нових методів**

і засобів лікування, на відкриття індивідуальних особливостей організму та особистості людини з метою її вдосконалення і всебічного розвитку.

Суб'єктом медичної творчості виступає лікар або група лікарів. Передумовою й суб'єктивною умовою творчості є відповідний клінічний досвід лікаря, високий рівень його професійних знань і майстерності, високий рівень загальної культури й розумового кругозору, міцно сформовані світоглядні позиції та моральні якості.

За способом безпосереднього здійснення клінічна творчість є індивідуальним актом діяльності конкретного лікаря у конкретній проблемній ситуації. Отже, творче завдання лікаря полягає в тому, щоб відкрити конкретні форми модифікації тієї або іншої хвороби. Основна функція цих знань — знайти найкращий варіант керівного впливу на організм і особистість хворого.

За ступенем глибини, новизни й масштабу нового знання, що отримується в результаті творчої діяльності, розрізняють **два рівні творчості** в клінічній медицині: **клініко-емпіричний і науково-теоретичний**. **Перший** характеризує діяльність практичних лікарів, **другий** — вчених-клініцистів, які одночасно працюють у наукових або педагогічних колективах. На рівні творчості лікаря-практика відбуваються подальше удосконалення, раціоналізація впроваджуваних або функціонуючих методів і способів лікування. На рівні творчості вчених-клініцистів здійснюються наукові відкриття й винаходи в галузі медицини, створюються теорії для пояснення явищ патології, розробляються нові методи й засоби діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Цінність клінічної творчості визначається через багатогранний ефект лікарської діяльності: **лікувальний, соціальний, економічний, морально-естетичний, культурно-виховний**. Власне лікувальний ефект полягає в скороченні строків лікування, зниженні захворюваності й смертності. Економічний ефект полягає у внеску, який робить лікар своєю творчою діяльністю шляхом поліпшення здоров'я грома-

дян. Соціальний ефект виражається в тому, що творчість є внутрішнім резервом інтенсифікації лікарської діяльності з метою забезпечення розвитку духовних і фізичних сил, високого рівня працездатності й активного довголіття громадян України.

3. Основні напрями розвитку творчих здібностей людини

Існує безліч поглядів на характер творчості, серед яких виділимо два основні. Першу позицію можна назвати **інтуїтивістичною**, відповідно до якої творчість розглядають як мимовільне явище, що формується за допомогою інтуїції. Інтуїцію ж розуміють як раптове містичне осяяння. З'являючись у сфері несвідомого, нові ідеї тільки згодом проникають у сферу свідомості, де перевіряються і набувають статусу нового відкриття. Така точка зору характерна для метафізично мислячих філософів і натуралістів.

Друга, **діалектична** точка зору розглядає творчість як процес, рух до бажаного результату в умовах відсутності алгоритму пошуку. Цей процес не може бути заздалегідь визначений і формується під час самого пошуку. Такої позиції дотримується більшість філософів, не заперечуючи при цьому роль інтуїтивного пізнання і взагалі роль несвідомого.

Незважаючи на відсутність алгоритму й оригінальності шляхів, способів отримання результату, у творчості, як складному процесі, можна вичленувати основні етапи й відповідну структуру творчого процесу. Структура творчої діяльності багатогранна. Вона знаходить своє вираження в наявності різних стадій, фаз — як специфічних елементів творчості. За предмет розгляду візьмемо один з найпоширеніших варіантів, відповідно до якого творчість у своєму розвитку проходить **чотири етапи**.

1. Виникнення (постановка) і з'ясування (усвідомлення) творчої проблеми.
2. Пошук шляхів, принципу вирішення проблеми.
3. Наукове відкриття, «народження» наукової ідеї, ство-

рення ідеальної моделі відкритого вченим явища, розробка задуму (наприклад у сфері медичної діяльності).

4. Верифікація, тобто практична перевірка гіпотези, й реалізація результату творчого акту.

На **першому етапі** виявляється один з найбільш чітких критеріїв активної свідомості, творчого потенціалу особистості — здатність до постановки проблеми. Знаходження проблеми є найвищим показником творчості. Проблемні ситуації, що вимагають творчості, відрізняються від повсякденних своєю нестандартністю, відсутністю «торованих» шляхів вирішення. Проблема — це форма пошуку, вісь, навколо якої розгортаються всі розумові процеси.

Проблема породжується різними об'єктивними факторами, у тому числі саморозвитком науки, потребами удосконалення технології та знарядь праці, еволюцією мистецтва та ін. Логіка виникнення проблеми, що вимагає творчого рішення, може бути цілком усвідомлюваною, але іноді саме виявлення проблеми є своєрідним відкриттям і залежить від обдарованості дослідника.

У ході постановки проблеми дослідник повинен обґрунтувати висновок про те, що обране для дослідження питання досі не вирішене у світовій науці або передбачувані рішення незадовільні. Такий висновок є істотною умовою й етапом наукової постановки проблеми. Важливе місце в постановці проблеми займає обґрунтування її актуальності. Чим гостріша проблема, що вимагає свого вирішення, тим вища актуальність пошуку засобів її задоволення. Глибокий аналіз проблемних ситуацій, продуманість формулювань проблем є необхідними умовами оптимізації творчого дослідження.

Одним з визначальних є **другий етап** творчості, на якому здійснюється пошук найбільш раціональних, а нерідко й оригінальних шляхів вирішення проблеми. Він починається з аналізу наявної інформації, зокрема й тієї, що закладена в пам'яті, а закінчується висуванням гіпотез, що вказують на можливі шляхи вирішення творчої проблеми.

Гіпотеза — основна форма пошуку певного рішення, центральний механізм творчості. Вона може бути або припущенням про властивості й структуру речі (об'єкта, системи), що дозволяє вирішити суперечливі проблеми, або припущенням про способи (програми) діяльності. Гіпотеза необхідна тому, що думка — це єдиний засіб проникнення туди, де закінчується «поле зору» наших органів чуття, а гіпотеза — єдиний спосіб уявити те, що там могло б відбутися. Етапами розвитку гіпотези є здогад, робоча гіпотеза, наукова гіпотеза. Здогад виступає як елемент формування й момент розвитку як робочої, так і наукової гіпотези. Робоча гіпотеза в міру обґрунтування переростає в наукову.

Завершення творчого процесу у власному розумінні слова відбувається на **третьому етапі**, тому що його підсумком є рішення творчої проблеми, тобто отримання конкретного результату. Творчий акт має різні форми, але основними серед них є: відкриття, винахід, раціоналізація, висування нової ідеї, розробка задуму чи нової методики та ін. Отримані на третьому етапі дані корегуються й оформляються в логічно струнку систему.

Завдання **заключного етапу** — перевірити істинність отриманого результату і здійснити його реалізацію. Основним критерієм істинності творчого акту є практика, але існують також логічні засоби обґрунтування отриманих результатів. Істотним моментом перевірки гіпотез є критика, за допомогою якої розкриваються помилкові підходи до дійсності, нереальність планів, необґрунтованість висновків.

Гіпотеза, істинність якої доведено, стає достовірним теоретичним знанням, теорією або її частиною. Чим менше минає часу від народження нової творчої ідеї до її впровадження, тим вища буде ефективність творчого акту.

Вивчення механізмів і закономірностей творчості свідчить, що всі якості людини, які необхідні для творчості, розвиваються в процесі навчання й творчої діяльності, а отже доступні кожній людині, яка має нормальну психіку й необхідні фізичні дані. Суспільство створює об'єктивні умови для фор-

мування й реалізації творчого потенціалу особистості, визначає його, але саме особистість є тією структурною одиницею суспільства, що реалізує його завдання, функції й цілі. Саме на особистісному рівні формуються реальні людські можливості, які складаються у можливості суспільства. Такий підхід визначає загальні основи формування творчого підходу до справи. До таких можна віднести, **по-перше**, розуміння людиною соціального значення творчості, тобто її необхідності. **По-друге**, переконаність людини в її високих творчих потенціях. **По-третє**, зацікавленість суспільства в розвитку творчих здібностей кожної людини, розуміння того, що творчість є джерелом вищої радості й задоволення. **По-четверте**, створення необхідних матеріальних і соціально-політичних умов для розвитку й виявлення ініціативи і творчості.

Медична творчість, як усі інші види професійної творчості, формується на базі творчого потенціалу особистості, яким та володіє на момент вступу до навчального закладу. У межах медичних вишів необхідно вирішувати, як мінімум, **чотири** завдання, а саме:

➤ «Спеціалізація» творчих здібностей студента, тобто його «проектування» на сферу медичної діяльності.

➤ Удосконалення світоглядної й методологічної підготовки студентів. Розвинений світогляд і висока методологічна підготовка дозволяють вміло користуватися методологічним арсеналом для творчої роботи. Засвоєння філософії, фундаментальних наукових дисциплін розвиває творче мислення, допомагає бачити суперечності — основу проблемних ситуацій у всіх сферах медичної діяльності, а отже помічати й ставити нові творчі проблеми.

➤ Формування професійно-творчих якостей, таких як спостережливість, самокритичність, прагнення долати труднощі, упевненість у власних силах, готовність і вміння обстоювати власну точку зору, переконувати інших у своїй правоті.

➤ Розвиток і подальше удосконалення творчих здібностей студентів, що залежить від характеру навчально-виховного

процесу, від того, наскільки творчо відбувається процес навчання й виховання. Цілком очевидно, що формалізм і консерватизм у діяльності керівників і професорсько-викладацького складу вишів, орієнтація тільки на забезпечення тієї чи іншої ідеологічної спрямованості навчальної й особливо виховної роботи негативно впливають на розвиток творчих здібностей майбутніх молодих фахівців. І навпаки, творчо мислячі керівники й педагоги здатні створити необхідні умови для розвитку творчих здібностей студентів і успішно вирішувати ці завдання в межах навчального закладу. Однак творчості мало навчати теоретично. Необхідно ще й виховувати молодь у творчому дусі: формувати відповідні моральні, розумові та психічні якості, розвивати здібності до моральної інтуїції.

4. Медичний труєнтизм. Лікарі-труєнти

В українській мові терміна «труєнт» немає, але він є в англійській мові (*truant*) і розшифровується як прогульник, що нехтує своїми обов'язками, службою. Термін «лікар-труєнт» вперше використав відомий англійський хірург лорд **Берклі Мойніган** у 1936 році, назвавши цим словом лікарів, що займалися не тією справою, для якої вони були призначені, тобто медициною, а зовсім іншими — політикою, технічними науками, літературою, мистецтвом тощо.

Зараз медичним труєнтизмом зветься прагнення лікарів до корисної творчої діяльності поза медициною, а труєнтом називають людину, що займається ще іншою справою, крім професії, для якої вона була призначена, і цією справою вона займається висококомпетентно, вносить в неї величезний вклад завдяки своїй зацікавленості, самоосвіті або навіть додатковій фундаментальній підготовці.

Розглянемо деякі приклади медичного труєнтизму.

Мішель Нострадамус (1503–1566) отримав медичну освіту в Монпельє і став працювати лікарем. Багато уваги в лікуванні хворих він приділяв природним факторам, а не модно-

му в ті часи кровопусканню, і швидко набув слави розумного і знаючого фахівця. Невдовзі після початку його лікарської практики трапилась епідемія чуми, з якою лікар **Нострадамус** боровся набагато краще за інших лікарів. Однак під час наступної епідемії від чуми загинула його родина, і це наклало на решту життя дуже важкий відбиток.

Лише після цього він захопився астрологією і прогнозуванням, хоча до кінця своїх днів продовжував лікарську практику, був лейб-медиком Королівського двору, займався також проблемами меліорації та оздоровлення клімату.

Свої «Центурії» він почав публікувати з 1555 року окремими альманахами. Оскільки деякі пророцтва почали збуватися, його слава віщуна була не меншою за лікарську. І зараз ім'я **Нострадамуса** ми пов'язуємо з пророкуванням майбутнього. А про його лікарську діяльність нам мало що відомо.

Ніколай Коперник (1473–1543) відомий як видатний астроном, основоположник сучасної геліоцентричної системи світу, але таким його знали в останні роки життя лише дуже близькі друзі. Більшості сучасників **Коперник** був відомий як уважний і вправний лікар та священник, який захоплюється математикою й астрономією.

Коперник навчався спочатку на факультеті мистецтв Краківського університету, потім продовжував освіту в Болонському, Ферарському та Падуанському університетах, де вивчав канонічне право і медицину. У 1503 році **Коперник** став доктором церковного права, а в 1505 — доктором медицини. 1512 року **Коперник** стає каноніком собору у Фрауенбурзі (Східна Пруссія) і лікарем у тому ж місті, де він жив і працював до самої смерті.

Як лікар **Коперник** мав високий авторитет, у своїй діяльності керувався настановами **Авіценни**. Його запрошували до Кенігсберга та інших міст лікувати можновладців. Дотепер збереглися деякі його рецепти проти різних хвороб.

Ще в роки навчання **Коперник** читав лекції з математики в Римі і проводив астрономічні спостереження в Болоньї.

Геніальність його полягає в тому, що вчення про геліоцентричну систему світу (на противагу пануючій тоді геоцентричній Птолемеєвій системі) він створив на підставі не спостережень, а тільки умовиводів і геніального осяяння. Головна книга його життя — «Про обертання небесних тіл» — засвідчує ерудицію і глибину творчого мислення **Коперника**.

Мало в кого асоціюється з медициною ім'я **Роберта Бойля** (1627–1691), видатного фізика й хіміка усіх часів і народів, одного із засновників і першого Президента Лондонського Королівського товариства, на засіданнях якого були продемонстровані видатні відкриття: перші внутрішньовенні ін'єкції ліків, перше переливання крові, перші експерименти зі штучного дихання, повітряної та жирової емболії тощо. Тут ми не згадуємо видатні відкриття **Р. Бойля** і його колег в галузі хімії та фізики (закон Бойля-Маріота й ін.) — вони заслуговують на спеціальне обговорення.

До того ж, **Р. Бойль** вивчив давньоєврейську і давньогрецьку мови, щоб читати Біблію в оригіналі, а не ґрунтуватися на чийхось перекладах, що вказує на нього як на справжнього вченого, який усе піддає сумніву. Його погляди і наукові знання були кращим засобом пропаганди релігії, він писав і висловлювався про узгодження розуму й релігії, релігії і наукового пізнання світу, про вищий тип лікаря-християнина. **Р. Бойль** подбав про те, щоб така пропаганда не припинялася й після його смерті, тому заповів особливий капітал для організації щорічних читань — знаменитих Бойлевських релігійних лекцій, що продовжувалися щонайменше два століття по його смерті.

Перша щотижнева газета виникла при французькому королівському дворі, її створив і випускав лікар **Теофраст Ренодо** (1586–1653). Видання так і називалося «Gazette» — за назвою дрібної венеціанської монети в 2 сольдо: саме стільки коштував один випуск. Поступово назва поширилася світом, а сам термін увійшов у багато мов, включаючи українську. Перший номер «Газети» побачив світ 30 травня 1631 року, і вона виходила без перерви близько трьох століть — до 1914 року.

Доктор **Т. Ренодо**, як і інші лікарі-труенти, не робив з видавання газети прибуткової справи. Він був видатним філантропом, а газета — одним із засобів для реалізації його надзвичайних і різноманітних благодійних справ. Скажімо, **Т. Ренодо** відкрив перше у світі бюро добрих послуг і адресне бюро, першу позикову касу для бідних, безкоштовну амбулаторію з безкоштовною видачею ліків, організував перший просвітницький дискусійний клуб і перший аукціон. Він вкладав у газету й інші благодійні справи усі свої кошти і помер бідняком.

Лише через 240 років «вдячні» нащадки схаменулися і встановили йому пам'ятник у Парижі. Тепер у Франції щорічно присуджуються літературні премії імені **Теофраста Ренодо**, хоча далеко не всі лауреати-літератори знають, що одержують премію, названу іменем лікаря.

Цих лікарів можна було б навіть не називати труентами, тому що важко сказати, яка справа для них була головною чи хоча б переважною. Це про них сказав чудові слова один військовий лікар, медична дисертація якого була присвячена відмінностям між запальними і гнильними лихоманками, а історична — особливостям революції в Нідерландах. Він сказав: «Для гарного актора не буває поганих ролей». Цей лікар мав право так говорити: він був не тільки медиком, але й видавцем журналів, професором історії Йенського університету, визначним поетом і драматургом, основоположником німецького і світового романтизму — це був **Фрідріх Шіллер** (1759–1805).

На жаль, обсяг цього розділу не дозволяє розповісти про інших видатних лікарів-труентів, і ми можемо тільки згадати таких великих людей, як таджицький лікар, фізик, хімік, математик, музикант, державний діяч **Авіценна**; італійський механік **Д. Кардано** (якому ми зобов'язані назвою «карданний вал» — чудовий лікар, математик, філософ). Видатний французький письменник **Ф. Рабле** був лікарем, істориком, археологом, адвокатом. Англійський антрополог **Ф. Гальтон** — відомий лікар, соціолог, мандрівник, юрист, творець

евгеніки, біометрії, дактилоскопії і словесного портрета, що послужив основою створення фоторобота.

Такі люди сприяли гармонійному розвитку людських знань, лікарської творчості. Але зростав обсяг інформації, науки дробилися і дедалі менше ставало людей, що сполучали у собі різні знання й уміння.

Саме тому медицині зараз потрібні лікарі-труенти, лікарі, наділені творчим мисленням. Звуження обріїв освіти фаховим мисленням неминуче руйнує гуманістичну сутність медицини, хоча й робить високоефективною працю фахівців, однак зменшує духовність медицини і породжує байдужість до особистості пацієнта. Творчий же підхід до діагностики, лікування, медичної і немедичної діяльності дозволить лікареві пізнати не лише усі тонкощі медичної науки, але й Душу людини, її внутрішній світ, а значить — стати справжнім лікарем. І хтозна, може, згодом його ім'я згадуватимуть поряд із такими іменами, як **Авіценна** чи **Коперник**, **Нострадамус** чи **Ренодо**.

Питання для самоконтролю

1. Що таке творчість? Які визначення творчості Ви можете дати?
2. У чому специфіка медичної творчості? Які характерні її риси Ви можете виділити?
3. Які види медичної діяльності Вам відомі?
4. Що таке клінічна проблемна ситуація?
5. Яку роль відіграє творчість у вирішенні клінічної проблемної ситуації?
6. Яке місце займає загальна (немедична) ерудиція у діяльності лікаря?
7. Що таке труєнтизм?
8. Що таке медичний труєнтизм?
9. Які лікарі-труєнти Вам відомі?
10. Яку роль відіграє медичний труєнтизм у практичній діяльності лікаря?

Тести для самоконтролю

1. Оберіть найбільш повне та коректне визначення творчості:

- a.* це викликання буття з небуття за допомогою вольового акту божественної особистості
- b.* це художня творчість, мистецтво в широкому розумінні слова
- c.* це єдність свідомої та несвідомої діяльності
- d.* це щось таке, що відбувається об'єктивно у вигляді виникнення нових зразків і переживань
- e.* це діяльність, яка задовольняє потреби загальнолюдського розвитку
- f.* це діяльність людини, що створює нові об'єкти та якості, схеми поведінки та спілкування, нові образи та знання

2. Що обумовлює прояви творчості в лікарській діяльності?

- a.* соціально-історичний розвиток суспільства
- b.* зростання обсягу медичних знань
- c.* гуманізація суспільства
- d.* гуманізація сфери охорони здоров'я
- e.* поява у медицині нових технологій

3. Чи можна стверджувати, що творчість охоплює усі сфери медичної діяльності?

- a.* тільки теоретичну сферу медичної діяльності
- b.* тільки практичну сферу медичної діяльності
- c.* усі сфери медичної діяльності
- d.* не зачіпає жодної зі сфер медичної діяльності

4. Які фактори визначають творчість як джерело натхнення у діяльності лікаря?

- a.* політичні
- b.* економічні
- c.* соціальні
- d.* демографічні
- e.* духовні
- f.* моральні
- g.* матеріальні

- 5. Які функції творчості є ключовими у діяльності лікаря?**
- a.* організаторська
 - b.* науково-методична
 - c.* світоглядна
 - d.* виховна
 - e.* профілактична
 - f.* прогностична
 - g.* практична
 - h.* аксіологічна
- 6. Що спонукає до творчості у лікарській діяльності?**
- a.* нестандартність клінічних ситуацій
 - b.* неповторність хвороби
 - c.* індивідуальність пацієнта
 - d.* інтелектуалізація лікарської праці
 - e.* вимога діяти за «законами краси»
 - f.* прагнення вирішити власні матеріальні питання
- 7. Як співвідносяться між собою поняття «творчість», «обов'язок» та «відповідальність»?**
- a.* творчість формує обов'язок та відповідальність
 - b.* обов'язок та відповідальність є визначальними у формуванні творчого ставлення лікаря до своєї діяльності
 - c.* творчість, обов'язок та відповідальність не мають взаємного впливу
 - d.* творчість, обов'язок та відповідальність не можуть існувати одне без одного
- 8. Як співвідносяться поняття «творчість» та «лікарська помилка»?**
- a.* лікар, що йде творчим шляхом, примножує кількість лікарських помилок
 - b.* творчий лікар здебільшого уникає лікарських помилок
 - c.* творчість у медичній практиці майже не впливає на кількість лікарських помилок
- 9. На Вашу думку, чи припустимий начальницький тиск на творчого лікаря? Визначте, хто з них правий, а хто винний?**

Які варіанти відповідей Ви вважаєте правильними?

- a. начальник, який вимагає від підлеглих лікарів неухильного дотримання керівних документів
- b. лікар, який намагається працювати творчо
- c. система, що склалася у суспільстві
- d. небажання людей торувати нові шляхи (консерватизм)

10. Медичний труєнтизм у практичній діяльності лікаря:

- a. сприяє розвитку творчості
- b. заважає розвитку творчості
- c. не має значення для розвитку творчості
- d. несумісний з творчістю у практичній діяльності лікаря

Додаткові навчаючі завдання

1. Чи можна вважати сучасну медичну діяльність переважно уніфікованою? Чи слід сучасну медичну діяльність вважати такою, що втрачає елемент творчості? Якщо так, то яка, на Вашу думку, перспектива розвитку творчого початку в медичній діяльності? Презентуйте власні роздуми за темою: «Якою я бачу творчість у медичній діяльності майбутнього?»

2. Ви спостерігаєте діяльність двох лікарів: один працює формально, а другий намагається якомога ширше привносити у свою діяльність елементи творчості. Чи має переваги «творча діяльність лікаря» у порівнянні з «діяльністю лікаря»? Аргументуйте свою відповідь.

3. Ви визначаєте у пацієнта діагноз, що межує зі смертю, і жити йому — кілька місяців. Чи доречно сказати хворому правду і чи необхідно таку правду казати завжди? Чи є моральною у таких випадках лікарська таємниця або можливий пошук та застосування творчих засобів як намагання виходу з кризової або драматичної ситуації?

4. Чи можливо, щоб творчий підхід до медичної діяльності суперечив офіційним вимогам щодо ведення медичної практики? Як повинен діяти лікар: творчо, ідучи на ризик,

або згідно з вимогами офіційних документів, що регламентують медичну діяльність?

5. Чи існує певний зв'язок між поняттями «творчість», «обов'язок» та «відповідальність»? Чи існує якась різниця прояву цих понять у діяльності взагалі та в медичній діяльності зокрема? Наведіть приклади, що можуть проілюструвати Вашу відповідь.

6. Один лікар ставиться до медичної діяльності творчо, намагаючись враховувати усі нюанси життя. Другий лікар ставиться до медичної діяльності формально, за законом, чітко виконуючи вказівки та інструкції щодо медичної практики. Хто з цих лікарів діє за совістю, а хто з них поступається совістю? Дайте розгорнуту відповідь.

Література

1. Бергсон А. Два источника морали и религии / Бергсон А.; пер. с фр. — М.: «Кано», 1994.
2. Гусейнов А. А. Этика: [учебник] / Гусейнов А. А., Апресян Р. Г.— М.: Гардарики, 2005. — 472 с.
3. Зильбер А. П. Врачи, прославившиеся в юриспруденции: к проблеме медицинского труэнтизма / Зильбер А. П. // Актуальные проблемы медицины критических состояний. 1993.
4. Зильбер А. П. Медицинский труэнтизм и футурология / Зильбер А. П. // Актуальные проблемы медицины критических состояний, 1999.
5. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний / Зильбер А. П. — Петрозаводск, 1998.
6. Этика: [навчальний посібник] / Лозовой В. О., Панов М. І., Стасевська О. А. та ін.: За ред. проф. В. О. Лозового. — К.: Юрінком Інтер, 2002. — 224 с.
7. Иванюшкин А. Я. Профессиональная этика в медицине / Иванюшкин А. Я. — М., 1990. — 224 с.
8. Канке В. А. Философия. Исторический и систематический курс: [учебник для вузов] / Канке В. А. — М.: Логос, 2005. — 376 с.

9. Мануйлов Е. Н. Сознание и творчество / Мануйлов Е. Н., Тулаев В. М. — Харьков, 1993. — 43 с.
10. Матюшин И. Ф. Проблемы врачебного творчества / Матюшин И. Ф., Изуткин А. М., Сергачева З. А. — Горький, 1982.
11. Пустовит А. В. Этика и эстетика: наследие Запада. История красоты и добра: [учеб. пособие] / Пустовит А. В. — К.: МАУП, 2006. — 680 с.
12. Селье Г. От мечты к открытию / Селье Г. — М.: «Прогресс», 1987.
13. Современный философский словарь / [под общ. ред. В. Е. Кемерова. — 3-е изд.] — М.: Академический проект, 2004. — 864 с.
14. Філософія / [підр. для медич. вузів]; за заг. ред. М. В. Попова, О. О. Закордонця. — К. — Х., ВПП «Контраст», 2005. — 488 с.
15. Філософські та соціально-екологічні проблеми медицини / [за ред. М. В. Кривоносова, А. П. Алексеєнко, І. С. Краценка]. — Харків, 2002.

1.5. Технізація медицини: етико-філософський аспект

План:

1. *Техніка як соціальне явище. Різновиди техніки і медичної техніки.*
2. *Етапи технізації суспільства та медицини.*
3. *Технізація суспільства та медицини: позитивні наслідки.*
4. *Технізація суспільства та медицини: негативні наслідки.*
5. *Подальша технізація і перспективи техноетики.*

Ключові слова: техніка, медична техніка, технізація, артефакт, знаряддя ручної праці, механізація, машинізація, комп'ютеризація, новітні технології, «ветеринаризація» медицини, медичні маніпуляції, деперсоналізація, техноетика.

1. Техніка як соціальне явище. Різновиди техніки і медичної техніки

Довгий шлях пройшло людство у своєму розвитку, і завжди поруч із людиною була техніка, впливаючи на її еволюцію, допомагаючи у трудовому процесі та повсякденному житті.

Сьогодні вплив техніки на людину і суспільство можна назвати всеосяжним і прогресуючим з кожним днем, що особливо характерно для таких сфер людської діяльності, як промисловість, наука, побут. Вимагаючи величезних витрат, техніка, проте, дозволяє виконати практично будь-яке людське бажання. Разом з тим, нерідко ґрунтуючись на небезпечних і руйнівних процесах, вона перетворилася у фактор, що визначає майбутнє людства, а людину зробила повноправним співучасником еволюції.

Медицина, зрозуміло, не залишилася осторонь від впливу техніки. Скоріше, навпаки: ця сфера є однією з небагатьох,

що не тільки наочно ілюструє процес тотальної інтеграції техніки у світ людини, але й демонструє всю його суперечливість. Щоб зрозуміти, яку роль відіграє техніка в медицині, проаналізувати всі можливі наслідки технізації даної соціальної сфери, необхідно усвідомити сутність техніки, охарактеризувати процес набуття нею певного статусу, виявити вплив техніки на людину та систему соціальних відносин.

Вважається, що поняття «техніка» («*techne*») виникло ще у період античності, означаючи вміння, майстерність, мистецтво. І хоча сьогодні під словом «техніка» ми розуміємо різні механізми й пристрої, що не існують у природі і виготовляються людиною, все-таки збереглося й попереднє його значення: говорячи про техніку музиканта або спортсмена, ми маємо на увазі саме вміння, майстерність.

Надалі технікою ми будемо називати систему штучних засобів та знарядь, що створюються з метою перетворення дійсності відповідно до людських потреб і бажань.

Те, що техніка є артефактом, тобто штучним утворенням, є, напевно, її базовою сутнісною ознакою.

Техніка — це інструмент, що завжди використовується як знаряддя, засіб задоволення певних людських потреб (у захисті, силі, русі тощо). Технічні пристрої є, з одного боку, певним продовженням, а з іншого — і підсиленням людських органів, що диктують, до того ж, способи свого застосування: наприклад, молотком забивають цвяхи, олівцем малюють, ножем ріжуть.

У техніці виражається творча сила людини, завдяки якій реалізуються попередньо намічені цілі. Всю довгу історію техніки можна назвати історією людської творчості.

Через штучне походження і свою відносну самостійність (саме таку характеристику мають деякі сучасні технічні пристрої) техніка є повноцінною реальністю, що протиставляється природі і всьому живому. Більше того, використання техніки дає людині фактичну владу над природою, і в цьому полягає певний парадокс, адже техніка являє собою процес опредмечування природи. Найбільш точно цей парадокс пе-

редав **К. Ясперс**: «Техніка панує над природою за допомогою самої природи».

На сьогоднішній день універсальної, загальноприйнятої класифікації техніки не існує. Проте найчастіше її розподіляють на **виробничу** (наприклад верстати, інструменти) та **невиробничу** (побутова техніка, легковий транспорт тощо), а виходячи зі **сфери її застосування**, виділяють **промислову, побутову, обчислювальну, військову, транспортну, медичну** та іншу техніку.

Медична техніка — це апарати, прилади, обладнання, знаряддя ручної праці, які застосовують у медичних цілях для профілактики, діагностики, лікування захворювань, реабілітації, а також для наукових досліджень медичного характеру. Як і у випадку з технікою взагалі, єдиної класифікації медичної техніки немає. Однак, у першу чергу, її доцільно диференціювати виходячи з **функціонального призначення**. За даним критерієм виділяють **чотири різновиди медичної техніки**:

➤ **техніка, що використовується для діагностики** (функціональної, топічної, лабораторної);

➤ **техніка, що використовується для лікування й профілактики** (хірургічні апарати, фізіотерапевтична апаратура, наркозно-дихальна й реанімаційна апаратура, стоматологічне обладнання, медичний інструментарій);

➤ **техніка, що коректує і заміщає функції органів та систем** (окуляри, протезно-ортопедичні вироби, штучні органи);

➤ **допоміжні медичні технічні засоби** (наприклад операційне, гінекологічне обладнання).

Також можливий розподіл техніки відповідно до **медичних спеціальностей та спеціалізацій** на стоматологічне, отоларингологічне, хірургічне і реанімаційне обладнання, кардіологічну, акушерсько-гінекологічну медичну техніку тощо.

2. *Етапи технізації суспільства та медицини*

Розглядаючи процес удосконалення техніки в історичній площині, варто сказати, що її розвиток завжди відбувався у відповідь на мінливі, зростаючі суспільні потреби, коли ті суперечили технічним можливостям їх задоволення.

Знаряддя ручної праці стали **першим етапом** процесу технізації суспільства. За допомогою перших технічних пристроїв людина прагнула вдосконалити трудовий процес. Тоді всі функції вона ще виконувала самостійно, а техніка була лише надійним помічником.

Найпростіші технічні пристрої постійно вдосконалювалися, вони в надлишку існують і у сьогоденні житті людини. Наприклад, хірург використовує у своїй повсякденній практиці таке знаряддя праці, як скальпель. Цей артефакт, а точніше, його прообраз, відомий ще з найдавніших часів.

Надалі людина винайшла і перші механічні пристрої: важіль, клин, колесо. Однак свій справжній розквіт механічна, а потім і машинна техніка пережила у XVII–XX століттях — цей етап традиційно називають **епохою механізації та машинізації**. Основне завдання техніки тут полягало у поступовому звільненні людини від важкої праці, у передачі техніці найбільш трудомістких завдань, у багаторазовому збільшенні продуктивності праці й ефективності виробництва. Таким чином, саме на етапі механізації та машинізації сформувалася ключова тенденція співробітництва людини і техніки, коли не технічні пристрої доповнюють людину, а навпаки, — людина стає своєрідним додатком, «продовженням» техніки.

І надалі ця тенденція тільки підсилювалася. Наступний етап розвитку техніки — **автоматизація** (середина XX століття) — був пов'язаний з науково-технічною революцією та науковими досягненнями у галузі автоматики, електроніки, обчислювальної техніки. Саме науково-технічна революція надала техніці прискореного, стрибкоподібного характеру розвитку. Це проявилось у докорінній перебудові технічної й технологічної бази усього суспільства, зокрема, в організації

та управлінні виробництвом, яке перетворилося з простого процесу праці у науковий процес. Повна автоматизація виробництва в масштабах усього суспільства багаторазово підвищила продуктивність праці.

Нарешті, останній ступінь науково-технічної революції пов'язаний з бурхливим розвитком інформатики, мікроелектроніки, біотехнології, робототехніки. Цей новітній етап можна назвати періодом **комп'ютеризації та новітніх технологій** (з кінця ХХ століття по теперішній час). Ключова його риса полягає у такому рівні розвитку техніки, коли вона може повністю замінити людину майже на всіх фазах процесу праці, виконуючи завдання будь-якої складності.

Сьогодні поруч із людиною успішно співіснують досягнення всіх перелічених вище етапів технізації суспільства. У цьому плані медицина — одна з найбільш показових сфер людської діяльності: тут одночасно застосовні й затребувані як скальпель, так і флюорограф, складна комп'ютерна техніка. Процес входження цих, а також багатьох інших технічних пристроїв у медицину пройшов свій суперечливий шлях, що завжди перебував у руслі загальних тенденцій інтеграції техніки в суспільство. Виділимо кілька ключових етапів технізації медицини, у рамках яких функції «людини у білому халаті» поступово передавалися техніці:

1. **«Ветеринаризація» медицини.** Термін «ветеринаризація» запропонував **Н. Ельштейн**, фактично урівнявши лікаря з ветеринаром. Така необхідність була пов'язана з розумінням того, що в медицині пацієнт і його роль дедалі більше стають схожими на тварину у ветеринарній клініці, аніж на хвору людину, бо з людиною треба розмовляти, а використання у медичній практиці техніки помітно заважає тісному контактowi лікаря і пацієнта. На етапі «ветеринаризації» як технічний арсенал лікаря виступають лише знаряддя ручної праці. Отже, з пацієнтом хоч і мало, але розмовляють, оглядають і ретельно досліджують.

2. **Тотальна технізація медицини.** Тут процес входження техніки у медицину стає всеосяжним. Техніка бере на себе

щодали більше функцій, які раніше виконували тільки медики: хворого вже майже не слухають, оглядають поверхово, проте ретельно вивчають показники аналізів, рентгенівські та УЗД-знімки, електрокардіограми та інше, на підставі чого лікар ставить діагноз і призначає лікування.

3. Комп'ютеризація медицини. Цей етап символізує прихід до медицини новітніх інформаційних технологій, що істотно змінили роботу лікаря й характер його взаємодії з пацієнтом: останнього вже не тільки не слухають, але й майже не оглядають, нічого не аналізують. Усі ці функції тепер виконує комп'ютер, він же дає свій власний висновок, з яким лікар лише знайомиться.

3. Технізація суспільства та медицини: позитивні наслідки

Сьогодні техніка настільки невіддільна від медицини, що вже практично неможливо уявити лікаря без різноманітної технічної «зброї». Однак наскільки виправдана така стрімка, глибока й всебічна технізація медицини?

Щоб відповісти на це питання, варто почати з ретельного аналізу усіх «за» та «проти» власне процесу інтеграції техніки у світ людини. Серед різних галузей знання найбільшого прогресу на шляху такого аналізу домоглася соціальна філософія, у рамках якої в середині ХХ століття сформувалися цілі напрямки (наприклад філософія техніки), витоки яких можна відшукати ще у роботах **М. Бердяєва** та **К. Ясперса**. Представники цих напрямків філософської думки намагалися переосмислити соціальну реальність і шляхи її еволюції у зв'язку з бурхливими темпами науково-технічного прогресу. І сьогодні ми можемо говорити про існування двох протилежних точок зору щодо сутності техніки й можливих наслідків її інтеграції в людську цивілізацію.

Оптимістичну точку зору пов'язують з іменами таких філософів, як **К. Ясперс**, **О. Тофлер**, **Д. Белл**, **Г. Кан** та багатьох інших. Головною ідеєю, що об'єднала цих вчених, стало розуміння того, що розвиток техніки є основним шляхом вирі-

шення всіх соціальних, політичних і соціально-економічних проблем суспільства. Звичайно, техніка розуміється тут як однозначно позитивний фактор соціального розвитку, і така позиція має достатню кількість вагомих аргументів.

По-перше, техніка, безумовно, дала потужний поштовх розвитку всього людства, перетворившись сьогодні на один з ключових каталізаторів соціальних змін. Прийнято вважати, що, наприклад, перехід від феодального суспільства до сучасного капіталізму став можливим завдяки машинному виробництву, сучасна західна цивілізація багато в чому є наслідком розвитку побутової та споживчої техніки, а прогрес у військовій техніці колись радикально змінив способи ведення війн, зробивши неможливими великомасштабні конфлікти між провідними державами світу.

По-друге, завдяки розвитку сучасних технологій здійснюється повномасштабне співробітництво між різними країнами, що, безперечно, позитивно впливає на політичний та економічний клімат у суспільстві.

По-третє, техніка спрощує, прискорює, полегшує працю людини, вона вивільняє їй час для виконання інших завдань, створює «простір комфорту», зокрема у побуті. Так, **Г. Кан** зазначає, що завдяки технізації майбутнє суспільство стане «побутовим», при цьому поведінка людини знову збуде моральність.

Звичайно ж, і в медицині можна в надлишку відшукати **позитивні наслідки** її технізації. Нижче позначено найважливіші з них:

1. **Техніка дозволяє виконувати раніше недосяжні медичні маніпуляції**, і з кожним днем перелік таких маніпуляцій тільки розширюється. Наприклад, без участі техніки було б неможливо виконувати хірургічні операції або ж підтримувати життєзабезпечення хворих, що перебувають у комі. Беручи активну участь в постановці точного діагнозу, у визначенні й реалізації процесу лікування, у здійсненні реабілітації пацієнта **техніка істотно поліпшила результативність та ефективність медицини.**

2. Завдяки техніці виконання багатьох медичних маніпуляцій стало більш простим, комфортним та швидким у часі. Це стосується абсолютно усіх напрямків і галузей медицини.

3. Техніка продовжує життя людських органів і кінцівок завдяки заміні їх на технічні аналоги. Фактично, виконання даного завдання дозволяє інтегрувати неживе в живий організм, забезпечуючи взаємодію, успішне співіснування живого й неживого в межах окремо взятої людини, що, в принципі, є унікальним.

4. Техніка дає можливість проводити в лабораторіях і наукових центрах актуальні наукові дослідження з найважливіших проблем лікування людини та збереження її здоров'я. Отже, вона є вагомим фактором, що визначає розвиток медицини і суспільства.

4. Технізація суспільства та медицини: негативні наслідки

Процес дедалі глибшого та всебічного впровадження техніки в усі сфери людської діяльності є досить суперечливим, бо, поряд з очевидними позитивними аспектами, несе значну кількість витрат і негативних соціальних наслідків, створюючи нові етичні, соціально-економічні та інші проблеми.

Так, процес удосконалення найпростіших знарядь праці колись привів до росту суспільного багатства, до виникнення певного надлишку сукупного суспільного продукту, а отже й до появи приватної власності, внаслідок чого в суспільстві виникла соціальна нерівність, що сьогодні є джерелом соціальної напруженості та соціальних конфліктів.

Замінивши людину на виробництві, техніка загострила такі соціальні проблеми, як зайнятість і безробіття, адже безліч «робочих рук», що стали зовсім незатребуваними у межах своїх колишніх компетенцій, так і не змогли пристосуватися до нових реалій, поповнивши лави безробітних.

Однією із соціально-економічних проблем, що проявилися в результаті надмірної технізації економіки, стала пробле-

ма надвиробництва — тобто виробництва зайвої кількості товарів, що перевищує існуючий попит. Надвиробництво, у свою чергу, вплинуло на формування «суспільства споживання», де стимулюється попит на придбання як того, що дійсно потребує людина, так і того, в чому немає особливої необхідності. У такому суспільстві надмірне споживання товарів стає своєрідним стилем життя, що веде до особистісної деградації, втрати духовності й моральності.

Нарешті, не варто забувати, що всебічна технізація є загрозою існуванню суспільства та здоров'я кожної людини. Досить згадати про можливі наслідки застосування ядерної зброї, про порушення екологічного балансу планети в результаті використання різноманітних технологій, про безпосередній згубний вплив на організм людини багатьох технічних пристроїв (комп'ютерів, мобільних телефонів, побутових електроприладів тощо).

Представники **песимістичного напрямку** філософської думки (**М. Бердяєв, М. Гайдегер, Ж. Елюль, Дж. Хелбронен, Л. Мемфорд** та інші), характеризуючи роль технічного прогресу в житті цивілізації, обґрунтовували тезу про те, що техніка загрожує життєздатності, розвитку людини й суспільства, тому її поширення необхідно обмежити, а вплив — нівелювати. **М. Гайдегер** зазначав, що вже не техніка є засобом у руках людини, а навпаки, — людина цілком і повністю підлегла техніці, служить їй та залежить від неї. Сьогодні техніка досягла такого рівня розвитку, що здобула певну самостійність, здатність направляти еволюцію суспільства та формувати світогляд. Удосконалюючи техніку, людина сама потрапляє під її владу. І чим досконалішими є технічні засоби, тим більше людина відчуває в них потребу, що, у свою чергу, обмежує її волю. Втрачання волі та здобуття залежності від техніки — один з головних аргументів супротивників загальної технізації.

Але далеко не єдиний. Ще **М. Бердяєв** писав, що «техніка піддає людину процесові розщеплення, поділу, у результаті чого та немов перестає бути природною істотою». З такою

оцінкою згодний і **Ж. Елюль**, який вважав, що техніка стала для людини повноправним середовищем перебування, підмінивши у цій якості природу: «Техніка оточує нас як суцільний кокон без просвітів, що робить природу зовсім марною, покірною, вторинною, малозначущою. Природа виявилася демонтованою науками і технікою, остання ж сформувала цілісне середовище перебування, усередині якого людина думає, живе, відчуває, здобуває досвід. Всі глибокі враження, що вона отримує, приходять від техніки».

Нарешті, ще одним аргументом проти загальної технізації суспільства є той факт, що техніка стандартизує поведінку і мислення людини, стимулює втрачання людиною своєї емоційності, творчого начала (здобутого, як вважав **М. Бердяєв**, у природі), створюючи однобічну технічну свідомість. Техніка загрожує, насамперед, душі людини.

Багато з вищезгаданих небезпек для медицини не лише характерні — деякі з них проявляються тут настільки показово, що ставлять під сумнів обґрунтованість, необхідність технізації даної сфери людської діяльності, демонструючи зворотній бік переваг використання та поширення техніки. Головними **негативними наслідками** технічного прогресу у медицині є:

1. **Мислення лікаря з клінічного усе більше трансформується в інструментально-клінічне.** Особливо це характерно для лікарів, які регулярно працюють зі складною медичною технікою: їхнє мислення часто діє у межах заздалегідь заданого алгоритму, шаблону, що запрограмований на виконання лише певних функцій. Надмірний техніцизм призводить до звуження поля зору лікаря, від'їмає від самостійного мислення.

2. Регулярно працюючи з медичною технікою, **лікар у певній мірі стає залежним від неї, втрачаючи свою первісну кваліфікацію через деградацію навичок**, що не відпрацьовуються на практиці. Потрапляючи ж у ситуацію, де сучасні лабораторно-технічні засоби відсутні або не можуть бути застосовані, лікар стає безпорадним, не здатним виявити свої професійні якості на потрібному рівні.

3. Техніка стала повноправним посередником між лікарем і пацієнтом, втручаючись тим самим у їхні прямі взаємини, порушуючи інтимність, близькість таких відносин. Раніше лікар більше часу проводив у спілкуванні з хворим, докладно розпитуючи про хворобу, звички, умови життя. Нерідко саме після такої розмови ставав зрозумілим діагноз, і це відбувалося ще до того, як лікар оглядав хворого, вивчав аналізи та ініціював проведення додаткових досліджень. Зараз же той контакт, що завжди цінувався і пацієнтом, і лікарем, поступово втрачається, а останній, перефразовуючи слова **М. Баліта**, перестає сам бути лікарем.

Незважаючи на те, що техніка не здатна врахувати особистісні, психологічні особливості пацієнта, не вміє проявляти щиросердну теплоту, сама по собі є непередбачуваною, адже у будь-який момент може вийти з ладу або спричинити лікарську помилку (вважається, що техніка є причиною близько 10 % усіх лікарських помилок) та інші страшні наслідки. У трикутнику «лікар — техніка — пацієнт» вона фактично виступає на правах рівної, стимулюючи процес «втрати живої людини», тобто **деперсоналізацію**, що суперечить гуманній сутності медицини.

4. Медична техніка здатна негативно впливати на організм людини: фізично (наприклад, при використанні рентгенівського або УЗД-обладнання) і **психологічно** (пацієнти іноді відчувають страх перед «бездушною апаратурою»). У цьому полягає певний парадокс, адже і безпосереднє застосування техніки, і діяльність медицини взагалі спрямовані на поліпшення здоров'я людини та збільшення тривалості її життя.

5. Вартість використання провідних технічних досягнень у галузі медицини є досить значною, що робить їх недосяжними для нижчих суспільних верств. Виходить, що техніка виконує функцію соціальної селекції, «допускаючи» до якісної медичної послуги лише тих пацієнтів, які здатні її оплатити. Отже, процес технізації медицини є чинником, що опосередковано диференціює суспільство за економічними ознаками, відтворюючи існуючу соціальну ієрархію.

6. **Високі темпи технізації медицини неминуче віддаватимуть перевагу кожному наступному молодому поколінню лікарів, яке завжди є більш мобільним, відкритим до технічних інновацій. Кожне ж попереднє покоління у цьому сенсі неодмінно вважатиметься «відсталим» — так техніка виконує приховану функцію соціальної дискримінації.**

5. Подальша технізація і перспективи техноетики

Як оптимістична, так і песимістична точки зору відносно технізації суспільства і медицини несуть (як діаметрально протилежні, полярні позиції) певний технологічний детермінізм, тобто, можливо, у чомусь перебільшують значення техніки в житті людини та потенційні наслідки технізації. Однак ключові аспекти обох точок зору мають стати основою для формування принципово нового ставлення до техніки, процесу її розвитку та використання у різних сферах людської діяльності.

Ясна річ, наше суспільство у цілому і медицина зокрема потребують подальшої технічної еволюції. Більше того, це невідворотне явище. Тому не треба відмовлятися від техніки як такої, від досягнень технічного прогресу.

На сьогодні більш актуальним є виважене просування уперед шляхом всебічної технізації, коли уважно, прискіпливо вивчаються усі можливі соціальні та інші наслідки використання техніки. Це шлях усвідомлення загальної відповідальності нашого покоління перед майбуттям людської цивілізації, адже техніка сама по собі ані гарна, ані погана: все залежить від того, у чиїх вона руках, на які цілі налаштована.

Тим важливішим є подальший розвиток такого напрямку філософсько-етичної проблематики, як техноетика, що був започаткований наприкінці минулого століття, а зараз стрімко розвивається. **Техноетика має на меті встановлення етики використання, розповсюдження та розвитку різноманітної техніки.**

У межах техноетики можливе всебічне вивчення впливу технічних засобів та пристроїв на людину, на соціальне

та природне середовище. Одним з найважливіших завдань техноетики має стати формування етичних принципів, що зможуть регулювати ставлення людини до техніки.

Питання для самоконтролю

1. Що таке техніка? У якому значенні можна застосувати це поняття?
2. Опишіть ключові сутнісні ознаки техніки.
3. Які різновиди техніки Ви знаєте?
4. Що таке медична техніка? Якою вона буває?
5. Схарактеризуйте основні етапи технізації суспільства.
6. Які етапи технізації медицини Ви знаєте? Що таке «ветеринаризація» медицини?
7. У чому полягають аргументи оптимістичної філософської позиції щодо сутності техніки та наслідків її інтеграції у суспільство?
8. Опишіть позитивні наслідки технізації медицини.
9. Чому процес технізації суспільства можна назвати суперечливим?
10. У чому полягають аргументи песимістичної філософської позиції щодо сутності техніки та наслідків її інтеграції у суспільство?
11. Опишіть негативні наслідки технізації медицини.
12. Яким чином процес технізації медицини стимулює її деперсоналізацію?
13. Що таке техноетика? Чому сьогодні вона актуальна?

Тести для самоконтролю

1. Як відомо, поняття «техніка» («*techne*») виникло ще у період античності. Який первісний зміст воно мало?
 - a. техніка як така
 - b. землеробство
 - c. негативні людські якості
 - d. вміння, майстерність, мистецтво

2. Чому техніка може сприйматися як повноцінна реальність, що протиставляється природі і всьому живому?

- a.* через свою складність
- b.* завдяки давньому походженню
- c.* через своє штучне походження та відносну самостійність
- d.* через те, що вона завжди є небезпечною у використанні

3. Назвіть найхарактернішу рису епохи механізації та машинізації:

- a.* з'явилися перші технічні пристрої
- b.* людина стала своєрідним додатком, «продовженням» техніки
- c.* був винайдений перший комп'ютер
- d.* з'явилися знаряддя ручної праці

4. Оберіть найбільш повне та коректне визначення технізації медицини:

- a.* це процес технічного оснащення медичних установ
- b.* це більш ефективне використання техніки у лікарській діяльності
- c.* це процес широкого та глибокого залучення техніки у галузь медицини
- d.* це процес оволодіння навичками роботи з технікою

5. К. Ясперс та О. Тофлер, аналізуючи процес інтеграції техніки у життя людини та розвиток суспільства, додержуються...

- a.* оптимістичної точки зору
- b.* песимістичної точки зору
- c.* жодної з вищезгаданих позицій
- d.* обох позицій водночас

6. Знайдіть один із ключових етичних аспектів технізації медицини:

- a.* техніка набуває поширення у медицині
- b.* використання техніки значно скорочує час безпосереднього спілкування лікаря та пацієнта
- c.* дані технічних пристроїв іноді є досить суперечливими

- d. техніка не завжди може ефективно допомогти лікареві

7. Яке явище у сучасній медицині пов'язує із втрачанням особистісного підходу лікаря до пацієнта?

- a. фундаменталізація
- b. деперсоналізація
- c. гуманізація
- d. деідеологізація

8. У чому полягає непередбачуваність посередництва техніки у відносинах між лікарем та пацієнтом?

- a. вона затягує у часі процес діагностики та лікування
- b. техніка постійно вдосконалюється, і це створює певні проблеми з технічним переоснащенням медичних установ
- c. вона здатна раптово вийти з ладу, що може призвести до лікарської помилки або інших страшних наслідків
- d. її використання не завжди є доречним

9. Якщо використання техніки є досить дорогим для певних верств населення, це означає, що техніка виконує:

- a. функцію посередництва
- b. латентну комунікативну функцію
- c. функцію соціального партнерства
- d. латентну селективну функцію

10. Напрямок філософсько-етичної проблематики, що досліджує етику використання, розповсюдження та розвитку різноманітної техніки, називається...

- a. соціальна філософія
- b. етика
- c. етичні проблеми медицини
- d. техноетика

Додаткові навчаючі завдання

1. Французький письменник Антуан де Сент-Екзюпері колись написав: «Я вірю, настане день, коли хвора людина віддасться у руки фізиків. Не запитуючи її ні про що, вони візьмуть у неї кров, виведуть певні константи, перемножать

їх. Потім, звіривши з таблицею логарифмів, вилікують її єдиною пігулкою. І все-таки, якщо я занедужаю, то звернуся до якого-небудь старого сільського лікаря. Він гляне на мене куточком ока, пощупає пульс і живіт, послухає. Потім кашляне, розкуривши трубку, потре підборіддя і посміхнеться мені, аби краще угамувати біль. Зрозуміло, я захоплююся наукою, але я захоплююся і мудрістю». Про які актуальні етичні проблеми медицини йдеться у цьому уривку?

2. Термін «ветеринаризація» характеризує сучасний стан медицини, коли хворий на прийомі у лікаря стає все більше схожим на тварину, яку привели до ветеринара. Порівнявши дві ситуації — з людиною-пацієнтом і твариною-пацієнтом, — визначте, що може бути спільного у цих двох випадках.

3. Проаналізувавши особливості свого професійного мислення, охарактеризуйте, які його риси відповідають так званому клінічному мисленню, а які — технічному (інструментально-клінічному).

4. Як Ви вважаєте, чи можлива стовідсоткова технізація медицини? Чи існують певні межі, які процес технізації не повинен переступати? Якщо так, то які саме? Якщо ні, то чому?

5. Уявіть, що Вам надали можливість самому визначити шлях і характер інтеграції техніки у сферу медицини, від самого початку цього процесу. Який би варіант Ви обрали? Відповідь аргументуйте.

Література

1. Бердяев Н. А. Смысл истории. / Николай Бердяев. — М.: Мысль, 1990. — 173 с.
2. Виленский А. В., Федосеев В. Н. Российский медико-технический рынок: состояние, проблемы, перспективы [Электронный ресурс] / Виленский А. В., Федосеев В. Н. — Режим доступа: http://www.medтехника.ru/spec/articles/art_08.htm

3. Григович И. Доброта покидает медицину? [Электронный ресурс] / И. Григович. — Режим доступа: <http://petrsu.karelia.ru/Structure/NewsPaper/2006/0602/1.htm>
4. Изуткин А. М. Социология медицины / Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. — К.: Здоров'я, 1981. — С. 139–160.
5. Йонас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации / Йонас Г. [пер. с нем.]. — М., 2004. — 480 с.
6. Кобринский Б. А. Место информационных технологий в практике здравоохранения [Электронный ресурс] / Кобринский Б. А. — Режим доступа: <http://www.medtech.com.ua>
7. Медична техніка: вихід із замкнутого кола? // Дзеркало тижня. — 2005. — № 3 (531). — С. 12.
8. Мельник В. П. Філософські проблеми технікознавства: гносеологічні і предметно-перетворювальні аспекти. / Мельник В. П. — Львів, 1994.
9. Миронов А. В. Техноэтика: ответы на актуальные вопросы перехода к устойчивому развитию / Миронов А. В. // Вестник Московского университета. — 2004. — сер. 7. — № 3. — С. 3–14.
10. Митчем К. Что такое философия техники? / Митчем К. [пер. с англ.]. — М.: Аспект Пресс, 1995. — 150 с.
11. Новая технократическая волна на Западе: [сб. ст.]. — М.: Прогресс, 1986. — 452 с.
12. Пікашова Т. Д. Основи історії науки і техніки: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / Пікашова Т. Д., Шашкова Л. О. — К.: ІЗМН, 1997. — 399 с.
13. Причепій Є. М. Філософія: підруч. [для студ. вищ. навч. закл.] / Причепій Є. М., Чекаль Л. А., Черній А. М. — К.: Академвидав, 2008. — 592 с.
14. Спиркин А. Г. Основы философии: уч.пособ. [для студ. высш.уч.зав.] / Спиркин А. Г. — М., 2006. — 736 с.
15. Султанов И. Я. О некоторых так называемых объективных причинах диагностических ошибок в практической

- деятельности врачей [Электронный ресурс] / Султанов И. Я. — Режим доступа: http://main.rudn.ru/_new/russian/win/library/vestnik/v003r/7.pdf
16. Сумароков А. В. Научно-технический прогресс — экология, медицина и некоторые морально-этические проблемы / Сумароков А. В. — М., 1998. — 312 с.
 17. Философия техники [подборка статей] // Вопросы философии — 1993. — № 10. — С. 24–151.
 18. Эльянов М. Кому нужны медицинские информационные технологии? [Электронный ресурс] / Эльянов М. — Режим доступа: www.med-tech.com.ua
 19. Ясперс К. Смысл и назначение истории. / Карл Ясперс. — М.: Алейтея, 1996. — 518 с.

1.6. Соціально-філософські проблеми у діяльності сімейного лікаря

План:

1. *Основні завдання діяльності сімейного лікаря.*
2. *Специфіка взаємовідносин сімейного лікаря і пацієнтів.*
3. *Реабілітація здоров'я людини — головне завдання сімейного лікаря.*

Ключові слова: сімейний лікар, сімейна медицина, реформування охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, профілактика, реабілітація, суспільне й індивідуальне здоров'я, здоров'я родини.

1. Основні завдання діяльності сімейного лікаря

Добре відомо, що у світі зараз не існує всеосяжної та універсальної, ідеальної системи охорони здоров'я. Але в Україні вже сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення у структурі первинної ланки охорони здоров'я лікаря особливої категорії, який би міг відігравати роль авторитетного фахівця на первинному рівні і задовольняти медичні потреби широкого діапазону, — тобто сімейного лікаря. **Виникнення такого завдання обумовлене тією суперечністю, що склалася у сучасній медичній практиці. З одного боку, значні успіхи в галузі медицини були досягнуті завдяки прогресивному розвитку наукових знань і спеціалізації практичної медицини. З іншого боку, прогрес наукових уявлень щодо причин та механізмів розвитку захворювань сам по собі не допомагає пацієнтові, оскільки медицина сповідує певні гуманістичні принципи, які є невід'ємною складовою лікарювання.**

Велика кількість медиків, бурхливий розвиток спеціалізованої допомоги поступово звузили роль дільничного лікаря. Він тепер не несе відповідальності за здоров'я пацієнта, у кращому випадку займається «пожежогасінням». Тим паче, він не опікується здоров'ям своїх пацієнтів та членів їхніх

сімей упродовж усього життя. Варто додати, що одна з основних вимог, на якій акцентує увагу Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), — це фізична доступність медичної допомоги населенню. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття», на рівні ПМСД (первинної медико-санітарної допомоги) держава має забезпечити безперервність медичної опіки. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам у будь-який час. Цим вимогам відповідає концепція медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка є доступною для будь-якого пацієнта і членів його сім'ї. Про це переконливо свідчить досвід цивілізованих країн.

Поняття «лікар сімейної практики» склалося еволюційним шляхом за певних конкретних умов у ряді європейських країн. Така практика започаткована десь у ХVІІІ–ХІХ століттях, коли лікарську допомогу надавали в індивідуальному, комерційному порядку. В результаті утворився стійкий контингент пацієнтів, які воліли звертатись по допомогу виключно до «свого» лікаря. Подібна практика створила максимально виграшні позиції в плані тривалості і безперервності спостереження за станом здоров'я «своїх» пацієнтів. Вона давала змогу не тільки підтримувати здоров'я пацієнта і членів його сім'ї, але й спостерігати за морально-психологічним кліматом, який панував у тій чи іншій родині і впливав на стан хворого. Співробітництво із сім'єю означає, що з боку медичних працівників з'явиться розуміння і поважливе ставлення до емоційних переживань і наслідків, які обов'язково виникають при захворюванні одного із членів сім'ї, адекватної реакції всіх рідних йому людей. Хвороба пацієнта справляє негативний вплив на його близьких. Це єдиний, нероздільний процес із зворотними зв'язками, який сімейний лікар повинен приводити у стан рівноваги.

Одним з основних завдань реформування системи охорони здоров'я є скорочення економічних витрат суспільства у поєднанні з підвищенням якості медичної допомоги населенню.

Не секрет, що сучасна наукова медицина, при всіх своїх безсумнівних успіхах, не повною мірою задовольняє суспільство як щодо здатності виліковувати численні хвороби, так і щодо методів стабілізації здоров'я пацієнтів. Розвиток системи амбулаторно-поліклінічної допомоги припускає доцільність пріоритетної підготовки лікарів загальної практики (сімейних лікарів).

Статистичний аналіз показує, що в Україні зберігається оптимальний середньоєвропейський рівень забезпеченості лікарями-практиками — 27 на 10 тисяч населення. Однак за даними Міністерства охорони здоров'я України, в первинній ланці працює усього лише 27 % лікарів. Тому першочерговою стає потреба наближення кваліфікованої медичної допомоги до кожної родини.

Постановою Кабінету Міністрів України від 26 червня 2000 р. № 989 затверджено комплексні заходи із впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я. **Процес реформування системи охорони здоров'я вимагає не тільки відповідного економічного, психологічного, але й науково-методичного і педагогічного забезпечення.**

Виникає питання про необхідність підготовки фахівця, що за рівнем знань міг би надати в повному обсязі медичну допомогу людям різного віку не тільки при захворюваннях, що називають внутрішніми, але також при гострих неврологічних, хірургічних, ЛОР та інших захворюваннях. Обов'язки такого лікаря включають профілактичні, діагностичні, лікувальні, оздоровчі й організаційні заходи і лікарські маніпуляції, що можуть бути успішно виконані тільки лікарем, який має високу професійну підготовку з різних медичних напрямків.

На жаль, сьогодні складається така ситуація, коли організаційні питання вирішуються раніше за питання методології та методики підготовки сімейного лікаря, що вказує на складність і суперечливість даного процесу, а також на ті проблеми, які вимагають свого осмислення і визначення певних позицій.

В останні десятиліття у медицині виявляється тенденція до звуження спеціалізації. Але водночас відбувається інтеграція медичного знання. Усунути частково це гостре протиріччя можна на рівні сімейного лікаря. Такий фахівець, з одного боку, повинен визначити коло патології, впоратися з яким йому дозволить компетентність, а з іншого, — він не має права пропустити ті порушення і зміни в організмі, які остаточно розпізнати й лікувати під силу лише «вузькому» фахівцеві.

Сімейний лікар — це продовжувач традицій лікаря широкого профілю, але на новому якісному рівні. Очевидно, зараз важко уявити собі лікаря первинної ланки охорони здоров'я, у якого одержують лікувально-діагностичну і профілактичну допомогу 70-90 % пацієнтів. Ми звикли до того, що дільничний лікар виступає в ролі диспетчера, що направляє до відповідного фахівця. Тому виникає сумнів щодо позитивних результатів діяльності сімейного лікаря, адже його некомпетентність призведе до хронічного стану хвороби, можливої інвалідності людини і навіть до летального результату.

Як було сказано вище, інститут домашніх лікарів виник давно, поширення набув наприкінці XVIII століття, а його розквіт припадає на середину й кінець XIX сторіччя. Але відтоді функції домашніх лікарів помітно змінилися у зв'язку з розвитком спеціалізації: навіть із приводу дріб'язкової причини пацієнт звертався до фахівця.

Переваги і позитивні якості домашнього лікаря відзначав **А. Моль** у своїй роботі «Лікарська етика»: він краще за будь-кого може стати радником у ситуаціях, коли існує певний зв'язок між здоров'ям і соціальним станом пацієнта, особливо при конфліктах, що виникають між вимогами здоров'я та іншими інтересами. Він повинен бути корисним у профілактичному відношенні пацієнтам, що перебувають під його опікою. Цілком слушна й така його думка: чим тісніший встановлюється зв'язок між домашнім лікарем і пацієнтом, тим вищі вимоги потрібно висувати до моральних якостей лікаря.

Визнаючи досягнення сімейної медицини, всесвітньо відомий лікар **Г. Сельє** писав: «Незважаючи на зростання медичних знань і захоплення спеціалізацією, виникає потреба у лікарях, спеціально навчених питанням загальної практики. Лікар загальної практики — проникливий діагност, він уміє розпізнавати і контролювати початкові прояви захворювань. Лікування хронічних захворювань і реабілітація хворих становлять значну частину його роботи. В обов'язки такого лікаря входять запобігання захворюванню і підтримання нормального здоров'я. Одне з важливих завдань цього лікаря — допомагати пацієнтам, незважаючи на наявні складності в медичному обслуговуванні, знаходити адекватну медичну допомогу. По суті, це нова спеціальність».

Досвід розвинених країн показує, що **сімейний лікар — центральна постать у системі охорони здоров'я**. У 93 % випадків усі медичні проблеми родини вирішує саме цей фахівець. На думку експертів ВООЗ, прогрес у справі поліпшення здоров'я пов'язаний із профілактикою, а не з лікуванням.

Підготовка сімейних лікарів спрямована на вирішення важливої державної справи — **реалізацію Національної програми реформування системи охорони здоров'я в Україні**.

Здійснення намічених цією Програмою заходів дасть можливість:

- поліпшити стан здоров'я населення, знизити рівень передчасної смертності й інвалідності за рахунок ефективного використання ресурсів охорони здоров'я і їх перерозподілу в напрямку пріоритету первинної медико-санітарної допомоги;
- підсилити профілактичну спрямованість охорони здоров'я;
- підвищити якість, доступність і безперервність медико-санітарної допомоги міському і сільському населенню;
- провести структурну реорганізацію спеціалізованої стаціонарної і швидкої медичної допомоги, що дозволить після закінчення виконання програм зменшити потребу в стаціонарній допомозі на 30 %, у спеціалізованій амбулаторній

допомози — на 40 %, у швидкій медичній допомозі — на 30 %;

➤ залучити до вирішення проблем охорони здоров'я широкі кола громадськості;

➤ змінити відношення і підвищити відповідальність за здоров'я населення владних структур, роботодавців і кожного громадянина.

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я сімейні лікарі повинні стати головними діючими особами в системі надання первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Сімейну медицину відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів. Головні з них:

➤ тривалість і безперервність спостереження;

➤ багатопрофільність первинної медичної допомоги;

➤ відношення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування;

➤ превентивність як основа діяльності сімейного лікаря;

➤ економічна ефективність і доцільність допомоги;

➤ координація медичної допомоги;

➤ відповідальність пацієнта, членів його сім'ї та суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

Слід зауважити, що засади сімейної медицини сприяють безперервності медичної допомоги, як кажуть, від моменту зачаття до останньої хвилини життя, коли лікар зобов'язаний, у міру своїх можливостей, допомогти людині підійти до моменту завершення життєвого шляху.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, а є єдиною запорукою підвищення не тільки якості надання медичної допомоги населенню, але й підвищення авторитету і соціального статусу лікаря. Наразі вже став постулатом вислів: **«Сімейна медицина — це медицина сьогодні та майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я».**

2. Специфіка взаємовідносин сімейного лікаря і пацієнтів

Діяльність сімейного лікаря має **три головні компоненти**. Це, **по-перше**, орієнтація на обслуговування всіх членів родини; **по-друге**, надання первинної і невідкладної медичної допомоги; і **по-третє**, що особливо важливо, — утвердження гуманізму в медицині, що вимагає серйозної переоцінки цінностей і пріоритетів медичної практики.

Для сім'ї характерна наявність **чотирьох факторів: родинність, інтимність, взаємодія і постійне спілкування**. Сімейний лікар, знаючи ці фактори, може активно впливати на здоров'я і життя родини. Він має зважати на фактор впливу хворого члена родини на всю родину, і навпаки. Водночас із турботою про хворого, лікар зобов'язаний стежити за станом здоров'я і життєдіяльністю усіх членів його сім'ї, а також за їхньою реакцією на прояви захворювання. Це — **один з головних принципів сімейної медицини: захворювання розглядається не саме по собі, а в зв'язку з функцією всієї родини**.

Сімейного лікаря завжди мають цікавити родинні зв'язки і характер взаємин хворого з усією сім'єю. Він не повинен акцентувати увагу тільки на пацієнті, відвідуючи його, і забувати про інших родичів. Лікар зобов'язаний цікавитися ставленням до хворого інших членів родини, їхніми заняттями, роботою, навчанням, навіть за їх відсутності під час візиту. По тому, як описує пацієнт свій стан, лікар може оцінити, як реагують члени родини на його хворобу, визначити, чи збираються вони допомагати хворому і що думають про причини хвороби. У разі необхідності лікар може запросити всю сім'ю на прийом або ж відвідати вдома. При всіх перевагах сімейної медицини відповідальність лікаря загальної практики за здоров'я своїх пацієнтів дуже велика, адже він здійснює інтегральну, багатоцільову турботу про здоров'я родини і повинен розглядати симптоми захворювання пацієнта через призму відносин і подій у родині.

Те, що сімейний доктор необхідний, вже не викликає сумнівів. Мається на увазі, що він роками працює на своїй

дільниці, знає різні покоління родини, є для жителів своєї дільниці — здорових і хворих — порадником, духівником.

Основний обов'язок сімейного лікаря — надання первинної медико-соціальної допомоги населенню відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики й отриманого сертифікату. Щоб запобігти хворобам, він зобов'язаний також проводити роботу з гігієнічного навчання і виховання населення, пропаганди здорового способу життя.

Лікар не тільки здійснює профілактичну роботу, спрямовану на виявлення ранніх і прихованих форм захворювання і факторів ризику, але й спостерігає за станом здоров'я пацієнтів у динаміці, проводить їх обстеження та оздоровлення; надає термінову допомогу при невідкладних і гострих станах, своєчасно консультує і госпіталізує хворих у встановленому порядку; проводить лікувальні і реабілітаційні заходи в обсязі, що відповідають вимогам кваліфікаційної характеристики, експертизи тимчасової непрацездатності пацієнтів; організовує медико-соціальну й побутову допомогу разом з органами соціального захисту і службами допомоги самотнім, старим, інвалідам, хронічним хворим.

Найважливішим обов'язком сімейного лікаря є надання консультативної допомоги родині з питань імунопрофілактики; годування, виховання дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних закладів, школи, профорієнтації; планування родини, а також з проблем психології, гігієни, соціальних і медико-сексуальних аспектів сімейного життя.

Сімейний лікар повинен не тільки володіти достатнім обсягом знань, але й уміти переконувати своїх співрозмовників, враховувати їхні психологічні особливості, вік, стать, професію, рівень культури. На жаль, дослідження, проведені в багатьох країнах, показали, що молодим лікарям роль тако-го навчателя видається непереконливою і малоефективною.

У боротьбі з хворобою та її соціальними й психологічними наслідками сімейний лікар сподівається на родину як на свого головного помічника, тому що вона допомагає контролювати прийом медикаментів, стежити за їх побічними діями та

проявами захворювання, щоб не допустити і не пропустити можливого рецидиву чи різкого погіршення стану. Родина змушена доглядати хворого в побутовому відношенні, якщо він не може обслужити себе. Тому саме лікар має підготувати її до радикальної зміни ролей і до нових складностей. Сімейний лікар зобов'язаний допомогти родині в здійсненні соціальних зв'язків, заохочувати контакти хворого з друзями, його прагнення здобути професію чи освіту.

Діяльність сімейного лікаря якісно відрізняється від сформованої практики дільничних терапевтів. Ця відмінність полягає в тому, що основне завдання сімейного лікаря передбачає необхідність пропаганди здорового способу життя і збереження здоров'я людини. Не можна не погодитися з точкою зору відомого хірурга і пристрасного пропагандиста здорового способу життя **М.М. Амосова**: «Не сподівайтесь на медицину. Вона непогано лікує багато хвороб, але не може зробити людину здоровою. Досі вона навіть не може навчити людину, як стати здоровою». І далі продовжує: «Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх не можна нічим. Людина, на щастя, настільки досконала, що повернути здоров'я можна майже завжди. Тільки необхідні зусилля зростають у міру старіння і поглиблення хвороб».

Отже у практиці сімейної медицини першорядною має бути турбота про здоров'я на відповідному рівні. Пацієнтів необхідно привчити звертатися до сімейного лікаря не тільки в період хвороби, а насамперед за розумною порадою лікаря, як стати здоровим. Виконуючи таку роль, **сімейний лікар виступає в значній мірі гарантом здоров'я**. Ця місія потребує формування відповідного іміджу сімейного лікаря. На наш погляд, він включає такі елементи: відповідний зовнішній вигляд, уміння спілкуватися з людьми, прагнення націлити їх на необхідність збереження, зміцнення і реабілітації свого здоров'я. Кожний з цих елементів варто пояснити.

Зовнішній вигляд лікаря передбачає не тільки охайність, акуратність в одязі (що є безумовним), але насамперед він повинен випромінювати здоров'я. Навряд чи можна розрахо-

увати на успіх і змусити людину боротися за своє здоров'я, якщо перед нею стоятиме немічна особа із задишкою, нездоровим кольором обличчя, яка до того ж палить і випиває. Не секрет, що сьогодні деякі лікарі мають такі пристрасть до цих шкідливих звичок.

Здавалося б, питання спілкування з хворим настільки зрозуміле, що не вимагає особливої розмови. Але трапляються інші приклади, що неприпустимі у практиці медицини, а тим більше в діяльності сімейного лікаря. У США, наприклад, широко обговорюється той факт, що молоді лікарі вже не вміють оглядати хворого і, залишившись без приладів і лабораторій, неспроможні надати йому допомогу. Апаратний характер сучасної діагностики спотворює психологічний клімат лікування: особистий контакт лікаря і пацієнта втрачає свою значимість. Відправним пунктом для цілеспрямованого діагностичного пошуку є бесіда, що дозволяє окреслити коло можливих причин захворювання. Манера і техніка бесіди мають допомогти лікарю отримати конструктивну інформацію від пацієнта. У випадку невизначених або неясних симптомів необхідне конкретне опитування до одержання повної картини. Подібна бесіда, можливо, і не дасть лікареві змоги поставити точний діагноз, але дозволить наблизитися до нього. Відверта співчутлива розмова справляє на пацієнта приємне враження, а отже й лікувальний вплив, переконуючи, що до його проблем ставляться з розумінням. У більшості випадків ретельно продумане і проведене опитування допомагає поставити діагноз. Обстеження з вивченням невротичного статусу зводиться до «ритуалу твердження», мета якого полягає у виробленні в пацієнта відчуття впевненості у щирій турботі лікаря.

Саме тому майбутнього лікаря треба навчити дотриманню етичних норм у взаємовідносинах з хворим, показати важливість впливу на людину на різних стадіях захворювання і одужання.

Погіршення самопочуття, неясні й начебто банальні скарги, з одного боку, і вимушене обмеження діагностич-

них зусиль — з іншого, добре відомі лікарю. Думати про «глибинні шари банальності», не упускати жодної дрібниці в поведженні хворого і його родичів, жодного слова, сказаного ними, жодної інтонації, «дивитися в корінь», долати емоційні бар'єри, домагатися повної відвертості, здійснювати необхідну психологічну підтримку, обирати найбільш доступний та ефективний шлях надання медичної і соціальної допомоги — ось непорушні етичні правила спілкування сімейного лікаря з пацієнтом і його оточенням.

Коли організм перебуває у стані хвороби, потрібна відповідна психотерапія: жаліти і заспокоювати хворого, щоб зменшити страх і вселити надію. Але коли хвороба мине, коли функції організму якісно відновляться, необхідно націлити людину на відновлення детренованих «резервних потужностей» організму.

3. Реабілітація здоров'я людини — головне завдання сімейного лікаря

Завдання сімейного лікаря полягає в тому, щоб допомогти людині спрямувати свої зусилля на реабілітацію здоров'я. На даному етапі психотерапія покликана спонукати до роботи, тому що тільки власними зусиллями можна відновити здоров'я, оскільки медицина вже зробила свою справу. Як сказав **М. Фуко**, «розумне існування не може обійтися без «практики здоров'я»,... що становить у певному розумінні постійний каркас повсякденності». В арсеналі сімейного лікаря повинна бути наполегливість, що часом переходить у твердість: «Я Вам наказую». На успіх виконання такого наказу можна розраховувати лише в тому випадку, якщо пацієнт довіряє лікарю.

За всі часи розвитку клінічної медицини в ній можна виділити дві лінії: **перша** — це відновлення порушеного здоров'я за допомогою ліків і **друга** — досягнення тієї ж мети шляхом мобілізації «природних захисних сил організму». Зрозуміло, завжди були розумні лікарі, що визнавали обидва підходи, але, зазвичай, на практиці превалював якийсь один.

У теорії і практиці сучасної медицини склалося досить чітке уявлення про те, що таке хвороба. І сімейний лікар у своїй діяльності, очевидно, буде керуватися узвичаєним поняттям, тому що саме воно достатньо розроблене в медичній науці. Що ж до поняття здоров'я, то йому в цьому плані не пощастило. Найчастіше воно вживається як протилежність хвороби чи як якісне поняття «норми». Але такого уявлення про здоров'я явно недостатньо. Можна погодитися з думкою **М. М. Амосова**: «Здоров'я — це «резервні потужності» клітин, органів, цілого організму. Резерви запрограмовані в генах...». Саме тому першочерговим завданням сімейного лікаря буде проведення профілактичних заходів, формування у своїх пацієнтів переконання в тому, що здоров'я — суто особиста справа кожного. Ні найефективніші лікарські препарати, ні дорога медична апаратура, ні високопрофесійні лікарі не здатні будуть покращити здоров'я людини, якщо відсутня її власна воля до цього. **Найкращий приклад, який можна запропонувати хворому, — це сам лікар.** Він повинен бути здоровий не лише тілом, але й душею, бути духовною людиною. На жаль, цього не можна сказати про багатьох сучасних лікарів. У стародавні часи існувало таке правило: до спілкування з хворим лікар мусив зцілитися сам. Йшлося не так про фізичне лікування (хоча воно теж необхідне), а насамперед про духовне: належало позбавитися від цілого ряду негативних якостей, таких як злість, заздрість, схильність до осуду інших людей, агресивність тощо. Тільки після цього він міг приступати до лікування. Таким має бути і сімейний лікар. Інакше навряд чи можна сподіватися на успіх.

Здоров'я людини потребує важкої роботи свідомості й пізнання дійсності за допомогою своєї активної участі в ній. Результатом буде рух людини до фізичної і духовної досконалості, тому що дуже важко провести ту межу, де починається матерія і закінчується дух, і навпаки. Турбота про хвору людину має шанс на успіх тільки у відповідній гармонії всіх елементів, поєднуючи аспекти і фізичного, і духовного здоров'я. Тільки в такий спосіб можна досягти бажаних

результатів. У свій час **Геракліт** зазначав, що **прихована гармонія є найбільш впливовою**. Саме тому сімейному лікареві (та й усім лікарям) потрібно завжди пам'ятати, що справжня гармонія приховує в собі видимі і невидимі елементи.

Для успішної роботи сімейного лікаря необхідно мати достатню матеріально-технічну базу, у тому числі й високу заробітну плату, час для самовдосконалення, а також для відпочинку і відновлення своїх сил. Такий підхід дасть можливість сімейному лікарю не просто займатися лікуванням хворих членів родини, але насамперед здійснювати необхідну профілактичну роботу, починаючи від лікування і реабілітації окремих членів родини, поступово переходячи до всієї родини і потім до клану (тут клан означає групу родичів).

Здається, що сьогодні серед медичних працівників і управлінського персоналу охорони здоров'я відсутнє досить чітке уявлення про те, які обов'язки покладаються на сімейного лікаря і який обсяг роботи йому доведеться виконувати. Дані соціологічного опитування лікарів свідчать, що 93,5 % обсягу роботи припадатиме на домашні візити до пацієнтів у зв'язку із захворюванням, 75 % — на консультативний прийом пацієнтів. При вивченні витрат часу сімейними лікарями в Техасі було встановлено, що їхня професійна діяльність займала від 51,8 до 73,3 години на тиждень. Найбільша кількість контактів із хворими протягом доби (82,3 %) була зафіксована в проміжку від 5 до 18 години, однак спілкування з хворими і тими, що повернулися з лікарні, відбувалося в основному від 16 до 24 години.

Очевидно, більшість сьогоднішніх лікарів не уявляють, що сімейна лікарська практика — це довгострокова опіка над здоров'ям громадянина і всіх членів його родини, незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму в усі періоди життя людини і функціонування родини. Сімейний лікар повинен опанувати значний обсяг знань в галузі біологічних і медичних наук, а також немедичних (філософія, етика, психологія, управління, економіка, маркетинг, інформатика, педагогіка та ін.).

В Україні досить успішно проходить експеримент з надання медичної допомоги населенню сімейними лікарями. Однак усім зрозуміло, що експеримент істотно відрізняється від широкої реалізації даного проекту. Навіть чітка уніфікація і конкретна спрямованість зусиль усієї системи охорони здоров'я не дадуть позитивних результатів, якщо не будуть враховані основні цілі й завдання реформи.

Сучасна медицина, як було зазначено вище, орієнтується переважно на негативні показники у визначенні здоров'я окремого індивіда і суспільного здоров'я. Ще 400 років тому **Ф. Бекон** зауважив, що «лікування хвороб складає ту частину медицини, на яку було витрачено особливо багато праці, хоча результати його виявилися убогими». Відтоді становище майже не змінилося, інакше варто було б говорити про зменшення кількості лікарняних ліжок, закриття непотрібних лікарень і станцій швидкої допомоги, скорочення медичних навчальних закладів та працевлаштування безробітних лікарів. Однак і зараз, усупереч здоровому глузду охорона здоров'я пишається збільшенням числа відвідувань поліклінік, обсягів госпіталізації та швидкої допомоги, тобто, по суті, збільшенням чисельності хворих.

Принцип профілактичного напрямку, що посідає чільне місце у практиці сімейної медицини, сприятиме поступовому відходу від негативних показників. Це дасть нове уявлення про рівень якісної визначеності стану здоров'я і дозволить створити систему позитивних показників індивідуального і суспільного здоров'я.

До компонентів такої системи можна віднести «повне здоров'я», «практичне здоров'я», «питоме здоров'я населення» тощо. Сімейний лікар у своїй діяльності повинен розглядати хворобу як тимчасове порушення в організмі людини. Важливо таке розуміння закріпити й у свідомості населення. Система позитивних показників має стати основою реальних уявлень і сімейних лікарів, і всіх членів суспільства про можливості профілактичного напрямку. Звичайно, показники мають бути диференційовані (залежно від статі, віку, психічних особливостей людей тощо).

Зрештою це сприятиме «перенесенню центру ваги» на здоровий організм людини, на відміну від тих орієнтацій, що характерні для сьогоденної медицини.

Східна мудрість говорить: «Хороший лікар лікує хворого, не торкаючись його. Гірший лікує, ледь торкаючись шкірних покривів. Поганий лікар лікує, проминаючи тканини до кісток. А нікудишній лікар труїть хворого ліками». Сімейна медицина в ідеалі повинна стати тією сферою діяльності, що об'єднуватиме тільки кращих лікарів. І тут потрібен індивідуальний підхід у підготовці сімейного лікаря (на відміну від теперішнього конвеєрного підходу) а також принципи корпоративної моралі, на яких слід базувати сімейну медицину.

В арсеналі сімейного лікаря головне місце має зайняти таке поняття, як «кількість здоров'я». Мова йде про психологічну переорієнтацію лікаря, адже він сам повинен повірити в силу захисних механізмів організму, щоб навчати інших людей здоровому способу життя. З цією метою необхідно переорієнтувати всю медицину і провести відповідну реорганізацію практичної мережі закладів охорони здоров'я з акцентом на розвиток первинної медико-санітарної допомоги, активізацію профілактичної діяльності кожного медичного працівника. На жаль, поки що це неможливо. Далеко не всі можуть витримати напружений графік роботи сімейного лікаря.

Подібно відомому харківському офтальмологу **Л. Л. Гіршману**, сімейні лікарі повинні працювати за правилом: **«У мене немає останньої години роботи, а є останній хворий, що очікує прийому»**.

Питання для самоконтролю

1. Які завдання щодо підготовки сімейних лікарів передбачає національна Програма реформування системи охорони здоров'я в Україні?
2. Розкрийте зміст поняття «сімейний лікар».
3. Назвіть головні компоненти в роботі сімейного лікаря.
4. Які завдання повинен вирішувати сімейний лікар у процесі своєї діяльності?

5. Чим відрізняється діяльність сімейного лікаря від усталеної практики дільничного терапевта?
6. Які якості мають характеризувати сімейного лікаря?
7. У чому полягають важливість і складність спілкування сімейного лікаря з пацієнтом?
8. Яке місце посідають у діяльності сімейного лікаря взаємовідносини з родиною хворого? У чому їх специфіка?
9. Схарактеризуйте морально-етичні аспекти діяльності сімейного лікаря.
10. Чому реабілітація здоров'я людини повинна стати головним завданням сімейного лікаря?

Тести для самоконтролю

- 1. Які головні компоненти роботи сімейного лікаря?**
 - a. орієнтація на обслуговування всіх членів родини
 - b. надання первинної і невідкладної медичної допомоги
 - c. утвердження принципу гуманізму в медицині
 - d. отримання високої грошової винагороди
- 2. У чому полягає основна спрямованість роботи сімейного лікаря?**
 - a. підтримання здоров'я пацієнтів на відповідному рівні
 - b. надання медикаментозної допомоги хворому
 - c. рекомендація проведення різноманітних аналізів
 - d. використання сучасної діагностичної апаратури
- 3. Які вимоги існують до зовнішнього вигляду будь-якого лікаря, зокрема сімейного?**
 - a. охайність
 - b. акуратність в одязі
 - c. випромінювання здоров'я
 - d. багатий одяг
- 4. Із чого складається імідж сімейного лікаря?**
 - a. відповідний зовнішній вигляд
 - b. вміння спілкуватися з хворим
 - c. прагнення націлити хворого на необхідність збереження, зміцнення і реабілітацію свого здоров'я

- d.* постійно робити зауваження відносно поведінки хворого
- 5. У розвитку клінічної медицини можна виділити дві лінії стосовно діяльності лікаря. Яка з них в більшій мірі стосується сімейного лікаря?**
- a.* відновлення порушеного здоров'я за допомогою ліків
b. досягнення тієї ж мети шляхом мобілізації «природних захисних сил організму»
- 6. Який основний напрям роботи сімейного лікаря?**
- a.* профілактична робота
b. призначення найсучасніших лікарських препаратів
c. акцентування уваги на негативних наслідках хвороби
d. пропаганда здорового способу життя
- 7. Сімейний лікар є одночасно і вихователем для своїх пацієнтів. У чому полягає його виховна робота?**
- a.* звертати увагу на негативні взаємовідносини у сім'ї
b. проводити відверті розмови з членами родини про стан хворого
c. аналізувати душевний стан хворого пацієнта
d. порадити переоцінку своїх вчинків
- 8. Сімейна лікарська практика забезпечує головне:**
- a.* довгострокову опіку над здоров'ям громадянина і всіх членів його родини
b. тимчасовий нагляд за хворим пацієнтом
c. надання допомоги у період поширення інфекційних захворювань
d. термінову госпіталізацію хворого пацієнта
- 9. Що заважає широкому впровадженню сімейної медицини?**
- a.* низька заробітна плата сімейного лікаря
b. недостатня підготовка до такої діяльності
c. відсутність відповідного культурного і духовного рівня лікаря
d. нестача сучасної діагностичної апаратури
- 10. На які фактори взаємовідносин у родині повинен зважати сімейний лікар?**
- a.* родинність

- b. постійне спілкування
- c. соціальний статус
- d. матеріальне становище

Додаткові навчаючі завдання

1. Давня мудрість Ірану проголошує, що у лікаря є три основних засоби: слово, рослина та ніж. Тільки у тому випадку, коли безсилі два перших засоби, він вправі скористатися третім... Чи може це положення стати особливо актуальним для сімейного лікаря? Що слід вважати головним в арсеналі сімейного лікаря? Аргументуйте свою відповідь.

2. Свого часу Геракліт зазначав, що прихована гармонія є найбільш впливовою. Справжня гармонія приховує в собі як видимі, так і невидимі елементи. Яким чином сімейний лікар має втілювати подібну гармонію у своїй безпосередній діяльності?

3. Східна мудрість стверджує: «Хороший лікар лікує хворого, не торкаючись його. Гірший лікар лікує, ледь торкаючись шкірних покривів. Поганий лікар лікує, проминаючи тканини до кісток. А нікудишній лікар труїть хворого ліками». Яке з цих положень найбільше відповідає діяльності сімейного лікаря?

4. У давнину існувало таке правило: перш ніж лікар огляне хворого, він мусить зцілитися сам. Мова йшла скоріше не про фізичне лікування (хоча воно має неабияке значення), а насамперед про духовне очищення, позбавлення від цілого ряду негативних якостей, таких як злість, заздрість, схильність до осуду інших людей, агресивність тощо. Чи зберігається ця вимога до сучасного сімейного лікаря?

5. Сімейний лікар передусім повинен встановити, що пацієнт дійсно хворий і справді бажає одужати. Однак зустрічаються й удавані пацієнти, уявні хворі, що насолоджуються своєю «хворобою», яких потрібно лікувати зовсім інакше. Як повинен реагувати сімейний лікар у подібній ситуації? Які методи лікування тут доречні? Ваша особиста поведінка у подібній ситуації?

Література:

1. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Амосов Н. М. — М.: Физкультура и спорт, 1987. — 63 с.
2. Вітенко І. С. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: Навчальний посібник / Вітенко І. С., Чабан О. Є., Бусло О. О.: За ред. Вітенка І. С. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. — 186 с.
3. Егоров К. Н. Психологические факторы в деятельности врача общей практики / Егоров К. Н., Дуброва В. П. // Клиническая медицина. — 2003. — Т. 81, № 2. — С. 62–66.
4. Зарецкий М. М. Семейный врач: миф или реальность / Зарецкий М. М., Черников Е. Е., Черникова Н. М. // Здоров'я України. — 2008. — № 18. — С. 62.
5. Ильин И. А. Религиозный смысл философии / Ильин И. А. — М.: ООО «Изд-во АСТ», 2003. — 694 с.
6. Казьмин В. Д. Наш семейный доктор / Казьмин В. Д. — Ростов-на-Дону: Проф-Пресс, 2000. — 512 с.
7. Краснов А. Ф. Современное врачевание: от управления болезнью к управлению здоровьем. Роль семейного врача / Краснов А. Ф., Мовшович Б. Л. // Междунар. медиц. журнал. — 2003. — Т. 9 — № 2. — С. 11–13.
8. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні / Латишев Є. Є. — К., 2005. — 176 с.
9. Сімейна медицина: [навчальний посібник / за ред. В. Б. Гоцинського, Є. М. Стародуба]. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 810 с.
10. Склярів Є. А. Профілактична медицина і сімейний лікар / Склярів Є. А., Мартинюк І. О., Лемішко Б. Б., Громнацька Н. М. // Практична медицина. — 2003. — № 4. — С. 3–6.
11. Стеценко Г. С. Семейная медицина: Проблемы, перспективы / Стеценко Г. С., Стеценко Н. Д. // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. — М.: Юрист, 2004. — С. 265–267.

12. Хобзей М. К. Сімейна медицина: перші уроки та її завтрашній день / Хобзей М.К. // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 1. — С. 40–42.
13. Чопей І. В. Сімейна медицина в Україні: проблеми та перспективи впровадження: [монографія] / Чопей І. В. — К.: Нора-Друк, 2004. — 111 с.

1.7. Гендерні стереотипи в медицині

План:

1. *Визначення ролі гендерних стереотипів у медицині.*
2. *Гендерні аспекти традиційної та раціонально обґрунтованої медицини.*
3. *Жіноча медична освіта як соціальна потреба.*

Ключові слова: стереотип, гендер, гендерний стереотип, медицина, медична практика, гендерна рівність, соціальне визнання.

1. Визначення ролі гендерних стереотипів у медицині

Стереотипи є одним з інструментів, що допомагають людині орієнтуватися в повсякденному житті. Це певні конвенціональні уявлення. Вони включають стандартизований опис рис, які вважаються типовими, або звичайними, і мають велике значення для нормального функціонування соціуму і людини в ньому. Стереотипи виконують функцію «економії мислення», сприяючи розумінню того, що відбувається в світі і навколо людини, а також ухваленню необхідних рішень.

Гендерні стереотипи акумулюють досвід поколінь щодо належної і неналежної поведінки чоловіків і жінок, характерних для чоловіків і жінок рис вдачі та моральних якостей. Вони фіксують уявлення про необхідні чесноти, що розрізняються залежно від статі людини тощо. Засвоєння гендерних стереотипів відбувається в рамках соціалізації і включає засвоєння стійких уявлень про поведінку чоловіків і жінок в тій або іншій ситуації.

Стереотипи встановлюють ті завдання, які мають бути виконані чоловіком або жінкою, а щоденні спостереження за виконанням цих завдань чоловіками і жінками підтверджують дійсне існування цих стереотипів.

Традиційне стереотипне ототожнення жінок із природою, а чоловіків з культурою спирається на ідею винятково біоло-

гічного обґрунтування жіночості та мужності. З одного боку, такий підхід забезпечує природний базис для встановлення простих соціальних відносин та засад народної медицини. Саме зі світовідчуттям заглибленості людини в органічний круговорот стихій природи-матері пов'язані основні прийоми й рецепти народної медицини. Стає зрозумілим, чому в ній цілющими властивостями наділене практично усе, що оточує людину: трави, квіти і злаки, молоко й кров тварин, різні мінерали і смоли, грязі й випари. В усіх системах народної медицини цілюща сила приписується й самим стихіям та якостям (землі й воді, повітрю і вогневі, холодіві й теплу) у їх «чистому» вигляді — адже з них виткані не тільки довоколишній світ, але й сама людина.

З іншого боку, ототожнення жінок із природою, а чоловіків з культурою приводило до укорінення соціальної несправедливості щодо медичної діяльності жінок. Таке ототожнення створювало ієрархію, у якій жінки розглядалися як носії нещастя, тому що асоціювалися з цінністю нижчого порядку, а чоловіки визнавалися носіями знання й асоціювалися з цінностями вищого порядку. На початкових стадіях розвитку медицини така стереотипова дихотомія конструювала певну форму утиску жінок, бо обмежувала їх можливості у надбанні й реалізації медичних знань і навичок.

Важливо підкреслити, що **гендерний вимір медичного знання й медичної практики відповідав ритму, можливостям і завданням конкретного часу і конкретного простору культури.**

Так, у часи інквізиції «моральне» засудження церквою жінок, що володіли секретами лікування, було чимось набагато більшим за психологічні забобони. Воно було виправданням чоловічого панування, тобто доречною — і в цьому сенсі також — розумною реакцією патріархальної системи. Офіційно санкціоновані полювання на відьом і неодноразове засудження церквою жіноцтва як статі не були якимись ексцентричними, не пов'язаними між собою явищами. **Барбара Еренрейх і Дейрдре Інґліш** підкреслюють: «Полювання на

відьом було добре організованою кампанією, що ініціювала-ся, фінансувалася та здійснювалася Церквою і Державою».

Однією зі спонук до цих переслідувань була конкуренція, що виникла у XIII столітті між лікарями-чоловіками з церковною освітою, які лікували монахів і аристократію без достатньої практичної підготовки, та традиційними знахарками, яких почали звинувачувати в залученні «чаклунських сил», що впливають на здоров'я. Нещасних нерідко спалювали на вогнищі за такої «злочин», як застосування своїх здібностей для медичної допомоги та зцілення хворих. Було також видано розпорядження, аби в «судах над відьмами» брали участь медики, які мали вирішувати, чи є стан здоров'я людини (добрий або поганий) наслідком природних причин або ж чаклунства. Таким чином, у процесі професіоналізації медичного знання та практики, коли церква зайнялася справою підготовки лікарів в університетах, жінки-цілительки першими зазнали дискримінації.

Такий підхід абстрагував з дихотомією **чоловіче/жіноче, позитивне/негативне** тільки один вимір як позитивний. Однак, слід зазначити, що історично лікувальна практика жіноцтва була не лише втіленням забобонів, але й джерелом поступу цивілізації. У свою чергу, чоловіки втілювали не лише прогресивне світло розуму, але також стали уособленням джерела, що встановлювало у суспільстві системи примусу й експлуатації. Звернімося до деяких прикладів з життя України XIX–XX століть.

Традиційно простий люд майже завжди поєднував лікування з жінкою. Селянські бабки-повитухи протягом віків були чи не єдиним лікарським персоналом на селі. Передаючи від покоління до покоління назви лікарських трав і їх властивості, вони поєднували достовірні спостереження з повір'ями та залишками язичницьких обрядів. У другій половині XIX століття в газетах багато писалося про сумську (Харківська губернія) знахарку, до якої приїздили лікуватися люди різних станів, з усіх куточків Російської імперії. Свою повагу до лікарських здібностей жінок народ переніс

на жінок панівних класів. Навряд чи можна було в українських губерніях знайти поміщицю, яка б не лікувала різними домашніми засобами весь свій округ. І прості люди часто з повною довірою ходили до неї по цілющі настої, лікарські трави.

2. Гендерні аспекти традиційної та раціонально обґрунтованої медицини

Відомо, що характерною особливістю традиційної народної культури є **максимальна персоналізація навколишнього середовища**. Найбільш виразно ця риса відбилася у замовляннях і взагалі у народній медицині. Наприклад, «вилиття переполоху» відбувалося так. Ранком, вдосвіта, щоб набрати «непочатої» води, йшла баба-знахарка до колодязя, вклонялася до землі і промовляла: «Здрастуй, вода Уляно і земля Тетяно, я прийшла до тебе води набрать і здоров'я попитать». Набравши води, баба йшла додому, наливала у миску воду, розтоплювала віск і виливала його у воду зі словами: «Виливайся, переполох, на дороги, на очерета, на болота, на густії міста, де люди не ходять, чоловічий глас не заходе...».

У іншому замовлянні, записаному наприкінці XIX сторіччя на Харківщині, шептуха звертається до змії, яка вкусила людину, з проханням «відізвати» свою люту отруту, називаючи «змію скорпію» теж на ім'я — Мар'я. Замовляючи дитину від безсоння, несли її «під кури» і казали: «Добрий вечір, добрячки — чорненькії, біленькії й рябенькії курочки. Возьміть у нас крикливиці, а нам дайте сонливиці, возьміть із нашого народженого, молитвеного, хрещеного (ім'я) плаксивиці, крикливиці — наслані, подумані, погадані, вітром нав'яні, а нам пошліть сон зо всіх чотирьох сторони». Кури на сідалі тут уподібнюються до дівчат, які зібралися на вечорниці, а «крикливиці» та «сонливиці» уявляються як щось живе та істотоподібне.

Проте в Україні у XIX столітті медицина як раціонально організована система знань і практики поступово почала

завойовувати право на існування. Хоча трудящі через обмеженість економічних і освітніх можливостей у повсякденному житті ще й на початку наступного століття користувалися тими відомостями з медицини, що були вироблені попередніми поколіннями. Для свого ствердження наукова медицина конструювала «нові міфи». Надійні дихотомії знову виявилися затребуваними. Саме тому в означений період найбільш чітко спостерігається соціокультурна, але аж ніяк не біологічна обумовленість ґендерних стереотипів у медицині.

В основі народних поглядів на причини захворювань лежали як раціональні, так і ірраціональні уявлення про сутність хвороб. Раціональне пояснення мали недуги, причини яких були очевидні, «видимі», а тому вони менше зазнавали міфологізації в контексті протиставлення чоловічого і жіночого начал. До таких належали захворювання застудного й травматичного характеру.

Поширення хвороб, причини яких не були настільки очевидними, сприяло розвитку антропоморфних уявлень. Воно зумовило ґендерну персоніфікацію захворювань, особливо епідемічного характеру — чуми, лихоманки, холери й ін. Чуму населення Рівненщини, наприклад, уявляло у вигляді жінки чи дівчини. На Кіровоградщині вірили, що холера — це жінка з дітьми, яких, з'явившись на селі, вона розсилає по вулицях, сама ж рухається головною вулицею, сіючи серед людей смерть. А переляк (ляк, переполох) народна уява малювала у вигляді «червоного панича», що, перевтілюючись, міг проникнути в людину.

Під впливом християнства народні уявлення про причини захворювань поступово змінювалися, а потім — і зміст багатьох замовлянь. У них помітно підсилювалися узагальнюючі мотиви, що готували ґрунт для сприйняття абстрактних наукових істин. Якщо в ранніх варіантах по допомогу зверталися до персоніфікованих явищ природи («Вода Уляно, земля Тетяно», «Місяцю новий, королю молодий»), то згодом уже зустрічається звертання до Бога, Божої матері.

Існуючі уявлення про захворювання породжували й відповідне розуміння способів їх лікування, що були орієнтовані на раціональні або ірраціональні засоби. Хірурги-костоправи використовували переважно раціональні знання й уміння, успадковані від своїх попередників. З цієї причини між чоловіками і жінками існувала певна спеціалізація у лікуванні захворювань. Чоловіки найчастіше «пускали кров», «складали кістки». А жінки лікували «середину» — внутрішні органи, тобто те, що було не досить зрозумілим.

3. Жіноча медична освіта як соціальна потреба

З розвитком медичних наук, що спираються на вивчення норми і патології внутрішніх органів, **лікування «середини» дедалі більше ставало справою чоловіків.** Якості, що в культурі закріпилися за жінками — інтуїція, цілісний погляд на життя, схильність робити висновки з усієї сукупності вражень замість поступового, «логічного» розмірковування, — почали сприйматися як вади, що мають бути виправлені просвітленим чоловічим розумом.

Такий погляд на ґендерний розподіл у медичній справі закріпився у культурі як стереотип. Він створював значні перешкоди на шляху долучення жінок до медичної освіти. Лікарі-чоловіки вважали, що вивчення медицини не тільки ображає, але й притлумлює найблагородніші сторони жіночої натури: співчуття, скромність, соромливість — тобто усе, чим вони відрізняються від чоловіків. До того ж, деякі професори вважали, що присутність жінок у навчальних аудиторіях наражає на сильну небезпеку моральність чоловіків-слухачів.

Але не всі погоджувалися з такою думкою. **І. М. Сеченов був першим серед російських лікарів, хто допустив жінок до слухання лекцій у вищому навчальному закладі і долучив їх до науково-дослідної роботи.**

В Україні прагнення жінок до вивчення медицини як до джерела знань, так і до можливості забезпечення самостійного існування виявилось вже в 60-х роках XIX століт-

тя. **Л. Смоляр** підкреслює: «Боротьба жінок за право бути лікарем уособлює одну із важливих сторінок в історії жіночого руху України». Жінки постійно мусили доводити суспільству, що вони можуть стати повноцінними лікарями, корисними суспільству громадянами. Торуючи шлях до вищої медичної освіти, піонерки цього руху розуміли, що виборюють право бути лікарем не тільки для себе, а й для наступних поколінь жінок.

Ідею важливості та суспільної потреби жіночої медичної освіти активно обстоював відомий хірург та діяч освіти **М. І. Пирогов**. Сумісна праця великого хірурга із сестрами-жалібницями у військових шпиталях під час Кримської війни вплинула на його погляди щодо ролі й здібностей жінок у медицині.

Захоплення медициною було одним із найпопулярніших в жіночому середовищі 60-х років XIX століття. Не маючи можливості отримати освіту на батьківщині, жінки від'їжджали вчитися до західних університетів. Серед перших жінок, удостоєних звання доктора медицини, були **Софія Дмитрієва** та **Серафима Шахова**. Софія Петрівна **Дмитрієва** народилася в Харкові. На початку 70-х років навчалася медицині спочатку в Цюріху, а потім в Парижі. По закінченні навчання отримала ступінь доктора медицини. Серафима Василівна **Шахова** закінчила Бернський університет з дипломом доктора медицини. У вересні 1877 року, повернувшись на батьківщину, розпочала клопотання про дозвіл скласти іспити на право лікаря-практика. У 1878 році вона отримала звання «**Жінки-лікаря**», від 1900 року працювала за фахом в Харкові.

Важливо зазначити, що суспільство, народ визнали жінок-лікарів раніше, ніж закон. Становище перших жінок-лікарів було важким: лікувати на правах знахарок, виписувати ліки, не маючи на це офіційних прав. **Л. Смоляр** зазначає: «Якщо приєднати до цього утиску з боку представників влади глузування, недовір'я, пов'язані з новизною справи, то отримуємо реальне становище перших жінок-лікарів. Єди-

не, що вони мали на доказ своїх прав, — відзнаку «Жінка-лікар», затверджену в 1880 році, яка давала право на лікарську практику. З 1883 року жінкам-лікарям дозволили обіймати посаду лікаря в жіночих навчальних закладах, але в кожному окремому випадку на це був потрібен дозвіл міністра внутрішніх справ».

Отже, той факт, що сьогодні ситуація кардинально змінилася, свідчить не лише про загальнолюдські соціальні та економічні зміни, які зумовили участь жінок у суспільній діяльності, а й про жертовну працю перших жінок-лікарів, приклад яких гідно наслідували не менш енергійні представниці наступних поколінь.

Так, фундатором і першим директором Інституту терапії АМН України стала **Любов Трохимівна Малая**. У Харківському національному медичному університеті вона пройшла шлях від клінічного ординатора (1946–1949) до професора, завідувача кафедри терапії (з 1955). У 1950 році Любов Трохимівна захистила кандидатську дисертацію, а в 1954 — докторську. Її науково-дослідна діяльність була присвячена вивченню проблем клінічної кардіології, зокрема дослідженню причин виникнення, механізмів розвитку, ранньої діагностики і лікування гіпертонічної хвороби, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, особливо інфаркту міокарда.

Найважливішою частиною наукових досліджень було вивчення епідеміології та можливостей запобігання хворобам внутрішніх органів. Тому інститут став першою в Україні базою, що співпрацює зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Під керівництвом **Л. Т. Малої** виконано 38 докторських і 186 кандидатських дисертацій. Любов Трохимівна була активним учасником усіх з'їздів терапевтів і кардіологів України та СРСР, головою X з'їзду терапевтів України, багато разів виступала з науковими доповідями на європейських і міжнародних конгресах кардіологів. Перу **Л. Т. Малої** належать понад 600 наукових робіт, зокрема 24 монографії.

За глибоке вивчення проблеми хронічної серцевої недостатності **Л. Т. Малая** удостоєна Державної премії СРСР

(1980). За монографії «Інфаркт міокарда» (1981) і «Хронічна недостатність кровообігу» (1994) Президії Академій медичних наук України і Росії двічі (1983, 1998) удостоїли її іменної, високоавторитетної премії імені академіка М. Д. Стражеско.

Американський Біографічний Інститут в 1996 році удостоїв **Л. Т. Малую** звання «Людина року», а Міжнародний Біографічний центр (Кембрідж, Англія) включив її персону до видання «2000 видатних учених ХХ сторіччя» (1998).

За великі заслуги в розвитку охорони здоров'я, багаторічну плідну науково-педагогічну діяльність **Л. Т. Малій** було присвоєне звання Героя Соціалістичної Праці і Героя України. Крім того, **Л. Т. Малая** нагороджена орденами Трудового Червоного Прапора, Вітчизняної війни II ступеня, Богдана Хмельницького III ступеня, Ярослава Мудрого V ступеня і чотирнадцятьма медалями.

Успішна кар'єра **Л. Т. Малої** є визнанням її яскравого таланту, виняткової працездатності, високої відповідальності, принциповості, великої вимогливості до себе, багатогранної ерудиції вченого, клініциста, педагога, організатора. Усе яскраве життя й діяльність **Л. Т. Малої** були присвячені розвитку вітчизняної кардіологічної науки, впровадженню результатів наукових досліджень у практику, створенню і вихованню наукової зміни.

У підсумку маємо визнати, що розгляд в історичному контексті методів медичного пізнання й лікарської практики демонструє присутність в них досить явної гендерної асиметрії. Емпіричній реальності через її плинність і невизначеність приписуються жіночі якості, а тому вона так само, як і жінка, тривалий час була відсунута на периферію системи медичних пріоритетів. Емпіричне й жіноче допускалося і його «терпіли» лише з огляду на те, що його можна і треба пізнати, перетворити з невідомого у відоме, тобто привести неналежне, невідоме, жіноче у відповідність з належним, відомим, чоловічим. Жінка концептуалізувалася як сила, що становить небезпеку, бо вона меншою мірою керована

розумом, а більше — емоціями, почуттями. Даний стереотип відіграв свою роль у становленні наукової медицини на початкових етапах, але сьогодні він втратив свою продуктивну значущість, а тому від нього слід відмовитися як від перешкоди на шляху встановлення симетричних, партнерських гендерних відносин у сучасній медицині.

Питання для самоконтролю

1. Яку роль відіграють стереотипи та гендерні стереотипи у медицині?
2. На яку ідею спирається традиційне ототожнення жінок із природою, а чоловіків з культурою?
3. Чому гендерний вимір медичного знання й медичної практики відповідали ритму, можливостям і задачам конкретного часу і конкретного простору культури?
4. Що обумовило гендерну персоніфікацію захворювань?
5. Як впливають релігійні вірування на встановлення гендерної рівності в медичній теорії та практиці?
6. Чи заважає медичній діяльності схильність жінок до співчуття?
7. Чому виникла суспільна потреба у жіночій медичній освіті?
8. Чи можна визначити особливості жіночої медичної освіти?
9. Чи є сенс запровадити окреме медичне навчання чоловіків та жінок?
10. Як представлені жінки та чоловіки серед визначних лікарів України?
11. З чим пов'язані перспективи гендерної рівності в медицині?

Тести для самоконтролю

1. Назвіть основні функції гендерних стереотипів:
 - a. акумуляція досвіду поколінь щодо ролей чоловіка та жінки у суспільстві

- b.* надання первинної і невідкладної медичної допомоги чоловікам
- c.* впровадження принципу гуманізму у медицину
- d.* ототожнення жінок з природою, а чоловіків — із суспільством

2. Що становить сутність гендерного виміру медичного знання?

- a.* повага до лікарських здібностей жінок
- b.* повага до лікарських здібностей чоловіків
- c.* повага до лікарських здібностей і жінок, і чоловіків
- d.* паритетність прийняття рішень у сфері медицини

3. Чим зумовлена гендерна персоніфікація захворювань?

- a.* лікарськими здібностями жінок
- b.* традиційним ототожненням жінок з природою а чоловіків — із суспільством
- c.* недостатньо високим рівнем розвитку медичної теорії та практики
- d.* метафоричністю розуміння світу

4. Які були передумови закріплення певних професій у медицині за чоловіками чи то за жінками?

- a.* у специфіці чуттєвого та раціонального рівнів пізнавальної діяльності
- b.* у повазі до лікарських здібностей чоловіків
- c.* у відсутності гендерної рівності на рівні законодавства
- d.* у відсутності гендерної рівності у повсякденному житті

5. Які риси, на думку деяких професорів ХІХ століття, заважають жінкам опанувати медичну професію?

- a.* відсутність здібностей до раціональної пізнавальної діяльності
- b.* надмірна емоційність
- c.* схильність до співчуття
- d.* легковажність

6. Які жіночі якості, на думку деяких професорів ХІХ століття, знаходяться під загрозою у випадку долучення їх до медичної освіти?

- a.* співчуття

- b. скромність
- c. емоційність
- d. легковажність

7. Хто активно підтримав бажання жінок у ХІХ столітті здобувати медичну освіту і займатися медичною діяльністю?

- a. Т. Шевченко
- b. І. Сеченов
- c. М. Пирогов
- d. П. Куліш

8. Коли у царській Росії було затверджено відзнаку «Жінка-лікар»?

- a. у 1898 р.
- b. у 1990 р.
- c. у 1917 р.
- d. у 1861 р.

9. На яких принципах базуються паритетні відносини між чоловіками та жінками у медичній діяльності?

- a. на принципі доповнюваності
- b. на принципі симетричності
- c. на принципі паритетності
- d. на принципі самодостатності

10. Чиїм іменем названо Інститут терапії АМН України?

- a. іменем Т. Г. Шевченка
- b. іменем І. М. Сеченова
- c. іменем С. П. Дмитрієвої
- d. іменем Л. Т. Малої

Додаткові навчаючі завдання

1. У сучасному суспільстві ще існують стереотипні уявлення про те, що жінки не можуть бути хорошими хірургами. Яка Ваша власна думка щодо цієї проблеми? Наведіть аргументи на користь і проти цього стереотипу.

2. У Середні віки багато жінок, що зважувались надавати медичну допомогу людям, постраждали від інквізиції. Їх звинувачували у чаклунстві, у спілкуванні з нечистою силою і прилюдно спалювали на вогнищах. Чому чоловіків рідше

звинувачували у подібному? Обґрунтуйте свою відповідь, зважаючи на конкретно-історичні та культурні умови.

3. Американський вчений В. Франкл у книзі «Людина: у пошуках смислу» зазначає, що під час навчання на перших курсах медичного навчального закладу садистські нахили у студентів певною мірою зростають, а стабілізуються наприкінці навчання. Чи не засвідчує це того, що лікарі-чоловіки більше відповідні до сутності медичної професії?

4. Останні статистичні дані говорять про те, що жінки становлять більшість серед лікарів. Чи означає це, що у медичній професії існує реальна, а не лише зафіксована у законодавстві, рівність між чоловіками та жінками? Обґрунтуйте свою відповідь, звернувши особливу увагу на представництво жінок серед очільників системи охорони здоров'я.

5. Сучасна медицина досягла значних можливостей у полегшенні пологів (як для матері, так і для дитини). Чи не підривають дані відкриття значення біблейських істин щодо спокути первородного гріха?

Література

1. Айслер Р. Чаша та меч: Наша історія, наше майбутнє / Айслер Р. — К.: Сфера, 2003. — 355 с.
2. Андерсон К. Самонадеянность Евы / Андерсон К. — М.: Политиздат, 1998. — С. 12–18.
3. Дартау Л. А. Феномен здоровья: концепция и прикладные аспекты / Л. А. Дартау // Проблемы управления. — 2005. — № 5. — С. 92–98.
4. Злобіна О., Тихонович В. Суспільна криза і життєві стратегії / О. Злобіна, В. Тихонович — К.: СТИЛОС, 2001. — 232 с.
5. Карпенко К. І. Природа і жінка: Перспективи екофемінізму в Україні / Карпенко К. І. — Харків: «Крук», 2005. — 320 с.
6. Лобанова А. С. Феномен соціальної мімікрії / А. С. Лобанова. — К.: ХНАНУ, 2004. — 300 с.

7. Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада [Збірн. матер.] — К., 2007. — 115 с.
8. Смоляр Л. О. Минуле заради майбутнього. Жіночий рух Наддніпрянської України II пол. XIX — поч. XX ст. Сторінки історії / Смоляр Л. О. — Одеса: Астропринт, 1998. — 296 с.
9. Соціокультурні ідентичності та практики [За ред. А. Ручки] — К.: ІС НАНУ, 2002. — 315 с.
10. Українцы. — М.: Наука, 2000. — 535 с.
11. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности / З. Фрейд. — М.: МЦ «Система» при МК ВЛКСМ, 1990.
12. Фридан Б. Загадка женственности / Б. Фридан. — М.: Прогресс, 1994. — 494 с.

1.8. Соціальна робота та її медична спрямованість

План:

1. *Поняття соціальної роботи та її актуальність у медицині.*
2. *Основи медико-соціальної роботи.*
3. *Фахівці служби медико-соціальної роботи.*
4. *Етичні засади діяльності соціального працівника.*

Ключові слова: діяльність, соціальна робота, медико-соціальна робота, соціальний захист, соціальна підтримка, медико-соціальна допомога, соціально-медична реабілітація, здоров'я, здоровий спосіб життя.

1. Поняття соціальної роботи та її актуальність у медицині

Соціальна робота належить до одного із численних видів діяльності людини. Поряд з економічною, політичною, правовою, культурною діяльністю існує і особливий її вид — соціальна робота. Чому її вважають особливим видом діяльності?

Діяльністю називається сукупність дій людини, спрямована на бажану зміну певного предмета. Кожний виконує свої дії, спрямовані на досягнення мети й викликані станом об'єкта, яким він займається. Якщо у столяра — це шматок дерева, у фізика — електрон, то в соціального працівника — це людина, що потребує допомоги, бо не здатна вирішити свої проблеми без сторонньої допомоги. Сукупність дій особи, пов'язана із впливом на предмет у бажаному напрямку, породжує відповідну діяльність. Особливість, характер будь-якого виду діяльності обумовлені особливостями його предмета.

Соціальною роботою називається діяльність, спрямована на надання допомоги людям, що перебувають у скруті, не здатним без сторонньої допомоги вирішити свої життєві проблеми, а в багатьох випадках і жити.

Соціальна робота являє собою цілісну систему, що включає такі компоненти: **суб'єкт, зміст, управління, об'єкт** і те, що їх об'єднує: **засоби, функції і мета**.

Мета

**Суб'єкт — Зміст — Засоби — Управління — Об'єкт
Функції**

Послідовність компонентів не випадкова: будь-яка діяльність відбувається в напрямку від суб'єкта до об'єкта, хоча саме об'єкт, що знаходиться в кінці ланцюжка, є головним, визначальним фактором щодо суті й характеру діяльності. **Об'єктом соціальної роботи** є люди, які потребують сторонньої допомоги: старі, пенсіонери, інваліди, важкохворі, діти, люди, що потрапили у скрутну життєву ситуацію, «важкі» підлітки тощо. Таких в Україні багато: за останніми даними — 1,2 млн психічно хворих; 800 тис. онкохворих; 720 тис. алкоголіків; 600 тис. хворих на туберкульоз; 56 тис. наркоманів; 1,5 млн інвалідів; 18–20 тис. безпритульних дітей.

Це далеко не всі соціальні групи, які стали об'єктом соціальної допомоги в Україні. Однак те, що кожен із цих людей є унікальною особистістю й вимагає до себе виняткового такту, співчуття з боку соціального працівника, — безперечно.

Усі функції з надання допомоги виконує **суб'єкт соціальної роботи**. Це люди й організації, які виконують соціальну роботу й керують нею; це держава, яка здійснює соціальну політику; благодійні організації, товариства милосердя (Червоного Хреста і Червоного Півмісяця), громадські організації (Союз офіцерів) тощо. Але головним суб'єктом соціальної роботи є **людина**, що займається соціальною роботою **професійно** чи на **громадських засадах**. Загалом у світі налічується близько 500 тис. професійних працівників. Вони мають дип-

лом зі спеціальності «**соціальний працівник**». Проте основну масу людей, що здійснюють соціальну роботу, складають непрофесійні працівники, які виконують її через обставини, що склалися. Наприклад, у Стокгольмі, Гетеборзі, Мальме (міста Швеції) у 1990 році професійних працівників було 3,5 тис., непрофесійних — 46, 5 тис., за сумісництвом нею займалися ще 2,6 тис. сільських листонош, які обслуговували понад 1 млн людей. Говорячи про суб'єкт соціальної роботи, важливо мати на увазі, що серед них є ті, хто в основному займається організацією соціальної роботи (їх можна назвати — **організатори**), і ті, хто безпосередньо надає соціальну допомогу (**практичні соціальні працівники**).

Важливим компонентом соціальної роботи є її зміст. Він впливає з функцій роботи. **Функції соціальної роботи** у загальному вигляді такі:

1. Інформаційна — це збір інформації про об'єкт (вік, стан здоров'я, здатність самостійно забезпечувати себе всім необхідним, матеріальний статок, сімейний стан, сусідське оточення, особливості психіки, характер тощо).

2. Діагностична — на підставі зібраних відомостей про об'єкт визначаються обсяг і види робіт, режим діяльності, форми й методи роботи, плануються фізичні й матеріальні витрати.

3. Прогностична — ґрунтується на прогностичній діяльності соціального працівника: важко чи легко йому буде працювати, чи зможе він надати дієву допомогу.

4. Організаційна — соціальний працівник визначає, з якими офіційними і неофіційними організаціями він має вступати в діловий контакт під час виконання своєї роботи.

5. Надання практичної допомоги — залежно від характеру соціальної допомоги визначаються зміст соціальної роботи і вид практичної допомоги.

Окрім вищезгаданих, соціальний працівник виконує також психолого-педагогічну, управлінську функції.

Соціальну роботу здійснюють певними засобами. **Засоби** — це сукупно всі ті предмети, пристрої, дії, за допомогою

яких досягається мета діяльності. Велика множина функцій соціальної роботи вимагає й різноманіття засобів. Серед них: спеціальні облікові бланки, телефон, ділові зв'язки, прийоми психотерапії, особиста чарівність і багато іншого. Соціальна робота неможлива без такого її компонента, як **управління**. Воно містить у собі **оцінку стану об'єкта, планування, вироблення й ухвалення рішення, облік і контроль, координацію, організаційне й матеріально-технічне забезпечення, добір, підготовку й виховання кадрів соціальної роботи**. Перелічені компоненти складають структуру соціальної роботи, але не систему, тому що діяльність стає системою, коли її компоненти зв'язуються в єдине ціле завдяки меті.

Мета — це бажаний для людини стан предмета його діяльності. Загальна **мета соціального працівника** — задовольнити потреби своїх клієнтів. Цій меті підпорядкована вся діяльність суб'єкта, відповідно до неї складається зміст, організується управління, обираються адекватні засоби, форми, методи соціальної роботи. Мета пов'язує компоненти соціальної роботи в одне ціле. Таке загальне уявлення про соціальну роботу має велике практичне значення. Який би вид соціальної роботи не довелось розглядати (допомога хворим, соціальний захист працюючих чи безробітних, патронаж багатодітних родин і т. ін.), щоразу необхідно визначати особливості об'єкта, знаходити особливий суб'єкт, обирати відповідні засоби, адекватне управління, формулювати особливі цілі, віддавати перевагу конкретним функціям. Одним словом, певний набір компонентів системи соціальної роботи — необхідний і життєво важливий. Нехтування хоча б одним із них призводить до порушення, послаблення і навіть руйнування системи.

Найперше, чого не вистачає в системі соціальної роботи у масштабах України, — так це підготовлених кадрів соціальних працівників. А без них, зрозуміло, ніяка система ефективно працювати не зможе. Тому підготовка кадрів соціальних працівників, особливо в сучасних умовах української дійсності, є дуже актуальною.

Соціальна робота реалізується у таких формах:

➤ **соціальний захист** — система заходів, здійснюваних суспільством і його різними структурами для забезпечення гарантованих, мінімально достатніх умов життя, підтримання життєзабезпечення й діяльного існування людини;

➤ **соціальна підтримка** — спеціальні заходи, спрямовані на підтримання умов, достатніх для існування «слабких» соціальних груп, окремих родин, осіб;

➤ **соціальна допомога** — система соціальних заходів у сприянні, підтримці й послугах, що надаються окремим особам чи групам населення соціальною службою для подолання життєвих труднощів, підтримання їхнього соціального статусу й повноцінної життєдіяльності, адаптації в суспільстві;

➤ **соціальна реабілітація** — комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок стійкого розладу функцій організму (інвалідність), зміни соціального статусу (люди похилого віку, безробітні, біженці).

Важливо зазначити, що соціальна робота спрямована не тільки на реалізацію заходів соціальної підтримки «слабких» соціальних груп, але й на реалізацію заходів для соціального захисту кожної людини, усього населення. У цьому плані соціальна робота є актуальною для медичного працівника.

Основна мета соціального захисту — збереження здоров'я і життя клієнтів — є також і завдання медицини. Будь-які послуги соціального захисту так чи інакше захищають здоров'я й життя знедолених: розподіл благодійних подарунків, боротьба проти наркоманії й алкоголізму, доставка ліків, пенсій і т. ін. — усе це прямо чи побічно стосується життєвих потреб підопічних людей. Тому не випадково серед різновидів соціальної роботи, тобто серед форм соціального захисту населення, передбачено медичні послуги. Причому, йдеться не про лікувальні маніпуляції й оперативні втручання (це робили і роблять установи медичної служби), а про координаційну роботу, що дозволяє охопити незабезпечених

і тих, хто залишився без опіки, соціально-медичними послугами. Ця форма соціальної роботи передбачає посередництво між закладами охорони здоров'я й населенням. Однак фінансові труднощі системи державної охорони здоров'я призвели до того, що вона вже не здатна виконувати в повному обсязі ті функції, які виконувала раніше. Зменшується й обсяг безкоштовних послуг. І це в той час, як побільшало хворих зі «старими» хворобами (туберкульоз, дифтерія, гепатит, венеричні захворювання та ін.), з'явилися нові (СНІД, наркоманія, екзотичні завезені інфекції). У таких умовах забезпечити незаможне населення хоча б мінімумом медичних послуг — турбота соціальних працівників. Як бачимо, соціально-медичні послуги — це своєрідний компроміс між медичними й соціальними службами.

Перехід до системи накопичення й споживацького ставлення до життя веде суспільство до егоїзму, самоізоляції, деморалізації, бездуховності. Самітність і духовна роз'єднаність — ще одна загроза бідним верствам громадян. На тлі убогості життя неухважність і зневажання сприймаються такими людьми особливо болісно, спричиняють депресії, а нерідко й випадки суїциду. Навіть у країнах економічно розвинених це явище досі не подолане. Усього в світі щорічно відбувається 500 тис. самогубств і близько 5 млн суїцидальних спроб. Психічна профілактика депресійних станів теж належить до сфери соціально-медичних послуг.

Поза всяким сумнівом, у таких умовах підготовка кадрів соціально-медичного сервісу має величезне значення, адже спосіб життя (насамперед побут, його умови) формує 50 % здоров'я людини (за даними ВООЗ), а частка інших факторів (генетична спадковість, екологія тощо) — лише 5–15 %.

Отже, підготовка соціальних працівників із медичним профілем актуальна і вкрай необхідна. Цю професію мають обирати особи гуманітарного складу, чия щирість і чуйність необхідні для майбутньої роботи. Вони повинні вчитися, чітко усвідомлюючи, що ця робота не обіцяє їм надприбутків і багатства.

Працівники соціальної медицини надаватимуть соціально-медичну допомогу населенню, тобто вони будуть організаторами, консультантами, менеджерами соціально-медичного захисту пенсіонерів, безробітних, хронічно хворих людей, самотніх, багатодітних, сиріт, інвалідів, алкоголіків, наркоманів, а також усіх, хто потрапив у кризову ситуацію економічного, соціального чи медичного характеру і чий доступ до медицини став обмеженим. **Робота** на них чекає **різнобічна:**

- вивчення умов життя населення, виявлення територій із неповним набором медичних послуг, а також груп ризику, пов'язаного з підвищенням захворюваності й соціальної напруженості, встановлення масштабів необхідної для цих груп соціальної та медичної допомоги, забезпечення реалізації цієї допомоги, виявлення й відновлення втрачених соціальних контактів між суспільством і особами, що залишилися поза ним;

- допомога у пошуку місця в житті, підтримання зусиль соціального плану, спрямованих на поліпшення якості життя;

- запобігання соціальній й психічній напруженості, профілактика психічних зривів і соціальних захворювань;

- організація здорового дозвілля, сімейного відпочинку, формування здорового способу життя дітей і підлітків;

- профілактика травматизму, а за необхідності — надання першої й невідкладної допомоги потерпілим і хворим на місці або при нападі хвороби;

- сприяння в медичному страхуванні підопічних, у забезпеченні ліками, протезами, побутовими зручностями, предметами догляду, організація загального догляду за хворими;

- навчання родин правилам і навичкам догляду за хворими, старими і дітьми;

- організація правового захисту населення, контроль пенсійного і матеріального забезпечення;

- протистояння процесам дегуманізації та деморалізації суспільства, участь у політичному житті району (у тій його

частині, що стосується професійних навичок), у соціальному плануванні забудови й організаційних заходів району, що обслуговується;

➤ застосування санітарно-гігієнічних заходів оздоровлення територіальних, житлових і екологічних умов району в контакті із санепідемслужбою, ЖЕКами та ін.;

➤ порушення перед органами медичної служби, правоохоронних служб, місцевою владою, громадськими організаціями організаційних питань щодо забезпечення медичного й соціального благополуччя населення, виступи у засобах масової інформації з проблем своєї діяльності.

Як бачимо, багатоплановість соціальної роботи в медицині робить її актуальною і затребуваною в суспільстві.

2. Основи медико-соціальної роботи

У теперішніх умовах загострення соціальних проблем у нашій країні, погіршення показників здоров'я населення постала об'єктивна потреба у вирішенні взаємозалежних завдань медичного й соціального характеру на якісно новому рівні. Внаслідок цього в 90-і роки ХХ століття в Україні почала розвиватися медико-соціальна робота як якісно новий напрям соціальної роботи й вид професійної діяльності.

Насамперед, уточнимо зміст поняття «медико-соціальна допомога». Визнано, що **медико-соціальна допомога** являє собою комплекс інтегрованих заходів, що проводяться на державному й муніципальному рівнях. Це сфера діяльності, види, напрямки й організаційні форми якої залежать як від політики держави в галузі охорони здоров'я населення, так і від сучасної концепції здоров'я і теорії соціального захисту населення.

Виходячи з нормативно-правової бази соціальної роботи в Україні, **медико-соціальна допомога** — це профілактична, лікувально-діагностична, реабілітаційна, протезно-ортопедична й зубопротезна допомога, а також заходи соціального характеру з догляду за хворими, непрацездатними й інвалідами.

Медико-соціальна допомога розглядається як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного й соціально-правового характеру, спрямований не тільки на відновлення, але й на збереження та зміцнення здоров'я різних груп населення. Медико-соціальна робота принципово змінює характер комплексної допомоги в сфері охорони здоров'я, пропонуючи систему медико-соціального впливу на ранніх етапах розвитку хвороби й соціальної дезадаптації, що є потенційними причинами важких ускладнень, інвалідності й летального результату.

Мета медико-соціальної роботи — досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування й адаптації особистості з фізичною й психічною патологією, а також неблагополучної в соціальному плані.

Об'єкти медико-соціальної роботи — різні контингенти осіб, що мають виражені медичні й соціальні проблеми (довго й часто хворіючі, соціально дезадаптовані особи, інваліди, самотні старі, діти-сироти, багатодітні родини, особи, що постраждали від стихійного лиха, хворі на СНІД тощо), які взаємно потенціюють один одного. Робота з таким контингентом, чисельність якого в останні роки неухильно зростає, важка й малоефективна як для медичних працівників, так і для фахівців установ соціального захисту населення, оскільки вони неминуче зустрічаються з проблемами, що виходять за межі їхньої професійної компетенції та шкодять успішній вузькопрофесійній діяльності.

Особливість медико-соціальної роботи полягає в тому, що вона формується на стику двох самостійних галузей — охорони здоров'я та соціального захисту населення. Вітчизняний досвід організації первинної медико-санітарної допомоги, зарубіжний досвід соціальної роботи в охороні здоров'я свідчать, що, незважаючи на докладені зусилля, реальна координація відомчих дій недостатньо ефективна. Оптимальна взаємодія виробляється лише після тривалої, плідної роботи в суміжному секторі, після відповідної підготовки на основі вибору спеціальних форм роботи, які дозволяють сформулювати

спеціаліста нового типу — фахівця у сфері соціальної роботи, який має відповідну медичну спеціалізацію і виконує певні функції.

Медичні працівники на практиці виконують деякі функції соціальних працівників, оскільки вітчизняних дипломованих фахівців із соціальної роботи ще недостатньо. У свою чергу, соціальні працівники, які дуже часто опікуються клієнтами, що страждають на психічну або фізичну патологію, повинні мати відповідні медичні знання, навички й уміння.

Необхідне чітке розмежування функцій медичних і соціальних працівників. Узагальнені спеціальні функції можна розподілити на три групи: медико-орієнтовані, соціально-орієнтовані й інтегративні.

Медико-орієнтовані функції:

- організація медичної допомоги й догляду за хворими;
- надання медико-соціальної допомоги родині;
- медико-соціальний патронаж різних груп;
- надання медико-соціальної допомоги хронічним хворим;
- організація паліативної допомоги вмираючим;
- відвернення рецидивів основного захворювання, виходу на інвалідність;
- санітарно-гігієнічна освіта;
- інформування клієнта про його права на медико-соціальну допомогу й порядок її надання з урахуванням специфіки проблем та ін.

Соціально-орієнтовані функції:

- забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я й надання медико-соціальної допомоги;
- представлення в органах влади інтересів осіб, що потребують медико-соціальної допомоги;
- сприяння у запобіганні суспільно небезпечним діям, оформлення опіки й піклування;
- участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу населення;

- участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для нужденних категорій населення;
- забезпечення доступу клієнтів до інформації з питань здоров'я, стану середовища перебування, якості продовольчої сировини й продуктів харчування;
- інформування клієнтів про пільги, матеріальну допомогу та інші види соціального захисту;
- сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових і житлових проблем, одержанні пенсій, допомоги й виплат;
- сімейне консультування й сімейна психокорекція;
- психотерапія, психічна саморегуляція;
- комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та інше.

Інтегративні функції:

- комплексна оцінка соціального статусу клієнта;
- сприяння у виконанні профілактичних заходів соціально залежних порушень соматичного, психічного й репродуктивного здоров'я на індивідуальному, груповому й територіальному рівнях;
- формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя;
- планування родини;
- проведення медико-соціальної експертизи;
- здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів;
- проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії, хірургії та інших галузях клінічної медицини;
- сприяння у боротьбі з поширенням ВІЛ-інфекції і забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їхніх родин;
- соціально-правове консультування;
- організація терапевтичних співтовариств само- і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру;
- участь у розробленні комплексних програм медико-

соціальної допомоги нужденним групам населення на різних рівнях;

➤ забезпечення спадкоємності у взаємодії спеціалістів суміжних професій задля вирішення проблем клієнта.

Цілком очевидно, що медико-соціальна робота має багато спільного з медичною допомогою та діяльністю органів охорони здоров'я. Але при цьому вона не перевищує межі своєї компетенції, не претендує на виконання лікувально-діагностичних функцій, а передбачає тісну взаємодію з медичним персоналом і чітке розмежування сфер відповідальності.

Медико-соціальну роботу можна умовно поділити на **профілактичну** й **патогенетичну**.

Медико-соціальна робота, що має **профілактичну** спрямованість, це: запобігання соціально залежним порушенням соматичного, психічного й репродуктивного здоров'я, формування установок на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь у розробленні цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях, соціальне адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я.

Медико-соціальна робота, що має **патогенетичну** спрямованість, передбачає: організацію медико-соціальної допомоги, проведення медико-соціальної експертизи, здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів, проведення соціальної роботи в окремих галузях медицини й охорони здоров'я, проведення корекції психічного статусу клієнта, створення реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій.

Прагнучи створити оптимальні, якомога ефективніші технології медико-соціальної роботи, фахівці виробляють базові моделі, які дозволяють забезпечити єдині методичні підходи в даному виді діяльності з урахуванням їх специфіки.

Щоб побудувати такі моделі, потрібно, по-перше, виділити найбільш однорідні групи клієнтів (наприклад, група підвищеного ризику, члени родини клієнта й найближче ото-

чення, довго й часто хворіючі, інваліди та ін.), а по-друге, з кожною виділеною групою проводити медико-соціальну роботу у двох уже названих напрямках — профілактичному й патогенетичному. Це дозволить зберегти специфіку професійної медико-соціальної роботи з різними контингентами в окремих галузях медицини або в системі соціального захисту населення при збереженні єдиних методичних принципів.

3. Фахівці служби медико-соціальної роботи

Як уже зазначалося вище, медико-соціальна робота, яку проводить соціальний працівник, спрямована на надання конкретної допомоги людям, що її потребують. Тому логічно, що служба медико-соціальної допомоги комплектується спеціально підготовленими працівниками, виходячи з поставлених перед нею завдань. Затвердження відповідних посад соціальних працівників із медичною орієнтацією в лікувально-профілактичних установах, їхня кваліфікаційна характеристика, упорядкування системи підготовки кадрів для роботи в практичній сфері охорони здоров'я — основи організації медико-соціальної служби.

У практиці вже склалася статусна диференціація для надання повноцінної медико-соціальної допомоги населенню. Тут необхідна **трирівнева система**, що передбачає роботу фахівців із вищою, середньою фаховою освітою та персоналу, що добровільно допомагає доглядати за старими, самотніми, інвалідами, важкими хронічними хворими. Комплексний підхід до надання медико-соціальної допомоги передбачає одночасну участь фахівців усіх трьох рівнів.

Що стосується компетенції фахівця **вищого рівня** (соціальний працівник із вищою освітою — соціально-орієнтований лікар), то це передбачає одержання повної інформації про соціальний стан населення, створення банку даних — соціальної карти регіону. До банку даних існує низка вимог. У ньому повинні бути відомості не тільки про загальну чисельність населення, що обслуговується, але й про кількість проживаючих на даній території родин. Із багатьох родин

необхідно виділити неповні, багатодітні, малозабезпечені родини, що мають у своєму складі інвалідів, наркоманів, дітей-інвалідів. Запорукою успіху соціальної роботи фахівця медико-соціальної спрямованості буде визначення соціально-економічної обстановки регіону: криміногенність, рівень захворюваності соціально небезпечними хворобами (захворювання, що передаються статевим шляхом, дифтерія, туберкульоз та ін.).

Дуже важливо, що соціальний працівник з вищою освітою:

- складає і впроваджує програми медико-соціальної допомоги населенню регіону;
- налагоджує системи взаємодії з медичними працівниками лікувально-профілактичних закладів;
- координує діяльність медико-соціальної служби із суміжними позавідомчими організаціями (педагогами, психологами, юристами та ін.);
- направляє і контролює проведення соціальних заходів працівниками середньої ланки, вирішує інші організаційні питання.

Що стосується основних функцій медико-соціального працівника **середньої ланки**, — це безпосередня патронажна робота з родинами щодо реалізації конкретних послуг:

- надання первинної медико-санітарної допомоги інвалідам, самотнім, хворим на хронічні захворювання;
- сприяння в забезпеченні медикаментами, перев'язними й гігієнічними засобами;
- організація консультативної допомоги правознавців, психологів, педагогів;
- санітарно-просвітня робота й навчання само- і взаємодопомоги;
- виявлення й припинення негативних явищ у родині;
- формування здорового способу життя лідей, зокрема дітей і підлітків;
- здійснення соціально-побутової допомоги самотнім старим та інвалідам;

➤ допомога у придбанні ортопедичної техніки, протезів тощо.

А от соціально-медична робота **третього рівня** виконується добровольцями: віруючими, представниками Червоного Хреста й інших організацій, тобто **волонтерами**, що за переконанням або від жалю й співчуття безпосередньо надають посильну фізичну, моральну, психологічну допомогу людям. Вони доглядають важкохворих, самотніх людей, супроводжують сліпих, інвалідів тощо. Саме через соціального працівника третього рівня відбувається зв'язок медико-соціальних працівників поліклініки з добровільними організаціями, що надають допомогу в соціальній роботі (відродження доброчинності й милосердя, створення відповідних добровільних структур).

Вважається, що однією з раціональних форм організації соціальної допомоги населенню є **відділення медико-соціальної допомоги**, які створені при територіальних поліклініках. Таке формування медико-соціальних структур на базі лікувально-профілактичних закладів доцільне з багатьох причин і обумовлене, насамперед, тим, що суспільне здоров'я населення залежить від вирішення як медичних, так і соціальних проблем.

Отже, **не викликає сумніву, що за комплексного підходу до соціальної роботи, медико-соціальна допомога, медико-соціальна реабілітація, медико-соціальний захист населення можуть бути досягнуті тільки спільними зусиллями медичних і соціальних працівників, організаційно об'єднаних у єдину міжвідомчу систему охорони здоров'я.**

Уся медико-соціальна робота серед населення включає такі напрямки діяльності, як первинна медико-санітарна допомога, реабілітація хворих на хронічні захворювання зі стійкою втратою працездатності, надання медичних послуг з обслуговування старих, інвалідів, вирішення соціально-побутових, юридичних, виховних, психологічних і ряду інших проблем, виконання яких неможливе без медичної підготовки соціальних працівників.

Соціальний працівник медичного профілю (а це може бути бакалавр, фахівець, магістр), володіючи знаннями не лише медичними, але й з таких дисциплін, як психологія, педагогіка, соціальний захист, право, — забезпечує медико-соціальну допомогу, реабілітацію й захист окремих осіб, родин і груп населення.

Запорука успішності медико-соціального працівника полягає в тому, що у своїй професійній діяльності із соціального захисту й підтримання населення він не обмежується завданнями й можливостями одного відомства, а керується одночасно медичними та соціальними нормативними вимогами як цілісною базою, що сприяє збереженню й зміцненню здоров'я людей. Природно, медичний соціальний працівник, що входить до структури медичного закладу, звільняє лікаря від непрофільної роботи — прийому хворих, що звертаються для вирішення медико-соціальних питань: оформлення довідок, медичних карток, виписки рецептів за соціальними показниками. Він може застосувати свої знання й уміння в денних стаціонарах при поліклініках, стаціонарах удома для спостереження за хворими після так званої «ранньої» виписки з хірургічного стаціонару, в реабілітаційних центрах, медичних установах медико-соціального забезпечення тощо.

Така структуризація медичних кадрів вимагає чіткого диференціювання роботи медичних працівників за ступенем зайнятості при наданні спеціалізованої лікувальної допомоги. Цьому сприяє й перерозподіл лікарняних ліжок залежно від характеру проведення лікувально-діагностичних маніпуляцій та обсягу лікувального втручання. А в цих умовах змінюються взаємовідносини медиків, що відкриває великі перспективи для діяльності медичного соціального працівника. Акцент робиться на вивченні особливостей життєдіяльності населення територіальної дільниці, на підставі аналізу отриманих даних проводяться відповідні заходи. Виходячи із цього, пріоритетним напрямком роботи медико-соціального територіального відділення слід вважати формування й розвиток повноцінної родини, насамперед молодой. Отже, і ство-

рення медико-соціальної служби підтримки сім'ї у складі відділень медико-соціальної допомоги при поліклініках — цілком правомірне.

Здійснюючи свою місію, медико-соціальні й медичні працівники, об'єднані на базі лікувально-профілактичного закладу, виявляють людей, які потребують допомоги, та визначають необхідні медико-соціальні послуги. У цьому випадку медичний соціальний працівник виступає як довірена особа населення своєї дільниці, яка практично, конкретно, адресно, з урахуванням індивідуальних особливостей кожного реалізує програму збереження й зміцнення здоров'я своїх пацієнтів. До основних видів діяльності територіального відділення медико-соціальної допомоги належать забезпечення первинної, вторинної і третинної профілактики захворювань шляхом запобігання негативним явищам у родині, просвітня робота з гігієнічного виховання населення, навчання самої взаємодопомоги. Тому у своїй роботі соціальний працівник керується як запитами самого населення, так і доцільністю, корисністю їх здійснення в конкретних умовах.

Особливість полягає в тому, що медико-соціальні послуги мають бути нескладними в організації, доступними для всіх прошарків населення й соціально гарантованими щодо обсягу і якості. Важливо також зацікавити саме населення у здійсненні соціальних програм і забезпечити участь у їх реалізації представників добровільних, благодійних організацій, фондів, асоціацій, віруючих. Необхідним напрямом роботи відділень медико-соціальної допомоги є створення сприятливих умов і реальних можливостей для підтримання здоров'я і благополуччя тих, хто тимчасово опинився у скрутному становищі економічного чи соціального характеру: пошук робочих місць, організація виробництва вдома тощо.

Що стосується **нормативного навантаження** медико-соціального працівника **першого рівня**, то воно розраховується, виходячи із загальної чисельності підопічного населення. Але критеріями оцінки роботи може служити не так загальна чисельність населення, що проживає на дільниці,

як кількість конкретних родин, більше того, — сімей інвалідів, неповних сімей як джерел високого соціального ризику. Робота з таким контингентом дуже складна, вимагає наполегливості, ретельності, психологічного напруження. Ці фактори ускладнюють діяльність соціального працівника і на них необхідно зважати при визначенні щоденного навантаження. Тут розрахунок навантаження за кількістю родин у чистому вигляді неприйнятний, бо може спричинити негативні наслідки. Адже необхідність констатації незмінного числа проблемних родин на дільниці (з метою збереження колишнього навантаження) не сприятиме їх зменшенню чи зміні соціальної напруженості іншим шляхом.

Навантаження медико-соціального працівника **другого рівня**, який виконує безпосередньо патронажну роботу в сім'ях, надаючи практичні медико-соціальні послуги, залежить від конкретної діяльності з окремими пацієнтами, родиною чи колективом. Навантаження в цьому випадку розраховують за кількістю пацієнтів, їхніми житловими умовами, кількістю родин високого соціального ризику, криміногенністю району, що обслуговується.

А от навантаження соціально-медичного працівника **третього рівня** визначається цивільною відповідальністю осіб, що добровільно виявили бажання у вільний від роботи час допомагати нужденним. Робота добровільних організацій з надання соціальних послуг розглядається як акт милосердя, співчуття, що дуже важливі для суспільства.

Отже, у наданні соціальної допомоги населенню значна роль відводиться соціальному працівникові. Подальший пошук прийнятних варіантів співробітництва соціальних і медичних працівників сприятиме комплексній реалізації програми надання медико-соціальних послуг населенню.

4. Етичні засади діяльності соціального працівника

Соціальний працівник — це спеціаліст, який виконує соціальну роботу як професіонал. Його професійна діяльність завжди характеризується **трьома основними підходами** до

розв'язання тих проблем, які він вирішує, виходячи зі свого статусу. Назвемо ці підходи: по-перше, **виховний** — роль учителя, консультанта, експерта; по-друге, **фасилітативний** — роль помічника, співника або посередника в подоланні труднощів чи проблем; по-третє, **адвокативний** — роль адвоката (виступає від імені конкретного клієнта або групи клієнтів), а також помічника тих людей, які не спроможні самостійно захищати свої права.

Виходячи із цього, можна окреслити функціональний аспект діяльності соціального працівника. **Професійні функції** соціального працівника — це певна сума знань, умінь, навичок, які забезпечують професійну компетентність спеціаліста у практичній роботі. Сьогодні в його діяльності виділяють **базові функції**: діагностичну (оціночну), прогностичну, корекційну та **спеціальні функції**: комунікативну, організаторську, правозахисну, превентивну, психо-терапевтичну, рекламно-пропагандистську, соціально-медичну, соціально-педагогічну, соціально-економічну. Для успішного виконання функцій соціальний працівник повинен володіти широким колом відповідних **професійних знань і вмінь**:

- мати належну професійну підготовку, володіти знаннями з теорії й практики соціальної роботи, технології її здійснення, із психології, педагогіки, фізіології, економіки, законодавства тощо;
- мати достатньо високу загальну культуру;
- володіти інформацією про сучасні політичні, соціально-економічні процеси в суспільстві, бути поінформованим про різні соціальні групи населення, їхні потреби та особливості;
- уміти передбачати наслідки своїх дій;
- володіти навичками комунікативного спілкування (із підлітками, інвалідами, девіантами);
- уміти приймати рішення в складних, екстремальних ситуаціях;
- бути емоційно врівноваженим, готовим до психологічних навантажень, сумлінно виконувати свій професійний обов'язок;

➤ дотримуватися етики професійної поведінки, професійної таємниці, бути коректним у питаннях, що стосуються інтимних аспектів життя клієнтів.

Ці знання та вміння будуть фікцією, якщо вони не матимуть етичного підґрунтя. **Професійна етика** — одна з фундаментальних теоретичних засад будь-якої професійної діяльності; це моральна самосвідомість певної професійної групи, її психологія та ідеологія; це сукупність норм поведінки спеціалістів. Норми професійної етики безпосередньо впливають на поведінку спеціалістів, змушуючи їх діяти певним чином.

Соціальний працівник, виконуючи коло своїх обов'язків, повинен чітко усвідомлювати, що соціальна робота як особливий вид професійної діяльності складається зі специфічної, тільки їй притаманної системи цінностей, що сформувалися в процесі становлення принципів і норм поведінки спеціалістів. Перш за все, соціальна робота, яка за своєю природою — гуманна, базується на **трьох фундаментальних положеннях** загальнолюдських цінностей:

1. Визнання безумовної цінності людини, незалежно від її реальних досягнень, етносу, віросповідання і поведінки.

2. Унікальність людини як соціальної істоти, яка реалізує її у своїх стосунках з іншими людьми і залежить від них у розвитку своєї унікальності.

3. Прагнення людини до свободи вибору і свободи прийняття рішень.

Загальнолюдські цінності та загальнолюдський досвід, на якому ґрунтується соціальна робота, дають можливість враховувати такі **важливі моменти** для працівника:

➤ право людини на підтримку як із боку свого найближчого оточення (сім'ї, родичів, друзів), так і суспільства загалом у тих випадках, коли вона потрапляє у складну життєву ситуацію;

➤ право на поважання власної людської гідності;

➤ право на самовизначення;

➤ право на реалізацію своїх потенційних можливостей

і право на помилку як компонента загального права на самовизначення;

- відповідальність індивіда за свої вчинки.

Така відповідальність націлює соціальних працівників не тільки на моральні орієнтири, які визначають загальний, основний напрям їхньої діяльності, а й на окремі правила, характерні для повсякденної роботи, без дотримання яких неможливо реалізувати відповідні моральні норми та принципи. Тому, виходячи зі специфічних умов та змісту діяльності соціальних працівників, в етичних нормах відображено основні вимоги і критерії поведінки фахівців. Однак професійна етика останніх — це етика інноваційна, яка вимагає від соціального працівника вдосконалення своєї роботи через пошук резервів, використання різноманітних ресурсів — як соціальних, так і особистих, а також і своїх клієнтів. Усе це має слугувати лише соціальній і професійній меті. Вузькокорпоративні чи особисті корисливі інтереси в цьому випадку неприпустимі.

«Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України» був сформований 2003 року. Він враховував положення і вимоги документа «Етика соціальної роботи: принципи і стандарти», що був ухвалений Міжнародною федерацією соціальних працівників на конференції в Коломбо (Шрі Ланка) у 1994 році. При цьому укладачі «Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України» вважали за доцільне розглядати його як нормативний документ для всіх спеціалістів соціальної сфери: соціальних працівників, соціальних педагогів, спеціалістів центрів соціальних служб для молоді, спеціалізованих центрів соціальних послуг.

Виходячи з цього кодексу, можемо зазначити основні **етичні принципи діяльності соціального працівника:**

- дотримання розумних інтересів клієнта;
- особиста відповідальність соціального працівника за небажані для клієнта і суспільства наслідки його дій;
- визнання права клієнта щодо прийняття самостійного рішення на будь-якому етапі спільних дій;

- прийняття клієнта таким, який він є;
- конфіденційність;
- доброзичливість;
- безкорисливість;
- чесність і відкритість;
- повнота інформування клієнта про заплановані заходи;
- відсутність упереджень щодо клієнта.

Соціальна робота належить до таких видів професійної діяльності, де не лише професійні знання, вміння та навички, а насамперед особистісні якості спеціаліста значною мірою визначають ефективність та успішність роботи. Стиль поведінки соціального працівника, зумовлений сукупністю його особистих якостей, ціннісних орієнтацій, інтересів, також значною мірою впливає на систему стосунків, які він формує не тільки з клієнтом, а й з колегами. Це такі **особистісні й моральні якості соціального працівника, як чесність, совість, об'єктивність, справедливість, тактовність, уважність і спостережливість, терпимість, витримка і стриманість, любов до людей, самокритичність, адекватна самооцінка, терпіння, комунікабельність, оптимізм та сила волі, емпатія** (здатність соціального працівника розуміти свого клієнта і співчувати йому, бачити ситуацію його очима), **прагнення до самовдосконалення, творче мислення.**

З урахуванням етичних принципів і вимог до особистих якостей соціальних працівників було розроблено **практичні поради**. Головні з них такі:

- зберігайте перспективу, володійте інформацією щодо вашої компетенції, а також відомостями про речі, які є поза вашою компетенцією;
- чітко усвідомлюйте, хто ви є і для чого дієте;
- зберігайте професійну дистанцію — будьте реалістичним, але відвертим, поважливим до клієнта;
- пам'ятайте про відмінність між дружніми і професійними стосунками: соціальні працівники не є друзями своїх клієнтів і не можуть ними бути;
- знайте, що важлива якість соціального працівника —

здатність залишатися поруч із кимось у біді або кризі, не зазнаючи саморуйнування від цієї кризи або від емоцій, які виявляє клієнт;

➤ пам'ятайте, що професійна межа — поняття не установлене, а динамічне;

➤ важливо мати особистий простір: деякі люди із задоволенням тісно спілкуються з іншими людьми, а інші (представники навіть тієї ж самої культури) можуть вважати це нестерпним.

Етичні засади були затверджені текстом Українського етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи. Це створило можливість клієнтам, засновникам організацій із соціальної роботи, безпосередньо соціальним працівникам, представникам інших професійних груп і широкому колу громадян розраховувати на дотримання фахівцями єдиних етичних норм, що означатиме просування на шляху до інтеграції України в міжнародний простір соціальної роботи.

Питання для самоконтролю

1. Що ви розумієте під соціальною роботою? Яка її структура?
2. Назвіть основні поняття соціальної роботи та дайте їм визначення, які їх конкретизують.
3. Що таке медико-соціальна допомога і в чому полягають її основні засади?
4. Назвіть категорії населення, що потребують медико-соціальної допомоги?
5. Перелічіть медико-соціальні послуги, через які реалізується соціальна допомога населенню.
6. У чому суть трирівневої системи надання медико-соціальної допомоги населенню?
7. Які обов'язки медичного соціального працівника першого рівня при наданні соціальної допомоги?

8. Що входить у завдання медичного соціального працівника другого рівня при наданні соціальної допомоги?
9. Які особливості й характер медико-соціальних послуг працівника третього рівня при наданні соціальної допомоги?
10. Як визначити робочу завантаженість медико-соціального працівника?
11. Які функції притаманні соціальному працівникові?
12. «Етичний кодекс спеціаліста із соціальної роботи України» та його основні положення.
13. Які особистісні й моральні якості необхідні соціальному працівникові?

Тести для самоконтролю

1. Соціальна робота — це:

- a. інструмент реалізації державної соціальної політики
- b. допомога населенню у кризових або важких ситуаціях
- c. надання соціальних послуг
- d. усе вищеназване

2. Суб'єктом соціальної роботи не є:

- a. Міністерство охорони здоров'я
- b. Товариство Червоного Хреста
- c. волонтери
- d. студентська група

3. Функціями соціальної роботи є:

- a. організаційна
- b. дезинтегративна
- c. інформаційна
- d. компенсаторна
- e. психолого-педагогічна
- f. надання практичної допомоги
- g. культурно-трансляюча
- h. діагностична

4. Соціальна реабілітація — це:

- a.* система заходів з боку суспільства або його структур, покликана забезпечити гарантовані, мінімально достатні умови життя людини
- b.* спеціальні заходи, спрямовані на підтримання умов, достатніх для існування «слабких» соціальних груп або окремих родин чи осіб
- c.* комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом соціальних зв'язків і відносин внаслідок стійкого розладу функцій організму або зміни соціального статусу
- d.* це система соціальних заходів у сприянні, підтримці й послугах, що надаються окремим особам чи групам населення соціальною службою для подолання життєвих труднощів

5. Медико-соціальна допомога — це:

- a.* комплекс інтегрованих заходів, що проводяться на державному й муніципальному рівнях
- b.* сфера діяльності, види, напрямки й організаційні форми якої залежать від політики в галузі охорони здоров'я населення
- c.* своєрідний компроміс між медичними й соціальними службами
- d.* усе вищезгадане

6. Профілактична спрямованість медико-соціальної роботи включає:

- a.* проведення медико-соціальної експертизи
- b.* запобігання соціально залежним порушенням соматичного, психічного й репродуктивного здоров'я
- c.* здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації інвалідів
- d.* проведення корекції психічного статусу клієнта

7. Що є прерогативою медико-соціальної роботи соціальних працівників з вищою освітою?

- a.* санітарно-просвітня робота й навчання само- і взаємодопомоги

- b.* складання і впровадження програм медико-соціальної допомоги населенню регіону
- c.* виявлення й припинення негативних явищ у родині
- d.* допомога у придбанні ортопедичної техніки, протезів тощо

8. Професійна етика — це:

- a.* одна з фундаментальних теоретичних основ будь-якої професійної діяльності
- b.* моральна самосвідомість певної професійної групи, її психологія та ідеологія
- c.* сукупність норм поведінки спеціалістів
- d.* усе вищезгадане

9. Позначте етичні принципи діяльності соціального працівника:

- a.* відсутність упередженості щодо клієнта
- b.* конфіденційність
- c.* домінування особистих інтересів над інтересами клієнта
- d.* чесність, відкритість, доброзичливість
- e.* здоров'я клієнта — товар
- f.* прийняття клієнта таким, який він є
- g.* повнота інформування клієнта про заплановані заходи

10. Професійними функціями соціального працівника медичного профілю є:

- a.* корекційна
- b.* превентивна
- c.* правозахисна
- d.* самозабезпечення
- e.* психотерапевтична
- f.* соціально-педагогічна

Додаткові навчаючі завдання

1. Проаналізуйте функціональний репертуар соціального працівника на прикладі реалізації програми «Діти вулиці». Вважаємо за доцільне зауважити, що при аналізі необхідно

подати практично всі функції соціального працівника.

Додаткова інформація: Програма «Діти вулиці» почала діяти в Україні з 1998 року. «Вулична дитина, або вулична молодь — це неповнолітній, для якого вулиця (у широкому трактуванні слова, включаючи незайняте житло, незаселені землі й т. п.) стала його чи її місцем перебування, а також той, хто не має достатнього захисту» — таке визначення було запропоноване Міжнародною групою неурядових організацій. Спеціалісти поділяють вуличних дітей на дві основні категорії: **діти, які працюють на вулицях, і діти, які живуть на вулиці**. Останні, як правило, більшу частину свого часу проводять далеко від сімей або не мають їх взагалі.

Оцінка кількості вуличних дітей в Україні є різною. Проте більшість фахівців схиляються до думки, що в Україні таких дітей близько 160 тисяч.

Примітка: Додаткову інформацію про проект «Діти вулиці» та про роботу з цією категорією дітей можна одержати в таких джерелах: Методичні рекомендації з соціальної роботи з дітьми та молоддю «Діти вулиці — турбота загальна чи нічия». — К., 1988. — С. 1–13; Сидоров В.Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения. / Сидоров В. Н. — М.: СТИ МГУС, 2000.

2. Система Міністерства освіти і науки України, крім дошкільних і шкільних закладів освіти, має інтернатні установи для дітей, які визнані такими, що можуть навчатися. Станом на 1.01.02 таких шкіл-інтернатів налічувалося 391. Близько 61,2 тис. дітей живуть, навчаються і виховуються в цих закладах. У дитячих закладах Міністерства охорони здоров'я України перебуває близько 5 тис. дітей. У структурі Міністерства праці та соціальної політики України діє 58 будинків-інтернатів для дітей, де наразі перебуває 8 тис. дітей з функціональними обмеженнями.

Діти, яких утримують та виховують в інтернатних установах, істотно відрізняються від дітей, які зростають у сім'ях. Як правило, діти в інтернатах відстають у розвитку від своїх однолітків із сім'ї. Відстають емоційно, інтелекту-

ально, мають гірші навички комунікації. Емоційні проблеми виникають постійно, оскільки відсутній зв'язок довіри між батьками та дітьми, що утворюється лише в сімейному контексті. Діти, які не мають досвіду таких близьких стосунків, у житті навряд чи здатні встановлювати довірливі, інтимні стосунки з іншими людьми.

Діти, яких виховують у сім'ях, отримують більше уваги від близьких, багато інформації вони одержують лише від перебування в колі дорослих людей. Їхній розвиток більш адаптований до індивідуальних здібностей, а не до вимог навчального плану, що розроблявся для колективу, і вони, врешті-решт, мають більше можливостей та ресурсів. До ресурсів відносять також можливість дитини пересуватися, отримувати інформацію про життя інших людей, дивитися відео- і кінофільми, індивідуально займатися образотворчим мистецтвом і музикою, щоб набути впевненості в собі та своєму соціальному статусі, емоційної стабільності. Обмеження доступу до цих фундаментальних речей призводить до затримки в інтелектуальному розвитку дитини. Отже, діти з функціональними обмеженнями є, насамперед, дітьми, а не інвалідами. Розробіть програму розвитку особистості в соціально-педагогічній роботі соціального працівника.

3. Діти-вандали. До цієї категорії дітей відносять тих, хто займається безглуздим знищенням культурних і матеріальних цінностей, чия поведінка характеризується вандалізмом (різного виду руйнівне поведіння) — від засмічення місць загального відпочинку й витоптування газонів до розгромлення торгових та інших точок під час масового безладу.

Пік вандалізму припадає на 11–13 років (Д. Елліот, М. Лебланк, Р. Мейбі та ін.). Вандалізм також має місце в структурі кримінальної активності осіб віком 13–17 років.

У сучасному світі однією з найпоширеніших форм вандалізму в дитячому (і не тільки) середовищі є графіті, що завдає значних фінансово-соціальних збитків міському середовищу в багатьох країнах.

Термін «графіті» походить від італійського і означає «надряпаній». Зараз він означає будь-який недозволений напис (наприклад, «Динамо — чемпіон») або знак, зроблений будь-яким способом на об'єктах громадської та приватної власності. Протизаконний, антигромадський характер графіті полягає в тому, що він містить різноманітні повідомлення, лайки, вислови, малюнки й символи антидержавного, антиправового характеру.

Явище графіті серед дітей може бути пояснене як утвердження особистісної чи групової ідентичності; протест проти соціальних і культурних норм; злісна реакція щодо конкретної особи, політичної, етичної або іншої соціальної групи, її лідерів, субкультури, соціального інституту і т. ін.

Таким чином, вандалізм (і графіті як один із видів вандалізму) розглядається в практиці соціальної роботи як різновид дитячої девіантності й делінквентності. Яка профілактика з боку соціальних служб необхідна відносно цього контингенту молоді?

4. Порівняйте співвідношення питомої ваги соціальної політики і соціальної роботи в різні періоди розвитку України:

- а) до революції 1917 р.
- б) у радянські часи
- в) 1991–2009 рр.

Які відбувалися зміни? Які політичні фактори впливали на ці зміни?

5. У США вважається, що професійна компетентність соціальних працівників є результатом інтеграції різних типів компетентності, в тому числі: 1) концептуальної (наукової); 2) інструментальної (володіння базовими професійними навичками); 3) інтегрованої компетентності (здатності поєднувати теорію з практикою). Таке переконання сприяє тому, що в освітніх програмах значна увага приділяється формуванню аналітичної, корекційної та оціночної компетентності. Які, на Вашу думку, потрібно формувати компетентності соціального працівника щодо нашої реальної дійсності?

Література

1. Белинская А. Б. Основы социальной работы: [учеб. пособие] / Белинская А. Б. — М.: Социально-технологический институт МГСУ, 2001. — 228 с.
2. Бурая Н.Л. Социальная работа / Бурая Н. Л. — Х.: Основа, 1996. — 128 с.
3. Журавлева И. В. Отношение населения к здоровью / Журавлева И. В. — М.: Наука, 1993. — 225 с.
4. Етичний кодекс соціальних працівників України // Практична психологія та соціальна робота. — 2002. — № 9-10. — С. 85–87.
5. Леннер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению: [пер. со швед.] / Леннер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. — М.: ИНФРА-М, 1995. — 196 с.
6. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование / Мартыненко А. В. — М.: Наука, 1999. — 105 с.
7. Медведева Г.А. Этика социальной работы: [учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений] / Медведева Г. А. — М.: ИНФРА-М, 1999. — 208 с.
8. Соколов В. А. Менеджмент в социальной работе: [учебное пособие] / Соколов В. А. — Иркутск: Иркутский гос. ун-т, 2000. — 269 с.
9. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М.: Наука, 1992. — 113 с.
10. Социальная работа: теория и практика: [учеб. пособие / отв. ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н., проф. А. С. Сорвина]. — М.: ИНФРА-М, 2003. — 427 с.
11. Соціальна робота в Україні: [навч. посіб.] / Зверева І. Д., Безпалько О. В. та ін. — К.: Центр навчальної літератури, 2004. — 256 с.
12. Технологии социальной работы: [учеб. пособие для студ. высш. уч. зав. / под ред. И. Г. Зайнишева]. — М.: ИНФРА-М, 2002. — 240 с.

2. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ

2.1. Актуальні етичні проблеми сучасної медицини

План:

1. *Філософія морального здоров'я в медицині та професійній діяльності лікаря.*
2. *Основні етичні проблеми сучасної медицини у світлі новітніх технологій.*
3. *Перспективи вирішення етичних проблем медицини.*

Ключові слова: медична етика, деонтологія, генна інженерія, клонування, природа людини, генетика, скринінг, трансплантологія, фетальна терапія, науково-технічний прогрес, духовність.

1. Філософія морального здоров'я в медицині та професійній діяльності лікаря

Проблема зростання етичних вимог до сучасної науки взагалі і до медицини зокрема є на сьогодні ключовою. Перетворення морально-етичних проблем на першочергові пов'язане з прогресом у науці, техніці й технології. Нині науково-технічний прогрес створив проблемні ситуації, які дозволяють говорити про те, що деякі морально-етичні норми потребують перегляду. Це в повній мірі стосується й медицини.

У медицині морально-етичні принципи, норми та вимоги були розроблені лікарем та мислителем **Гіппократом**, зокрема моральні вимоги до лікаря, які пізніше отримали назву «**Клятва Гіппократа**». Клятва відображає жалісливе, доброзичливе, турботливе і при цьому професійне відношення до хворої людини: «Чисто й непорочно буду я проводити своє життя та своє мистецтво. В який би будинок я не ввійшов, я увійду туди для користі хворого».

Моральні норми поведінки зародились у Месопотамії близько трьох тисяч років до нашої ери. Вони мали характер заборони на здійснення антирелігійних дій та стосувалися

служителів культу, що претендували на лікування душі й тіла людей. Лише ті люди, які володіли **сакраментальними** (лат. *sacramentalis* — священний, обрядовий) знаннями та вміннями, мали право бути цілителями, лікарями. У Вавилоні за 2,5 тис. років до н. е. був розроблений і перший медичний кодекс, який складався з переліку покарань лікарів за порушення вимог при лікуванні хворих. У Древній Персії цілителям пропонувалось оволодівати професійним досвідом лікування та виробляти в собі моральні якості коректної поведінки по відношенню до хворого. Відповідно **Геродоту**, який у V ст. до н. е. відвідав Єгипет, там поряд з лікувальними засобами ефективно використовували словесні, мімічні, пантомімічні та інші моральні впливи.

Людина без моральних орієнтирів, як вважав **Аристотель**, була б істотою дикою та нещасною. Пізніше **Цицерон** вказував на два першоначала моральних орієнтирів: «нікому не шкодити і приносити користь». Моральні вимоги до медицини мислителями минулого характеризувались як **доктринальні** (лат. *doctrina* — офіційний принцип) вимоги медичної моралі, які втілювалися в життя у вигляді жорстких нормативів, цілісної програми філософсько-етичного виховання лікаря. В сучасну епоху природничо-наукових та науково-технічних досягнень вчені опинилися в досить непростій морально-етичній ситуації. Вони створюють те, чого ніколи раніше не було і не могло бути у природі. Багато спрямовано на благо людей, але чимало й на шкоду їм.

Револьюційні прориви в науці, техніці, технології нині потребують негайно розробити принципово нові морально-етичні принципи і правила для людей науки та медицини. Ці морально-етичні принципи мають бути жорсткими й категоричними в плані стримування будь-яких авантюрних проєктів. Нова етика має розбурхувати совість фахівця, який, будучи творцем інновацій, повинен бути і **деміургом** (грец. *demiurgos* — майстер) порядку у світі та в житті людини. Це може і повинна здійснити **гуманна етика як практична філософія**, впливаючи на розум, честь та совість усіх дослід-

ників життя: науковців, техніків, медиків. Кожен вчений-творець повинен бути особистістю, громадянином та гуманним моральним філософом. Він повинен співвідносити результати свого наукового пошуку з прогресивним суспільним інтересом. У такому разі суспільство буде виражати вченому своє відношення — у вигляді схвалення або осуду, аж до презирства.

Медицина базується на філософсько-моральному вченні **Гіппократа, К. Галена, Цицерона, І. Канта** про моральний обов'язок. Якщо медики не пам'ятатимуть про свій обов'язок діяти на благо людини, медицина може стати чим завгодно (анатомією, фізіологією, біомедициною, мікробіологією), але тільки не медициною у відомому сенсі її розуміння. Медицина давно й міцно злилася з вимогами морально-етичного обов'язку — **безкорисливо служити людям**. Такі філософсько-моральні вимоги отримали закріплення у **деонтології** (грец. *deontos* — належне та *logos* — вчення) — специфічній лікарській моралі, де викладені суспільні вимоги до всіх медичних працівників. Зазначимо, що сам термін був уведений англійським філософом та юристом **І. Бентамом (1748–1832)**, який розробив принципи деонтології як науки про належне. Вона стала синонімом моральної філософії медиків, призначення якої — брати активну участь у вирішенні складних взаємовідносин лікарів, медсестер з пацієнтами.

Етичні закони й позиції у медицині — це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні засади особистості лікаря й загалом лікарювання, теорію і практику стосунків з хворими, суспільством та колегами.

Ясна річ, не існує окремих етичних категорій щодо поведінки лікаря, фельдшера, медичної сестри чи санітарки. Етичні принципи у медицині — неподільне ціле, хоча кожний окремий медичний фах має свої професійні, а отже й етичні відмінності. Проте переважають всеосяжні моральні правила й загальні етичні настанови: слово, чесноти, намагання й знання медичного працівника, його невід'ємні моральні гасла в практичній поведінці відіграють істотну роль у зціленні хворого й допомозі йому.

Всі відомі етичні вчення, як правило, наполягають на виконанні особистістю суспільного обов'язку. Цей напрямок послідовно та обґрунтовано було розвинуто **Кантом** у вигляді **категоричного імперативу**, або повеління розуму волі. **Кант** вважав головним у моральності не користь, а відповідність моральному обов'язку, моральним принципам і, передусім, категоричному етичному імперативу — обов'язковій для всіх нормі, на відміну від максими — особистого принципу: дій тільки згідно з такою максимою, керуючись якою ти водночас можеш побажати, щоб вона стала загальним законом. У **Канта** є інше формулювання цього основного закону етики: чини так, щоб ти завжди ставився до людства — і в своїй особі, і в особі будь-кого іншого — як до мети, і ніколи б не ставився до нього тільки як до засобу.

Існують і так звані **утилітаристські етичні концепти** (представниками якої є **І. Бентам**, **Дж. С. Мілль**), які вважають метою моральної поведінки людей корисність, а ідеал бачать в «найбільшому щасті найбільшої кількості людей». Критерій моральності при такому підході — користь, вигода, задоволення, добро і щастя. Відомі й інші етичні вчення; їх різноманітність свідчить про багатство морального життя людей. Зародження біоетики помітно розширило обрії особистої свободи, і передусім вчених, спеціалістів. Мабуть, вперше етика апелює до їхньої совісті. Це — етика моральної внутрішньої потреби відкритого і компетентного служіння людям заради збереження їхнього здоров'я, честі й гідності. Таким чином, життєдіяльність усіх медиків за суттю гуманна, бо вона свідомо й добровільно присвячується служінню людям.

Звідси треба зробити висновок: **чим більше вчених, лікарів усвідомлять та перейдуть до відносин служіння людям в ім'я збереження життя взагалі і зміцнення здоров'я населення, тим з більшою підставою можна буде говорити про гуманітарну (що розвиває людину) сутність медицини. А гуманна й гуманітарна медицина — це критерій та показник здоров'я всієї соціальної системи, і передусім охо-**

рони здоров'я. Моральний розвиток свідомості будь-якого соціального організму має більше шансів на успіх там, де ефективно використовуються всі ресурси — і матеріальні, і духовні.

При формуванні морально-етичного менталітету лікарів необхідно пильну увагу приділяти розвитку професійних моральних якостей. Лікарська етика (деонтологія) з'явилася досить давно: вона відображає традиційний морально-етичний рівень розумової культури медиків. Але в сучасних умовах вона також може вирішувати і успішно вирішує різноманітні моральні проблеми, хоча з'явилися принципово нові відносини в медицині та практичній діяльності лікаря.

Незалежно від того, де і коли працює лікар, незважаючи на існуючі часові та просторові відстані між людьми та їх культурно-національні розбіжності, фундаментальні цінності милосердя і збереження за будь-яку ціну хворого сприймаються всіма лікарями. Таким чином, до принципових особливостей професійної лікарської моралі слід віднести її універсальний, наднаціональний, загальний характер.

Застосування нових біомедичних технологій дедалі поширюється, причому, воно здійснюється поза межами правового регулювання. Тому питання про етичну самосвідомість лікарів-практиків, учених-дослідників та моральну відповідальність пацієнтів за згоду на прийняття тієї чи іншої методики лікування набуває зараз особливого значення. Моральні переконання людей залишаються сьогодні практично єдиним засобом захисту суспільства від руйнівних наслідків застосування нових біомедичних технологій.

У діяльності гарного фахівця-медика морально-етичні принципи повинні втілитись у сукупність конкретних поведінкових норм, сумлінне виконання яких буде для нього і професійним обов'язком, і справою його професійної честі та гідності.

Ще декілька десятиріч тому зміст медичної етики вичерпувався двома проблемами: **по-перше**, правилами поведінки медичного персоналу по відношенню до пацієнтів і, **по-друге**,

правилами взаємовідносин в медичній корпорації. Сьогодні радикальному перегляду підлягають традиційні проблеми, а також виникає багато нових проблем. Все це призвело до необхідності комплексного підходу до зазначених проблем і, передусім, до необхідності інтеграції теоретичної і практичної медицини, філософії та етики.

2. Основні етичні проблеми сучасної медицини у світлі новітніх технологій

У сьогоднішній науці, в тому числі й медицині, виникає парадокс: разом із появою досягнень зростають і невдоволення лікарів своїми можливостями, і невдоволення пацієнтів можливостями лікарів. Зростає, як це не дивно, і кількість проблем, які необхідно вирішувати, проблем не тільки економічних (оскільки більша частина нових технологій потребує все більших витрат, все менш доступних рядовому пацієнтові), а також наукових і особливо етичних, які потребують свого усвідомлення.

З другої половини ХХ сторіччя зміни в медичній теорії та практиці набувають принципово нового характеру. Широкі можливості медицини пов'язані не стільки з лікуванням, скільки з управлінням людським життям. Сучасна медицина отримує реальну можливість «давати» життя (штучне запліднення), визначати й змінювати його якісні параметри (гена інженерія, транссексуальна хірургія), «відсувати» пору смерті (реанімація, трансплантація, геронтологія) тощо. Досягнення сучасної медицини, виходячи на нові рівні впливу та управління людським життям, зіштовхуються і вступають у протиріччя з традиційними морально-світоглядними принципами. **Раціональний аргумент**, що характеризує нову практику — **ціль виправдовує засоби**, все одно не звільняє медичного працівника від небезпеки руйнівного впливу цих «засобів» на його моральну свідомість, на емоційно-психічну стабільність його особистості.

Сучасна медицина здійснює унікальний синтез досягнень фундаментальних і прикладних галузей природознавства.

Але від «чистого» природознавства медицину відрізняє те, що вона працює не з речовиною, полем або інформацією, а з людиною. Знання про неї завжди передбачає моральний вимір. У зв'язку з прагненням науки якісно змінити рослини й тварин, а згодом і саму людину, в суспільстві виникає насторожене відношення до перспектив, що здатні запропонувати нові біотехнології у плані «покращення й удосконалення всього живого на Землі». На порядок денний знову висувається споконвічна філософська проблема вибору людиною шляху, який веде її до добра чи зла. Вирішити цю нову ситуацію можливо лише через інновацію людського розуму та моралі.

Слід охарактеризувати коло тих етичних проблем, які виникають у межах сучасного науково-технічного прогресу, що охопив усі сфери людської діяльності, зокрема й медицину.

Трагедією моральності називав Г. Гегель суперечливий зв'язок прогресу з приниженням людської гідності. Застосування новітніх біомедичних технологій — як жоден інший напрямок науково-технічного прогресу — веде до знецінення людського життя. Як не парадоксально, але ця тенденція виявляється особливо яскраво саме в тих технологіях, що забезпечують відтворення людського життя. Заготовка «запасних» зігот та їх наступне знищення — частина процедури штучного запліднення. Негативні результати пренатальної діагностики — ще одна міцна засада «показання» для штучного переривання життя. Перетворення людських зародків на фармацевтичну «сировину» є необхідною умовою фетальної терапії.

У згаданих цілком самостійних (що не зводяться одна до одної) технологій та пов'язаного з ними комплексу етичних проблем є, однак, спільна основа — це практика **штучного переривання вагітності**. Саме тут виникає коло етичних проблем, які набувають зараз актуальності.

Етичне знання передбачає свої відповіді на питання про те, коли і за яких умов людська істота стає моральним

суб'єктом, тобто носієм особистісних моральних прав, і передусім права не бути позбавленим життя. На жаль, говорити про єдність етичних підходів навіть не доводиться.

Категорично проти абортів, розглядаючи їх як навмисне вбивство людини, виступає релігія та церква. Значна кількість громадських організацій підтримує цю позицію, називаючи плід «ненародженою дитиною», яка має всі права людини. Прибічники абортів також виступають під гаслом захисту прав людини, але з точки зору прав жінки. Безперечна істина, напевно, в тому, що слід або виношувати дітей, або не зачинати їх.

Біологія та медицина завжди були неподільними. Але тепер неподільною стала і етика ставлення до всього живого, у тому числі й до людини від моменту її зачаття.

На початку ХХ століття великий лікар-гуманіст **А. Швейцер** у своїй роботі «Етика та культура» говорив про святість усього живого на Землі.

Сьогодні вчені наблизились до витоків життя, і у генетичних дослідженнях, в генній інженерії вони побачили не тільки можливість рятування від спадкових захворювань, але й загрозу майбутньому людству. Розвиток генної інженерії може викликати до життя процеси, що становлять велику загрозу для подальшого розвитку цивілізації.

Відомий філософ **Г. Джоунс** заявив, що генна інженерія в принципі дозволяє задовольнити найрізноманітніші бажання людини (нагородити свою дитину високим зростом, зберегти сексуальну активність у похилому віці тощо), але «її використання приведе нас — з етичної точки зору — у недосліджену країну, поставить перед нами зовсім нові проблеми, до вирішення яких існуючі етичні теорії ще зовсім не підготовлені».

Виправлення помилок природи, що здійснюється методами генної інженерії, також, на його думку, неприпустиме, оскільки означає постановку експерименту на ненароджених. Дитина — не машина, яку в разі невдачі можна розібрати на деталі. Крім того, біогенетичні помилки, на відміну від

інженерних, незворотні і здатні множитися, передаючись у ряді поколінь. Автор стверджує, що «ми не володіємо достатнім знанням, мудрістю, самодисципліною та почуттям справедливості для того, щоб приступити до творення нових видів».

У 1989 році в США побачила світ об'ємна книга «Етика та генетика людини. Дані кроскультурного дослідження». В ній були представлені результати унікального за широтою охоплення дослідження, спрямованого на виявлення і аналіз тих поглядів, якими керуються спеціалісти різних країн, вирішуючи різноманітні етичні проблеми, що виникають при проведенні ними генетичного консультування, пренатальної діагностики та масового обстеження (**скринінгу**) населення з метою виявлення хворих спадковими захворюваннями або їх носіїв.

У застосуванні програм скринінгу можливий моральний конфлікт, в основі якого — зіткнення правил конфіденційності з обов'язком відвернути тяжке захворювання. Разом з тим особлива моральна проблема, яка виникає при скринуванні спадкових хвороб, полягає в необхідності ефективного матеріального забезпечення не тільки самих процедур скринінгу, але й повноцінного наступного лікування. Недостатнє фінансування програми нерідко призводить до того, що разом з фактом установлення вкрай тяжкої психічної патології, що веде до загибелі дитини в перші роки життя, формується не менш важка патологія, що веде до інвалідності, яка розтягує страждання пацієнта і його сім'ї на довгі роки. Мимоволі виникає резонне запитання — зменшує подібна медична практика «обсяг страждань» людини чи, навпаки, навіть збільшує його? Тобто це ті етичні питання, однозначну відповідь на які не так просто знайти.

Проблеми **генної терапії** започаткували також один з новітніх напрямів розвитку медицини. До цих методів зверталися й раніше, отримуючи у деяких випадках доволі обнадійливі результати. Але слід зазначити, що жоден з існуючих методів генної терапії сьогодні не може вважатися

достатньо відпрацьованим та надійним. Успішні випадки, що викликали азіотаж та ентузіазм громадськості, чергувалися з трагічними невдачами, за якими слідували наполегливі заклики припинити ці небезпечні експерименти. Річ в тім, що досі зберігається невизначеність щодо можливих негативних наслідків перенесення генетичного матеріалу до організму пацієнта, а також оцінки ефективності генної терапії. Тому можна впевнено сказати, що найближчим часом генна терапія залишиться сферою експериментів, отже, до неї необхідно застосовувати відповідний набір правових та етичних норм.

Головна мета медицини, що визначає шляхи розвитку біомедичної теорії та практики, — рятування людства від страждань. Медична генетика допомагає діагностувати і відвертати більшість генетичних захворювань: таких, як порушення метаболізму (фенілкетонурія), хвороби крові (таласемія, серповидноклітинна анемія, гемофілія). Передбачається, що існує можливість ідентифікувати гени, пов'язані з такими захворюваннями, як цукровий діабет, шизофренія, хвороба Альцгеймера тощо.

Тим не менше завдання медичної генетики — піклування про конкретних людей, про конкретні сім'ї — реалізується поза традиційним предметним полем медицини, тобто на рівні вторгнення у функціонування генетичних систем людини, втручання в ембріональний матеріал. Технології втручання в репродуктивні функції людини, що пов'язані з долями майбутніх поколінь, не можна здійснювати без етичного осмислення та законодавчого регулювання.

У ХХ столітті **трансплантологія** стала однією з найбільш перспективних галузей медичної науки. Вона акумулювала новітні досягнення сучасної хірургії, реаніматології, анестезіології, імунології, фармакології та інших медико-біологічних наук і спирається на цілу сукупність високих медичних технологій. Однак дискусії про своєчасність, доцільність, етичність трансплантації не припиняються. Деякі авторитетні лікарі вважають, що пересадки шкіри, залоз

внутрішньої секреції та кишечника досі ще мають експериментальний характер.

Безумовно, в інтересах розвитку галузі експериментування необхідне, але коли і в яких межах? Допомогти практикам у вирішенні цього питання мали б фахівці з етики, але медична етика (біоетика) фатально відстає від експериментальної медицини. Сенсаційні успіхи біля операційного столу тільки підігривають бажання раніше за інших зробити чудо і породжують жорстоке полювання за органами. До того ж, у міру ускладнення операцій їх вартість зростає. При цьому результати залишають бажати кращого, а масштаби трансплантування через дефіцит донорських органів обмежені. У будь-якому, навіть найкращому випадку пересадка органів — це спасіння для небагатьох. Виникає питання: чи не буде більш доцільним, а зрештою і більш етичним розвивати такі способи лікування та профілактики захворювань серця, печінки, нирок, які отримають широке застосування?

Серед багатьох видів та підвидів **морально-етичних питань**, що супроводжують буквально кожен трансплантологічну операцію, можна виділити такі:

- 1. Чи можна говорити про збереження права людини на своє тіло після смерті?**
- 2. Який морально-етичний статус померлої людини?**
- 3. Чи можливе науково обґрунтоване донорство?**
- 4. Чи можна вважати моральним продовження життя одних людей за рахунок інших?**

Успіхи трансплантології показали, що перед людством відкрилась нова, занадто перспективна можливість лікування хворих, які раніше вважалися приреченими. Одночасно виник цілий спектр правових та етичних проблем, що потребують для свого вирішення сумісних зусиль фахівців медицини, права, етики, богослов'я, психології та інших дисциплін. Більше того, ці проблеми не можна вважати вирішеними, якщо підходи й рекомендації, розроблені фахівцями, не отримують суспільного визнання і суспільної довіри.

Досить близько з проблемами трансплантації органів і тканин пов'язане питання про використання **фетальних тканин**. Слід нагадати, що цей метод не новий, його почали розробляти ще у позаминулому сторіччі. У 1881 році **К. Леопольд** проводив експерименти з пересадки плідного епітелію тваринам. Сто років тому петербурзький лікар **Шеперович** увів ембріональні тканини хворому, що гинув від хронічної ниркової недостатності. Перша спроба не вдалась. Але ідея лікування клітинами плоду не давала спокою вченим.

У 30-ті роки в Москві було створено навіть інститут, де розробляли досконалі на той час технології отримання препаратів з ембріональних тканин. Радянські «абортарії» постачали вчених необхідним матеріалом у достатній кількості. Ці препарати, зокрема, застосовували для оздоровлення, омолодження. Так що заняття професора Преображенського з роману «Собаче серце» — не просто фантазія **Михайла Булгакова**.

Пізніше у багатьох зарубіжних країнах почали працювати з тканинами людських зародків, використовуючи їх при лікуванні цукрового діабету, хвороби Паркінсона, в онкогематології. І все ж таки ці методи лікування залишались експериментальними. Віддалені їх наслідки були неясними.

У зв'язку з дедалі ширшим використанням фетальних тканин для лікування різноманітних захворювань у вересні 1989 року 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю у Гонконзі була прийнята Декларація про трансплантацію ембріональних тканин, в якій було записано: «Існує потенційна можливість збагачення осіб, зайнятих у отриманні, зберіганні, дослідженні, підготовці та доставці зародкової тканини. Створення механізмів, що виключають такі можливості, дозволить знизити прями́й і побічний вплив на жінку при отриманні згоди на використання абортивного матеріалу». З розвитком фетальної терапії набувають актуальності і питання етичного характеру, однозначну відповідь на які дати сьогодні дуже складно, а іноді й неможливо.

У 1997 році біомедична наука зафіксувала факт штучного створення ссавця. Вівця Доллі, яка отримана шляхом

клонування — генетична копія матері. Цей рік стає принциповою віхою на шляху реалізації ідеї про створення істот із заданими якостями за допомогою генетичних маніпуляцій на ембріональному рівні: творці вівці Доллі приступили до експериментів з людськими генами. Експерименти дають цілком конкретну відповідь на поставлене питання про можливість людського співавторства у біологічній еволюції. Саме тому вони не згладжують, а загострюють етичні проблеми. Всі форми євгеніки, включаючи маніпулювання з людським генетичним матеріалом поза терапевтичними цілями, — у моральному відношенні огидні, бо загрожують людському життю та благополуччю. Різноманітні технології клонування, в яких використовують тварин, розвиваються вже понад десять років, обіцяючи продовжити людське життя завдяки створенню нових ліків, білків та інших речовин. Такі зусилля заслуговують на підтримку суспільства.

Однак **перспективи людського клонування** породжують примаару «похилої площини» у найбільш зловісній формі. У сьогоднішньому світі, де права переважають відповідальність, використання технічного клонування людських клітин неминуче приведе до зловживань: комерціалізації «первинних» ДНК, виробництва дітей з метою отримання «запасних частин», до спроби створення «вищого» класу людських істот. Більше того, зараз вчені ще не можуть визначити, чи утримує в собі відібрана клітина мутації або інші дефекти, які можуть спричинити каліцтва або затримки в розумовому розвитку клонованої дитини.

Сьогодні можливість збереження людської цивілізації залежить від того, яким цінностям буде віддана перевага. Від того, чи вистачить моральних сил, щоб устояти перед спокусою продовження життя невеликої кількості людей за рахунок свідомого знищення більшості інших, за рахунок перетворення їх у потенційних донорів, у біомасу, в ходячі вмістища «запасних частин».

Не підлягає сумніву той факт, що медицина благотворно вплинула на долю людства. Багато в чому завдяки її заслу-

гам відбулися суттєві зміни в демографії, подоланні хвороб, що породжували масові епідемії (чума, натуральна віспа); в результаті розроблення нових терапевтичних методів лікування значно продовжилося життя людей; знайдено засоби лікування низки хвороб, які раніше вважалися невиліковними. Але на зміну їм приходять нові, більш жорстокі й витончені за формою хвороби, що мімікують, прагнуть «обдурити» імунну систему. З ХХ століття рівень захворюваності почав зростати у геометричній прогресії. Науково встановлено, що головною причиною цього зростання є стрес. Сучасний науковий прогрес має поєднатися з духовним самодосконаленням людей, особливо вчених. У цьому контексті необхідно приділяти увагу оновленню етичних вимог у практичній діяльності людей, насамперед у сучасній медицині.

3. Перспективи вирішення етичних проблем медицини

Сьогодні не вщухають дискусії навколо етичних проблем медицини. Це обумовлено тим, що людина здатна сконструювати нову форму життя, яка дуже відрізняється від усього нам відомого, але вона не зможе повернути її назад, у небуття. «Чи маємо ми право, — запитував один з творців нової генетики, американський біолог, лауреат Нобелівської премії **Е. Чаргафф**, — незворотно протидіяти еволюційній мудрості мільйонів років заради того, щоб задовольнити амбіції та цікавість декількох вчених? Цей світ дано нам у борг. При приходимо й відходимо: згодом ми залишаємо землю, повітря і воду тим, хто приходить після нас».

Загострення дискусій пояснюється не стільки тим, чи реальні можливості конструювання та зміни людських індивідів, скільки тим, що вони змушують людей по-новому або гостріше сприймати такі одвічні проблеми, як проблеми людини, її свободи та призначення. І тут використання засобів філософського аналізу, звернення до багатовікового досвіду філософських міркувань стає не просто бажаним, а необхідним для пошуку та обґрунтування розумних і разом з тим справді гуманістичних позицій.

Розвиток сучасних технологій в науці, і передусім в медицині, зобов'язує нас по-новому усвідомити **діалектичний зв'язок свободи й відповідальності в діяльності вчених та практиків, які запроваджують новітні технології.**

Прагнення чітко визначити шляхи і перспективи вирішення етичних проблем медицини є дуже складним завданням. І цьому існує **декілька причин:**

1. Організм людини завжди залишається таємницею, наука не здатна чітко визначити ті межі, до яких вона може втручатися в нього.

2. Етичні принципи не мають чітко визначених параметрів, як це існує у праві, тому найчастіше етична позиція визначається як суспільним усвідомленням цих принципів, так і особистісними якостями медичного працівника.

3. У медицині, як і в науці взагалі, існує небезпека того, що позитивні здобутки можуть обернутися проти людства, а це призведе до негативних тенденцій у розвитку сучасної цивілізації.

Сучасним медикам передусім потрібно вирішувати **проблеми етичного характеру.** Причому, етичні проблеми, які іноді вважають буденними та малоцікавими, вирішувати, як це не парадоксально, набагато складніше за якісь суто медичні. Вони сьогодні відчували свою **відповідальність** за існування та розвиток усього живого на землі і почали обговорювати ці проблеми не тільки як предмет своїх наукових інтересів, але і з точки зору визнання самоцінності самого факту життя, його існування як природного феномена. Безумовним досягненням сучасної етики науки і медицини стало виявлення похибок утилітарної теорії, зокрема тези про те, що деякі базисні права людини слід розуміти в абсолютному сенсі — як цінності, що не пов'язані безпосередньо з питанням про суспільне благо, адже вони повинні існувати навіть тоді, коли це не приводить до звеличення суспільних благ. Це не є досягненням або недоліком нової етики, а означає лише те, що **при вирішенні питання про моральні обов'язки вченому та медикові слід спиратися на гуманні принципи;**

він має бути впевнений у тому, що зі знанням справи служить людству.

Соціально-моральний аналіз проблем, які виникають у процесі запровадження новітніх технологій, став для багатьох вчених та медиків у певному сенсі **одкровенням** про можливе самогубство людства. Поряд із цим постає питання і про філософську-етичну оцінку досягнень біомедицини, які на перший погляд здаються прогресивними. Морально мислячі фахівці-медики побоюються, щоб нові біомедичні та генно-інженерні технології, перебуваючи у полоні невгамовного раціоналізму сучасності; мимоволі не наблизили катастрофу земної біосфери, а разом з нею і людського розуму.

На сучасному етапі особливо нагальна потреба в «оздоровленні» медицини та практичної діяльності лікаря. Важлива роль у цьому процесі належить філософії та релігії. Це підтверджується наполегливим пошуком відповідей на фундаментальні питання життя і смерті, здоров'я та хвороби. Тому сьогодні медицина шукає відповіді на виникаючі етичні питання не лише на шляху вдосконалення новітніх технологій, але й у межах духовного усвідомлення їх подальшого розвитку.

Тисячоліттями у європейській культурі існував тісний зв'язок релігії, етики та медицини. Задана християнством, відтворююча ціль людського існування у світі наповнювала конкретними поведінковими орієнтаціями, цінностями, нормами моралі й реалізовувались у конкретній практичній діяльності милосердя та лікарювання. Традиційна професійна лікарська етика (як ніяка інша форма професійної етики) виявляла цей зв'язок.

Сучасна медицина повинна засвоїти філософсько-релігійні принципи, на яких базується ставлення до людини та її життя — святість, недоторканність, цінність. Навряд чи можна уявити інший шлях розвитку сучасних біомедичних технологій. Інакше в нашій цивілізації може виникнути така ситуація, коли вже не знадобляться етичні принципи, оскільки людство зникне внаслідок впровадження божевільних

методик і технологій. Завдання сучасної медицини полягає в тому, щоб відвернути такий катастрофічний кінець.

Питання для самоконтролю

1. Чим обумовлене зростання етичних проблем у сучасній медицині?
2. Розкрийте зміст клятви Гіппократа.
3. Які положення клятви Гіппократа є актуальними на сьогодні?
4. У чому саме виявляються етичні закони і принципи в медицині?
5. Розкрийте сутність категоричного імперативу Іммануїла Канта.
6. Схарактеризуйте утилітаристські етичні концепції.
7. Яким чином пов'язані професіоналізм та моральність у медичній діяльності?
8. У чому полягають нові можливості медицини, які виникли останнім часом?
9. Які новітні технології виникли у сучасній медицині?
10. Опишіть позитивні наслідки сучасних медичних технологій.
11. Чим обумовлено суперечливий характер новітніх біомедичних технологій?
12. Чому вирішення етичних проблем медицини є дуже складним завданням?
13. Які існують перспективи вирішення етичних проблем у сучасній медицині?

Тести для самоконтролю

1. Які процеси обумовили зростання кількості етичних проблем медицини?
 - a. досягнення науково-технічного прогресу
 - b. поява у медицині нових технологій
 - c. зростання кількості лікарів
 - d. зростання обсягу медичних знань

e. збільшення кількості фармацевтичних препаратів

2. У чому полягає моральний аспект професійної діяльності лікаря?

a. лікарський гуманізм

b. співчуття хворому

c. науковий підхід до діагнозу

d. взаємна моральна повага з пацієнтом (емпатія)

e. духовна зрілість лікаря

3. Які сучасні медичні технології спричинили зростання кількості етичних проблем?

a. генна інженерія

b. клонування

c. сурогатне материнство

d. переливання крові

e. різноманітні клінічні аналізи

f. трансплантологія

4. Які існують шляхи вирішення етичних проблем медицини?

a. науковий

b. експериментальний

c. навчальний

d. виховний

e. духовний

5. Які процеси, пов'язані з втручанням у природу людини, викликають нові етичні проблеми?

a. вплив на соматичні клітини і тканини

b. вплив на репродуктивні, статеві клітини

c. клонування

d. продовження життя

e. хірургічне втручання

6. Які проблеми пов'язані із трансплантацією органів?

a. визначення моменту смерті

b. використання тканин зародків

c. переливання крові

d. етичність використання органів трупів

7. Яких принципів потрібно дотримуватись у трансплантації органів?

- a.* добровільність
- b.* незалежність
- c.* альтруїзм
- d.* отримання прибутку

8. У чому полягає сутність клонування?

- a.* штучне запліднення
- b.* технологія створення генетично детермінованої істоти
- c.* лікування спадкових захворювань
- d.* корекція геному

9. Які негативні наслідки може мати впровадження клонування у клінічну практику?

- a.* тиражування споживацького ставлення людини до людини через створення «людських запасників»
- b.* створення нових лікарських засобів для продовження людського життя
- c.* клонування ізольованих клітин і тканин живих організмів
- d.* «боротьба» за можливість виникнення життя із заздалегідь визначеними якісними параметрами

10. Якими факторами обумовлене виникнення штучного запліднення?

- a.* зростанням вторинного (набутого) безпліддя
- b.* змінами моральної самосвідомості у ставленні до сім'ї
- c.* прагненням отримати повноцінну дитину із заданими якостями
- d.* «правом» мати дитину нестатевим шляхом

11. В чому полягає сутність «етичного плюралізму»?

- a.* різноманітність моральних регуляторів та їх відносність
- b.* вседозволеність у поведінці людини
- c.* створення нової загальнолюдської моралі
- d.* виникнення нових етичних стандартів

Додаткові навчаючі завдання

1. Для рятування життя хворої дівчини потрібне серце іншої дівчини, яка загинула в автомобільній аварії. Родичі загиблої не дають згоди на використання серця їхньої дитини. Як має поводитися лікар-хірург у подібній ситуації?

2. До лікаря звернулася жінка, яка прагне народити дитину шляхом штучного запліднення, але без згоди чоловіка на цей вчинок. Чи може лікар у даному випадку провести таку операцію?

3. Уявіть собі ситуацію: Вам, як лікарю високого професійного рівня, запропонували великі гроші за роботу у фірмі, що займається продажем людських органів. Чи дасте Ви згоду на роботу в такій фірмі? Чи Ваша майбутня діяльність відповідатиме Вашим моральним принципам?

4. Якщо віруюча людина відмовляється від трансплантації нирки, хоча це єдиний шанс врятувати їй життя, як у цьому випадку має діяти лікар? Проаналізуйте можливі варіанти вирішення цієї проблеми.

5. Відбувається дискусія між двома жінками. Одна погодилася за певну матеріальну винагороду стати сурогатною матір'ю. Інша переконана, що дитина відчуває свою матір з моменту зачаття, тому дитина повинна залишитися зі своєю рідною матір'ю, інакше вона відчуватиме нерідну матір і страждатиме все своє життя. Ваша позиція у цій дискусії?

6. Медико-біологічна наука ХХ століття була захоплена евгенікою М. Кольцова, який у 30-ті роки став засновником Російського евгенічного товариства і евгенічного журналу. Його розчарування у евгеніці та відмова від неї були пов'язані, наприклад, з усвідомленням того факту, що критерій підвищення «розумових здібностей населення» не захистить суспільство від появи «кримінальних талантів», а расові критерії не зменшать кількості генетичних дефектів. Чи має людина право на селекцію собі подібних та «проекування» тих чи інших якостей людини? Як Ви ставитесь до подібної точки зору? Аргументуйте свою відповідь.

7. Засуджуючи аборт як смертний гріх, Церква не може знайти йому виправдання навіть у випадку, якщо знищенням зачатого життя дехто, можливо, збереже своє здоров'я. Ваше ставлення до такої позиції? Обґрунтуйте свою особисту точку зору.

8. Широко відоме припущення, що висока ціна органів, яку в змозі заплатити багаті ділки, забезпечить донорам країн «третього світу» нормальний рівень життя і врятує багатьох людей від голоду. У ряді подібних аргументів є й таке судження: не треба забороняти оплату розумних витрат за медичні послуги, пов'язані з наданням донорського органа (але не за орган). Чи підтримуєте Ви подібну точку зору? Якою буде Ваша особиста позиція, якщо Ви опинитесь на роботі у країні «третього світу» і Вам запропонують продати якийсь орган, щоб врятувати свою родину від голоду?

9. Суспільна свідомість породжує досить яскраві епітети для штучного запліднення: «нова технологія розмноження», «техногенне виробництво людей», «асексуальне розмноження». В обігу з'являються поняття: «вибірковий аборт», «торгівля репродуктивним матеріалом», «продукція запліднення», «сурогатне материнство» тощо. Кожне з цих понять — реальна одиниця «етичного мінного поля», яке нові репродуктивні технології створюють для сучасної культури. А як бути з емоційно-психологічним світом особистості, що народжена «у пробірці», з її моральною самосвідомістю, з її юридичними правами, соціальним статусом зрештою? Як сприймати таку загрозливу тенденцію: у повній сім'ї сьогодні дітей народжується менше, а поза шлюбом — більше, ніж 30 років тому?

10. Найважливіше завдання біоетики у медичній справі полягає в тому, щоб «сигналізувати про відступ від істини і нагадати про можливість заподіюваного зла». Про що йдеться? Які етичні проблеми виникають у сучасній медицині?

11. Застосування нових біомедичних технологій з кожним роком розширюється, причому, воно здійснюється поза межами правового регулювання. Тому питання про етичну

самосвідомість лікарів-практиків, учених-дослідників і моральну відповідальність пацієнтів за згоду на ту чи іншу методику лікування набуває особливого значення. Моральні переконання людей залишаються сьогодні практично єдиним засобом захисту суспільства від руйнівних наслідків застосування нових біомедичних технологій. Які існують шляхи виховання у лікарів етичної самосвідомості та відповідальності за впровадження новітніх технологій у медицині?

12. Чи сумісна сучасна медична практика генетичної діагностики, штучного запліднення, трансплантації, реанімації з християнським ставленням до людини? Визначте свою позицію у цьому питанні.

Література

1. Агацци Э. Моральное измерение науки и техники / Агацци Э. — М.: Моск. филос. фонд, 1998. — 344 с.
2. Антологія біоетики // За ред. Ю. Л. Кундієва. — Львів: Бак, 2003. — 592 с.
3. Барбур И. Этика в век технологий / Барбур И. — М.: Библиейско-богословский ин-т св. апостола Андрея, 2001. — 382 с.
4. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / Бек У. — М.: Прогресс-Традиция, 2000. — 384 с.
5. Бернардо Дж. Дж. Биоэтика. Философское обоснование / Бернардо Дж. Дж. // *Практ. філософія*. — К., 2002. — № 1. — С. 133–139.
6. Біоетика: Підручник / За ред. О. М. Ковальнової, І. С. Вітенка, В. М. Лісового. — Харків, 2006. — 204 с.
7. Вековшина С. В. Биоэтика в эпоху глобальных технологий / Вековшина С. В., Кулиниченко В. Л. // *Практ. філософія*. — К., 2004. — № 1. — С. 36–48.
8. Ковалева О. Н. Биоэтические аспекты клинической практики и научных исследований / Ковалева О. Н., Лесовой В. Н., Амбросова Т. Н., Питецкая Н. И. // Под ред. О. Н. Ковалевой, В. Н. Лесового. — Харьков: Торнадо, 2006. — 96 с.

9. Лопатин П. В. Биоэтика: Учебник / Лопатин П. В., Карташова О. В. // Под ред. проф. Лопатина П. В. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 240 с.
10. Малышева Е. А. Основные принципы этической оценки исследования на людях / Малышева Е. А. // Качественная клин. практик. — 2001. — № 1. — С. 21–23.
11. Мальцев В. И. Независимые этические комитеты: регламент работы и задачи / Мальцев В. И., Ефимцева Т. К. // Укр. мед. часопис. — 2000. — № 2 (16). — С. 48–51.
12. Москаленко В. Ф. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / Москаленко В. Ф., Попов М. В. — Вінниця: Нова книга, 2005. — 218 с.
13. Назар П. С. Основи медичної етики: Навчальний посібник / Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. — К.: Здоров'я, 2002. — 344 с.
14. Силуянова И. Этика врачевания. Современная медицина и православие / Силуянова И. — Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. — 319 с.
15. Уильямс Д. Р. Руководство по медицинской этике / Уильямс Д. Р.: Пер. с англ. / Русск. изд. под ред.: Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина, Л. А. Смихайлова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 128 с. (Всемирная медицинская ассоциация).
16. Яровинский М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (Биоэтика): Учебное пособие / Яровинский М. Я. — 3-е изд., перераб и доп. — М.: Медицина, 2004. — 528 с.

2.2. Правові та моральні аспекти в медичній діяльності

План:

1. *Правовий аспект біоетики.*
2. *Співвідношення категорій «мораль» і «право».*
3. *Правові та етичні норми медичних досліджень.*
4. *Етичні правила проведення клінічних випробувань і медичних експериментів на людині.*

Ключові слова: етика, мораль, право, біоетика, медичний експеримент, права, обов'язки, ятрогенія, соціальні норми, правові норми, етичні норми, цінності.

1. Правовий аспект біоетики

Біоетика є одним із розділів філософського знання. Формування та розвиток біоетики пов'язані з процесом трансформації традиційної етики взагалі і медичної етики зокрема і обумовлене передусім зростаючою увагою до прав людини (права пацієнта як об'єкта лікування, учасника медичних експериментів тощо) і появою нових медичних технологій, що породжують безліч гострих проблем, які **вимагають юридичного і морального регулювання**. Формування біоетики обумовлене змінами, які відбулися в технологічному вдосконаленні сучасної медицини, кардинальними зрушеннями у медичній практиці, які знайшли своє вираження в успіхах генної інженерії, трансплантації органів, біотехнологіях, медичних експериментах із засобами підтримання життя пацієнта. Ці процеси загострили моральні проблеми, що постають перед лікарем, медичним персоналом та родичами хворих: чи існують межі підтримування життя смертельно хворої людини (і якщо так, то якими чинниками вони визначаються); чи припустима евтаназія; який момент слід вважати настанням смерті; з якого моменту зародок можна вважати живою істотою; чи допустимі аборти, або ж вони є вбивством живих

істот. Це лише деякі з питань, які постають перед лікарем та перед суспільством в умовах новітнього технологічного прогресу сучасної медицини. Проте, зважаючи на той факт, що ці проблеми мають не тільки медичний, а й моральний та правовий аспекти, їх обговорення, осмислення і вирішення в біоетиці виносяться за рамки професійного медичного співтовариства. Саме тому у біоетичних дискусіях поряд з лікарями, пацієнтами та членами їх сімей беруть участь фахівці різних галузей: філософії, юриспруденції, психології, соціології, теології, економіки тощо.

Біоетика як дослідницький напрямок міждисциплінарно-го характеру сформувався наприкінці 60-х — початку 70-х років ХХ століття. Термін «біоетика» був запропонований **В. Поттером** у 1969 році і початково означав напрям медицини, що займався вивченням ситуацій, які виникають на межі медичних і моральних суперечностей. З часом поняття «біоетика» трансформувалося і зараз має широкий спектр трактувань. Частина дослідників ототожнюють біоетику з власне медичною етикою, обмежуючи її зміст етичними проблемами відносин «лікар — пацієнт». Існує і ширше розуміння біоетики, що має на увазі ряд аксіологічних проблем професійної лікарської діяльності, сумісних з низкою соціальних проблем, пов'язаних із системою охорони здоров'я. Крім того, поняття «біоетика» розглядається як наука, що орієнтується на дослідження живих істот незалежно від того, знаходять їх результати застосування в терапії чи ні.

Іншими словами, **біоетика спрямована на вирішення моральних і правових колізій, що виникають у процесі наукових досліджень у сучасній біології та медицині.** Сенс біоетики як особливого різновиду інтелектуальної діяльності і соціальної практики полягає у спробі виявити можливості діалогу й солідарності пацієнтів та медичних працівників на підтримку моральних та правових норм у ситуаціях, що виникають у сучасній медицині. Практика біоетики поступово формує мову публічного обговорення проблем, які розглядають здоров'я як соціальну цінність у людей, що ма-

ють принципово різне розуміння того, що саме є істинним, а що — помилковим. Виникає властива громадянам правової держави навичка досягнення згоди у вирішенні конфліктних ситуацій медико-етичного характеру.

Біоетика сконцентрована переважно на аналізі окремих прикладів, моральних колізій, випадків, важких для ухвалення рішень з моральної і правової точки зору. Таке трактування завдань біоетики, що зводить її, по суті, до вивчення й опису окремих прецедентів, тісно пов'язане з правовими інститутами, адже вплив права, правової системи, правової свідомості на культуру та її цінності, на способи дисциплінарного знання є незаперечним. **Біоетика є одним з яскравих прикладів взаємовідношень права, моралі і медицини.**

Оскільки біоетика виникла як дослідження конфліктних ситуацій у медичному процесі, а ці конфлікти частіше розглядалися в рамках судової системи США, тому доцільно аналізувати принципи біоетики на американському ґрунті. Судова система США, на відміну від європейської, заснована на прецедентному праві, при якому не допускається імперативність, загальнообов'язковість і примусовість правової норми і закону. Право складається не з системи загальнообов'язкових норм, а з правових актів-рішень судових засідань, які досягаються в суперечці різних сторін і які обов'язкові для судів нижчої інстанції. Рішення суду ухвалюється за аналогією, за певним зразком і воно слугує не законом, а лише джерелом законодавчої ініціативи і погодження думок різних сторін.

Для ухвалення рішень у разі медичних моральних конфліктів у США створено систему етичних комітетів, які існують в більшості американських лікарень. У 1983 році лише 26 % лікарень мали інститут етичних комітетів, у 1985 — вже 60 %. До етичного комітету зазвичай входять лікар, що проводить лікування, представники медичного персоналу й адміністрації, священник, працівники служб соціального страхування і забезпечення, юристи, професійний етик-філософ та інші. Комітет допомагає лікарям і пацієнтам розв'язати спірні ситуації.

Американський дослідник **Б. Дженнінгс** розглядає дві моделі в біоетиці — **юридичну та цивільну**. Юридичну модель він безпосередньо пов'язує з ідеологією лібералізму, що відстоює цінності індивідуалізму, пріоритету приватних інтересів. Такі цінності відображаються в тому, що в біоетиці панує (особливо на початку її розвитку) юридична парадигма з властивим їй акцентом на індивідуальне моральне рішення і дія за принципом автономності й унікальності особи, з пріоритетом приватних інтересів, прав пацієнта тощо. Юридична парадигма у біоетиці припускає певний «загальний юридичний розум» — гарант істинності й об'єктивності схвалюваних моральних рішень, джерело і таємницю професійної влади медичного співтовариства. Такого роду конструкція, що збереглася з епохи Просвітництва, тягне за собою певні наслідки, зокрема, відродження єдиної нормативної свідомості в етиці, що вступає в явну суперечність з прецедентним правом, що існує в США. Тому **Дженнінгс** пропонує нову модель для біоетики — цивільну модель, що впливає з демократичних цінностей і концепцій. Початковою фундаментальною цінністю демократично-цивільної парадигми в біоетиці, за задумом **Дженнінгса**, повинна бути принципова значущість солідарності, пов'язаності людей, їх рівності в отриманні медичних послуг і соціальних благ. Цей підхід дозволяє розглянути ціннісні орієнтації медичного співтовариства в ширшому соціокультурному контексті й визначити шляхи узгодження науково-медичного і соціального векторів щодо стану медицини, рівень розвитку системи охорони здоров'я тощо.

2. Співвідношення категорій «мораль» і «право»

Серед основних правил, що виражають вимоги суспільства, соціальної групи до поведінки особи, як правило, виділяють норми моралі і права. «Право і моральність, — писав соціолог **Е. Дюркгейм**, — це сукупність уз, які прив'язують нас один до одного і до суспільства, що створюють з маси індивідів єдиний зв'язний агрегат». Так само, як і право,

мораль регулює соціальні відносини шляхом створення обов'язкових правил поведінки і встановлення певної відповідальності у разі їх недотримання. Проте ці категорії мають ряд відмінностей, а саме:

1. **Різне походження.** Мораль — поняття, яке з'явилося значно раніше, ніж право. Якщо мораль з'явилася з появою людського суспільства, то право — із появою держави.

2. **Різна форма вираження волі суспільства.** Мораль, як правило, виражає волю окремих індивідів, соціальних груп і суспільства взагалі. Право ж виражає державну волю. Саме цим пояснюється принципова відмінність моралі і права за способом забезпечення дотримання норм людської взаємодії. Якщо дотримання норм моралі і права забезпечується внутрішнім переконанням у справедливості норм і силою громадської думки, то дотримання норм власне права, крім вищезначених чинників, і силою державного апарату. Проте на цій підставі не можна розглядати норми моралі — як внутрішні, засновані на переконанні, і норми права — як зовнішні, засновані на примушенні. Іноді моральні та правові норми можуть бути виконані як з примусу, так і за переконанням.

3. **Наявність формальної визначеності у правових нормах і відсутність її в моральних нормах.** Правові норми завжди встановлюються або санкціонуються державою в певному порядку, мають певну чітку форму (закону, указу, ухвали тощо), набувають чинності у точно встановлений час. Норми ж моралі складаються в суспільстві у міру його розвитку. Вони змінюються і поширюються у міру соціальної необхідності в суспільстві. Саме тому вони гнучкіші, швидше відображають нові потреби в суспільстві. У свою чергу, правові норми слідують за моральними нормами. Звідси часто виникають суперечності між нормами моралі і права.

4. **Відмінності в конкретності дії.** Правові норми мають більш конкретний характер. Звичайно вони переслідують або заохочують конкретні дії. Норми моралі, як правило, вказують на загальний принцип поведінки. Тому одній моральній нормі, наприклад «не принижуй і не ображай особу

іншого», відповідає безліч правових норм, що карають за насильство, образу, приниження честі й гідності тощо.

5. Відмінність вимог, що висуваються до поведінки людини. Мораль висуває більші вимоги, ніж право, з огляду на звичаєво-традиційне походження. Це дало підставу **В. Соловйову** свого часу визначити право як «примусову вимогу певного мінімального добра». Мораль, на відміну від права, завжди засуджує байдуже, формальне ставлення до пацієнтів, будь-які прояви цинізму і нетактовності. А право засуджує тільки особливо гострі випадки цих негативних явищ.

Внаслідок того, що мораль висуває дещо інші вимоги до поведінки, сфера її дії набагато ширша за право. Сфера моралі значніша й тому, що є відносини, які взагалі не можуть бути піддані правовому регулюванню (любов, дружба тощо).

3. Правові та етичні норми медичних досліджень

Мораль і право як явища суспільного життя нерозривно пов'язані з медициною, а точніше — з медичними експериментами. Останнім часом в медицині та суміжних з нею галузях знань зроблено багато відкриттів, які радикально змінюють деякі теоретичні уявлення і практичні можливості науки про здоров'я людей. Бурхливий розвиток медичної науки, біології, хімії, фізики ставить нові завдання не тільки медико-біологічного, але й соціально-юридичного характеру. Найпоширенішими у цьому аспекті є проблеми медичних експериментів на людині.

Біомедичні дослідження на людині проводяться відтоді, як існує медицина. Будь-які нові ліки, засіб діагностики чи новий спосіб лікування потребують апробації на людях. Сучасна медицина неможлива без, здавалося б, звичайних методів дослідження (томографія, УЗД, рентгенографія тощо), проте всі вони в певний час були вперше випробувані на людях.

Медичні експерименти над людиною завжди пов'язані з певною мірою ризику для піддослідного. На думку **Я. Дргонца** і **П. Холлендера**, це значить, що «на певній стадії медичного дослідження не залишається нічого іншого, як свідомо

піддати людину або навіть групу людей невідомим, можливо, небезпечним і шкідливим діям. І тут, — продовжують автори, — виникає суперечність між суспільною зацікавленістю у перевірці і освоєнні нового методу лікування та інтересами індивіда, якому суспільство гарантує охорону і захист його особи».

Нагадаємо, що медичні експерименти на людях проводилися задовго до наших днів. Так, давньоримський учений **Цельс** (30 р. до н. е. — 45 р. н. е) дійшов висновку, що з наукових міркувань такі експерименти недоцільні, оскільки страждання піддослідних спотворюють результати. **А. Везалій** у XVI столітті говорив про можливість проведення експериментів тільки на «трупах і безсловесних тваринах». **К. Бернар** у «Лекціях з експериментальної фізіології» (1896) писав: «У наш час етика справедливо засудила б найрішучішим чином будь-який дослід на людині... Оскільки ми не повинні оперувати на людині, доводиться експериментувати на тваринах... Ми не можемо експериментувати на хворих, які ввіряють себе нам, тому що ми ризикували б їх убити замість того, щоб їх вилікувати... Наука перш за все повинна поважати людське життя».

Таким чином, у світі до XX століття наукові дослідження і досліди на людині проводилися відповідно до прийнятих у різні часи соціальних, культурних і етичних принципів того або іншого суспільства. Дуже довго подібні дослідження не були врегульовані. Етика досліджень повністю залежала від моральних принципів лікаря.

Та врешті учені дійшли висновку, що без медичних досліджень на людині медицина розвиватися не може. У роботах з етики цього періоду йдеться про умови, за яких експерименти на людині доцільні. Так, **А. Моль** в роботі «Лікарська етика» (1903) писав про те, що рано чи пізно клінічні нововведення треба апробувати на перших хворих і при цьому треба заручитися згодою хворого на медичні досліди. Коло морально-правових проблем, пов'язаних з біомедичними дослідженнями на людині, в ході суспільного розвитку міня-

лося. До теперішнього часу питання про допустимість експериментування на людині вирішене загалом позитивно. Але ця проблема змінилася на інші: чи всіх людей можна піддавати дослідженням; чи можливе залучення в ролі об'єктів досліджень так званих уразливих осіб — дітей, літніх людей, вагітних жінок, засуджених, психічно хворих тощо.

Також останніми роками найбільшої актуальності набули такі морально-правові проблеми, як межі медичних експериментів на людських ембріонах, використання плацебо, допустимість і межі генетичного втручання та генетичних маніпуляцій, можливість і умови експериментування на певних групах населення — ВІЛ-інфікованих, смертельно хворих людях тощо. Ці та інші моральні проблеми розв'язуються з урахуванням правових норм, зафіксованих у міжнародних і вітчизняних правових документах, що стосуються проблеми проведення медичних дослідів на людях.

Серед багатьох міжнародних документів, в яких набули розвитку моральні принципи досліджень на людині, одним з основних є **Гельсінська декларація, що прийнята 18 Всесвітньою медичною асамблеєю (ВМА) в 1964 році**, остання її редакція була затверджена 48 Генеральною Асамблеєю в 1996 році.

Декларація стала всеосяжним міжнародним документом, що фіксує норми проведення випробовувань, в яких об'єктом дослідження виступає людина. Зокрема, серед обов'язкових механізмів захисту піддослідних в Декларації передбачено експертизу, що проводиться незалежним етичним комітетом, і документально зафіксована поінформована згода піддослідних.

До найважливіших міжнародних документів, що регулюють проведення біомедичних досліджень з участю людини, треба віднести і **Конвенцію про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини**, ухвалену Парламентською Асамблеєю Ради Безпеки Європи (Ов'єдо, 1997 р.). Якщо вимоги Гельсінської декларації носять характер моральних зобов'язань (хоча в багатьох країнах її вимоги є нормами законодавства), то норми Кон-

венції в країнах, які приєдналися до неї, мають юридичну силу. Країни, що підписали цей документ, зобов'язуються «зробити всі необхідні кроки з удосконалення свого внутрішнього законодавства з тим, щоб воно відображало положення справжньої Конвенції».

Щодо законодавчої системи України, то вона закріплює норму, що людина, її життя і здоров'я є найвищою соціальною цінністю. Зокрема, **стаття 49 Конституції України** констатує, що «кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування». Ця конституційна засада національної правової системи створює правовий режим реалізації різних елементів права на життя.

З метою уникнення ускладнень у правотворчій діяльності важливо визначити правові засади і принципи реалізації окремих складових особистого немайнового права на життя. Зокрема, в **статті 281 Цивільного кодексу України** зазначено, що це право має невід'ємний характер і його носій (фізична особа) не може бути позбавленим життя. До змісту права на життя законодавством віднесено наступні елементи: обов'язок проведення медичних, наукових та інших досліджень лише щодо повнолітньої дієздатної особи за її згодою; заборону на реалізацію прохання фізичної особи про припинення її життя; обов'язок лікаря щодо стерилізації повнолітньої особи за її бажанням; порядок проведення операцій штучного переривання вагітності, штучного запліднення та перенесення зародка в організм жінки.

Також цивільний кодекс України у частині 3 **статті 281** закріплює положення, що медичні, наукові та інші досліди можна проводити лише щодо повнолітньої, дієздатної фізичної особи за її добровільною згодою. Сучасний цивільний закон розглядає право на участь в експериментальній діяльності як внутрішню складову, що становить зміст права людини на життя.

У ЗУ «**Основи законодавства України про охорону здоров'я**» **стаття 45** присвячена проведенню медико-біологічних дослідів на людях. Відповідно до неї, біологічні до-

сліді на людях допускаються із суспільно корисною метою за умови її наукової обґрунтованості й переважання можливого успіху над ризиком тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформативності й добровільної згоди особи, яка піддається експерименту.

Також в вищезгаданому законі поряд з положенням щодо впровадження медико-дослідної діяльності на людях йдеться про застосування у медичній практиці нових методів профілактики, діагностики, лікування і лікарських засобів (ст. 44). В цьому ж законі зазначено, що з метоювилікування хворого та за його згодою, а щодо неповнолітніх та осіб, яких було визнано судом недієздатними, з відома їхніх батьків, опікунів або піклувальників лікар може застосовувати експериментальні методи діагностики, профілактики, лікування і лікарські засоби. Щодо осіб віком від 14 до 18 років чи визнаних обмежено дієздатними, то застосування таких методів і способів проводиться за їх згодою та згодою батьків або інших законних представників.

До сфери правового врегулювання біомедичної експериментальної діяльності необхідно також віднести **Наказ Міністерства охорони здоров'я України №281 від 01.11.2000 року «Про затвердження Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань та Типового положення про комісію з питань етики»**.

Також до сфери правового регулювання експериментальної діяльності з участю людини можна віднести положення кримінального та кримінально-процесуального законодавства. Так, у ст. 142 **Кримінального кодексу України** (незаконне проведення дослідів над людиною) йдеться про кримінальну відповідальність за незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створює небезпеку для її життя чи здоров'я. У ст. 194 **Кримінально-процесуального кодексу України** (відтворення ситуації та обставин події) зазначено право на перевірку

слідчим або уточнення результатів допиту свідка, потерпілого, підозрюваного або звинуваченого, в тому числі і шляхом провадження експериментальних дій (слідчий експеримент) з обов'язковим дотриманням вимоги безпеки таких експериментальних дій для здоров'я осіб, які беруть у них участь.

4. Етичні правила проведення клінічних випробувань і медичних експериментів на людині

Нормальний розвиток медицини неможливий без клінічних випробувань і медико-біологічних експериментів на людині. Об'єктивне знання є фундаментальною суспільною цінністю і тому може служити виправданням можливого ризику для тілесного і соціального благополуччя людей, що виступають у ролі «об'єктів» дослідницької діяльності.

Разом з тим, наскільки б не була висока цінність об'єктивного знання, вона в усіх випадках має бути співмірна з не менш, а часто й більш вагомими соціальними цінностями, які можуть бути сформульовані у вигляді певних принципів:

1. Пошана до людини як особи. Вона виходить з визнання і поваги до волі людини, права і можливості відіграти визначальну роль при ухваленні рішень, що стосуються її тілесного і (або) соціального благополуччя. Людина має розглядатися як «господар» свого тіла, без чийого усвідомленого і добровільного дозволу у принципі не можливі ніякі маніпуляції: дослідницькі, профілактичні, діагностичні чи лікувальні. Їй також належать певні права на доступ, контроль і розпоряджання клінічною, медико-біологічною та іншою інформацією, одержаною медиками в рамках проведеного дослідження. Людина поважається як особа, якщо вона реально визнається як відповідальний «автор» своєї неповторної, унікальної історії життя.

2. Добродійність і милосердя. Цей принцип є серцевиною покликання лікарів та інших медичних працівників. Він орієнтує медиків на те, що вони повинні керуватися насамперед благом даного конкретного пацієнта, відсуваючи

на другий план інші мотиви своєї діяльності: пізнавальні, педагогічні, комерційні та інші.

3. Справедливість. Справедливість припускає принципу рівність можливостей для людей з точки зору: а) доступності медичної допомоги і розподілу медичних послуг; б) можливості розділити тягар ризику для здоров'я і життя, страждань і відповідальності.

4. Солідарність. Медицина є найдавнішою і найважливішою формою прояву солідарності як принципу, що забезпечує виживання окремої людини і всього людства. Хвороби і травматизм зачіпають наші загальні перспективи й інтереси, тому всі ми зацікавлені сприяти в міру можливостей прогресові медичної науки і практики. Слід поважати готовність людини з почуття солідарності добровільно брати на себе роль «об'єкта» у клінічних випробуваннях і медичних експериментах.

До правил здійснення медичних випробувань можна також віднести такі:

1. Вільна, усвідомлена згода на участь у медичних експериментах або клінічних випробуваннях, зафіксована у формі письмового договору між лікарем, що керує випробуванням або експериментом, і пацієнтом (піддослідним), є суворо обов'язковою умовою їх проведення. Відповідальність за інформування і його адекватність лежить на керівникові і не може бути переадресована третім особам. Пацієнт (піддослідний) має право відмовитися від участі в дослідженні на будь-якій його стадії, зберігаючи при цьому всі права на якісне медичне обслуговування, передбачене законом і укладеним раніше між ним і установою договором на обслуговування. У випадку неможливості піддослідного добровільна поінформована згода має бути одержана від опікуна відповідно до закону.

2. Випробування і експерименти на людині виправдані лише в тому випадку, якщо планований значущий приріст знання не може бути отриманий іншими шляхами: за рахунок ретельного і достатнього за обсягом вивчення наукової медичної літератури, проведення експериментів на тварин-

них або штучних модельних системах, моделювання за допомогою комп'ютерів тощо.

3. Дослідження на людині допустимі лише в тих випадках, коли планований науковий результат надійно обґрунтовується як вірогідний з погляду досягнутого рівня розвитку медичної науки. Неприпустиме проведення експериментів, розрахованих на щасливу випадковість.

4. Морально виправданими можуть бути лише такі дослідження на людині, які за своєю ідеологією, методологією і методикою відповідають стандартам сучасної медичної науки.

5. Ступінь ризику для життя, тілесного і соціального благополуччя піддослідного не повинен перевищувати наукову значущість запланованих результатів. Інтереси людини, що виступає в ролі «об'єкта» дослідження, слід визнавати вищими за інтереси людства в отриманні об'єктивного знання.

6. Випробування й експерименти мають бути сплановані так, щоб мінімізувати ризик несприятливих наслідків. У матеріали і методи дослідження обов'язково повинні бути включені достатні для оперативного купірування можливих негативних наслідків і ускладнень засоби. Для цього ж потрібна обов'язкова участь в дослідженні відповідних фахівців.

7. Клінічні випробування і медичні експерименти на людині мають проводитися лише очолюваною лікарем бригадою фахівців відповідної до характеру дослідження кваліфікації.

8. Заявки на проведення клінічних випробувань і медичних експериментів, що включають завірені особистим підписом заяви про те, що всі дослідники інформовані і зобов'язуються виконувати певні правила, мають бути оформлені відповідно до норм чинного законодавства.

Порівнюючи дві норми — правову і моральну, можна зробити висновок, що моральні норми в медицині мають глибший характер, адже вони спираються на внутрішній світ людини. Правові норми мають формальну визначеність, що неприпустимо для моральних норм. Останні ж внаслідок свого походження є відображенням внутрішнього світогляду людини та її духовних цінностей.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність біоетики.
2. Що спільного та відмінного в поняттях «мораль» і «право»?
3. Що таке правові норми?
4. Що таке моральні норми?
5. Чим відрізняються норми права і моралі?
6. У чому полягає суть медичного експерименту?
7. У чому полягає правове регулювання участі фізичної особи в медичному і науковому дослідженні?
8. Які основні положення законодавства України про охорону здоров'я?
9. Які основні положення Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів України щодо проведення експериментальної діяльності з участю людини?
10. Назвіть найважливіші міжнародні документи, що регулюють проведення медичних досліджень з участю людини.
11. Назвіть основні права лікарів і пацієнтів.
12. Назвіть основні обов'язки лікарів і пацієнтів.
13. Як Ви думаєте, які основні причини порушень прав лікаря і пацієнта?
14. Згадайте аргументи «за» і «проти» проведення медичних експериментів на людині.
15. Як Ви гадаєте, які причини є основними в незаконному проведенні медико-біологічних експериментів?
16. Які норми, на Вашу думку, повинні домінувати у стосунках між лікарем і пацієнтом — моральні чи правові? Аргументуйте свою відповідь.

Тести для самоконтролю

1. Дайте визначення моралі:
 - a. це феномен, в основі якого лежать певні правила поведінки
 - b. це феномен, в основі якого лежать моральні уявлення та думка різних груп суспільства

- c. це феномен, в основі якого лежать реальні досягнення суспільства

2. Розкрийте сутність правової відповідальності:

- a. застосування в особливому процесуальному порядку до особи, яка вчинила правопорушення, засобів державного примусу, передбачених санкцією правової норми
- b. певна міра належної поведінки учасника конкретного правопорушення
- c. певна міра гіпотетичної поведінки учасника конкретного правопорушення

3. Які з основних конституційних прав можна віднести до прав лікаря, а які — до прав пацієнта?

- a. право на охорону здоров'я
- b. право на працю
- c. право на юридичну допомогу
- d. право на соціальне забезпечення
- e. право на правосуддя
- f. право на відпочинок
- g. право на об'єднання
- h. право на життя
- i. право на житло

<i>Права лікаря</i>	<i>Права пацієнта</i>

4. Що таке норми права?

- a. це загальнообов'язкові правила поведінки, що встановлені або санкціоновані державою та забезпечені її примусовою силою
- b. це загальнообов'язкові правила поведінки, що встановлені суспільством
- c. це загальнообов'язкові правила поведінки, що встановлені на основі загальнолюдських цінностей

5. Які з найвідоміших міжнародних документів, де розглянуто моральні принципи досліджень на людині, Вам відомі?

- a.* Гельсінська декларація
- b.* Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини
- c.* Декларація про захист жінок та дітей в надзвичайних ситуаціях і під час воєнних конфліктів
- d.* Конвенція про права людини
- e.* Женевська декларація прав дитини
- f.* Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права

6. Стаття 45 Основ законодавства України присвячена проведенню медико-біологічних дослідів на людях. Яких умов слід дотримуватись при проведенні клінічних досліджень?

- a.* наукова обґрунтованість дослідів
- b.* переважання можливого успіху над ризиком тяжких наслідків для здоров'я та життя учасника експерименту
- c.* добровільна згода особи, яка піддається експерименту

7. Вони необмежені та всебічні. Вони висувають більш високі вимоги, сфера їхньої дії набагато ширша, вони гнучкіші й швидше відображають нові потреби. Про які норми йде мова?

- a.* соціальні норми
- b.* правові норми
- c.* моральні норми

8. Назвіть основні етичні правила проведення клінічних випробувань і медичних експериментів на людині:

- a.* справедливість
- b.* згода пацієнта
- c.* згода лікаря
- d.* високий ступінь ризику для життя пацієнта
- e.* письмова заява пацієнта і родичів
- f.* письмова заява тільки пацієнта
- g.* письмова заява родичів та близьких пацієнта
- h.* письмова заява лікаря

- i. письмова заява етичного комітету
- j. все вищезгадане

9. Хто вперше запропонував термін «біоетика»?

- a. В. Поттер
- b. А. Везалій
- c. Я. Дргонц
- d. П. Холлендер
- e. Аристотель
- f. Гіппократ

10. У якому році з'явилась біоетика як напрямок медицини, що займається вивченням ситуацій, які виникають на межі медичних і моральних суперечностей?

- a. у 1969 р.
- b. у 1979 р.
- c. у 1989 р.

Додаткові навчаючі завдання

1. Уявіть ситуацію, що Ви — лікар, член етичного комітету в парламенті і берете участь у розробленні закону про евтаназію. Які основні положення Ви запропонуєте?

2. Уявіть ситуацію, що Ви — лікар хоспісу. Чи візьмете Ви на себе етичну та правову відповідальність підготувати людину до смерті? Якщо так, то яким чином Ви це зробите? Які слова знайдете?

3. Уявіть ситуацію, що Ви є членом етичного комітету при лікарні. Разом з Вами працюють юристи, психологи та інші фахівці. Для проведення медичного експерименту вони підготували певні рекомендації, але хворий відмовляється від участі в експерименті. Чи знайдете Ви аргументи, аби переконати ваших колег стати на бік хворого?

4. Уявіть, що Ви є свідком в суді у справі клінічного випробування ліків. У цій ситуації Ви будете діяти, спираючись на правові норми чи на етичні?

5. Уявіть ситуацію: Вам відомо, що громадська думка категорично заперечує клінічні випробування на людині за будь-яких обставин, але медики вважають навпаки. Від Вас

залежить, буде прийнято цю правову норму чи ні. Що для Вас у цій ситуації буде вагомішим — громадська думка чи думка фахівців? Аргументуйте свою відповідь.

Література

1. Андрианова Е. А. Гиппократ умер: современные проблемы биоэтики / Андрианова Е. А. // Смысл жизни личности в эпоху посткнижной культуры. / Андрианова Е. А. — Саратов, 2003. — С. 104–110.
2. Баранов В. С. Программа «геном человека» и научная основа профилактической медицины / Баранов В. С. // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2000. — № 10. — С. 27–37.
3. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. / Дюркгейм Э. — М.: Наука, 1991. — 352 с.
4. Зеленин А. В. Генная терапия сегодня и завтра / Зеленин А. В., Кайгородов В. А., Прасолов В. С. // Генная терапия — медицине будущего. — М., 2000. — С. 1605–1612.
5. Индейкин Е. Н. Этические проблемы эвтаназии / Индейкин Е. Н. // Главный врач. — 1998. — № 6. — С. 22–27.
6. Касс Л. Нестареющие тела, счастливые души / Касс Л. // Человек. — М., 2003. — № 6. — С. 37–49.
7. Курило Л. Ф. Этико-правовые аспекты использования стволовых клеток человека / Курило Л. Ф. // Человек. — М., 2003. — № 3. — С. 23–27.
8. Лыкин С. С. Философско-правовые аспекты становления биоэтики / Лыкин С. С. // Политика. Власть. Право. — СПб, 2000. — Вып. 4 (2). — С. 63–71.
9. Мадоян И. А. Этический фактор как обязательный компонент современных технологий в биоинженерии / Мадоян И. А. // Высокие технологии и современная цивилизация. — М., 1999. — С. 76–79.

10. Основы конституционного права Украины. — Х.: ООО «Одиссей», 1998. — 122 с.
11. Свод этических правил проведения клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке / подг. Тищенко П. Д. // Вопросы философии. — М., 1994. — № 3. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.philosophy.ru.library>
12. Сирис А. З. Философия противодействия исследованиям по клонированию человека / Сирис А. З // Философские исследования / Моск. филос. фонд. — М., 2002. — № 2. — С. 186–196.
13. Соловьёв В. Собрание сочинений. — Т. 5. / Соловьёв В. — СПб., 1900. — 375 с.
14. Фукуяма Ф. Почему мы должны беспокоиться / Фукуяма Ф. // Отечественные записки. — М., 2002. — № 7. — С. 84–99.
15. Харрис Дж. Этические проблемы бессмертия / Харрис Дж. // Человек. — 2002. — № 3. — С. 5–12.
16. Шергенг Н. А. Актуальная проблема медицинской этики (биоэтика): человек в поисках легкой смерти и бессмертия / Шергенг Н. А. // Успехи современного естествознания. — 2005. — № 7. — С. 82–83.
17. Штеренберг М. И. Клонировать или не клонировать — вот в чем вопрос / Штеренберг М. И. // Вестник Российского философского общества. — М., 2004. — № 1. — С. 170–174.
18. A collection of international documents / Human rights and the judiciary — Vienna, USIA Regional Program Office. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.greensalvation.org/old/English/Publish>

2.3. Моральний вимір відповідальності лікаря

План:

1. *Відповідальність як основа етичного коду лікаря.*
2. *Проблема лікарської помилки: сутність і характеристика.*
3. *Лікарська помилка та ятрогенії.*
4. *Сфери підвищеного ризику в сучасній лікарській практиці.*

Ключові слова: відповідальність, свобода, моральні цінності, якість медичної допомоги, лікарська помилка, причини лікарських помилок, тактичні помилки, технічні помилки, діагностичні помилки, деонтологічні помилки, ятрогенія, технізація медицини, діагностика, фармацевтична агресія.

1. Відповідальність як основа етичного коду лікаря

Етичні проблеми сучасності обумовлені інтенсивно зростаючими можливостями науково-технічного прогресу та невідповідністю багатьох сторін цього процесу потребам людини. Мабуть, найбільш серйозна та непередбачувана загроза для майбутнього людського існування пов'язана з прогресом у сфері біомедичних досліджень і одночасно з усвідомленням небезпеки, що виникає у міру впровадження нових технологій в практику сучасної медицини та охорони здоров'я. В такій ситуації **необхідність виховання нових критеріїв моральної відповідальності** лікаря набуває підвищеної важливості.

Нести відповідальність означає приймати на себе всі наслідки своїх вчинків. **Першою** важливою умовою відповідальності є сама свобода здійснюваного вчинку. **Другою** важливою умовою повноти моральної відповідальності є навмисність дій. **Третє**, що зумовлює відповідальність, — осудність, тобто усвідомлення того, що відбувається. Саме такий

стан передбачає можливість завдяки волі припинити негативну дію або підтримати позитивну. Вектор свободи вибору й морального самовизначення спрямовує діяльність людини у цілісний і складний, сповнений суперечливих інтересів світ буття, де кожна дія стає символом певної суб'єктивної позиції, демонстрацією своєї системи моральних цінностей.

Даючи клятву **Гіппократа**, лікар вже практично зробив свій вільний вибір. **З одного боку**, відповідно власному світогляду він сам визначає свої подальші дії: «У будь-який час допомагати кожному хворому, незалежно від його соціального походження, віросповідання та національності». **З іншого**, — у відповідності з моральними вимогами, що висувуються суспільством, він діятиме більш відповідально, пам'ятаючи: «Не нашкодь», «Не вбий» тощо.

Свобода лікаря забезпечена гуманістичними принципами, яким підпорядковується його діяльність, а обмежена вона рівнем розвитку медичної науки та відповідним рівнем знань лікаря, технічним забезпеченням, наявністю фармацевтичних засобів, а також зовнішніми обставинами: економічними можливостями суспільства, політичним режимом, рівнем культури населення.

Досягнення сучасної медицини не викликають сумнівів: з одного боку, високоефективні лікарські препарати, інформативні методи діагностики з використанням комп'ютерної техніки, вдосконалені засоби й методики оперативного втручання. Але питання етичного характеру не тільки не втратили ваги, але й набули нової значущості.

Етичні аспекти медичних проблем мають **свої особливості**, зокрема і в Україні. **По-перше**, сфера охорони здоров'я в країні намагається змінити систему підходів до надання медичних послуг населенню. При цьому вона поки що не змінила свої форми організації, встановлені за радянських часів, зберігаючи численні як позитивні, так і просто застарілі в багатьох випадках технічні інструкції та традиції лікування. **По-друге**, неминуче, як і в усій світовій практиці, в ній активно розвивається приватний сегмент послуг, відбу-

вається технізація засобів діагностики та лікування, розширюється спектр медичних послуг, зокрема й тих, яким немає однозначної ні законодавчої, ні морально-етичної оцінки.

Відносини **лікар—пацієнт** теж зазнали значних змін. Їх вагомими факторами є те, що у суспільстві відбувається підвищення рівня загальної та медичної освіченості населення, існують доступність медичних джерел інформації, апаратів і лікарських засобів, а також упереджена орієнтація на висвітлення засобами масової інформації досягнень та недоліків медицини. З іншого боку, змінився не лише пацієнт, змінився й лікар: він став хоча й доступнішим, але менш освіченим, вузькоспеціалізованим. Спеціалістові стає дедалі складніше встигати за потоком інформації, новими засобами лікування, підтримувати свій кваліфікаційний рівень, тому виникають нові умови та складності в забезпеченні пацієнтів якісною медичною допомогою.

Конституція України закріплює право кожної людини на охорону здоров'я та кваліфіковану медичну допомогу. Якість медичної допомоги можна визначити як сукупність багатьох характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта, його очікуванням, а також її відповідність сучасному рівню медичної науки й технології, яка використовується з найбільшою користю для здоров'я людини, без збільшення ризику. Надавати якісну медичну допомогу — справа високої відповідальності лікаря, яка має не тільки особистісні, але й системні та гносеологічні аспекти.

2. Проблема лікарської помилки: сутність і характеристика

Життя та здоров'я людини є природнім, невід'ємним правом і найціннішим із того, що має людина, тому посягання на них слід визнавати неправомірним не тільки при фактичному виникненні негативних наслідків, але й тоді, коли створюється конкретна небезпека заподіяння шкоди здоров'ю і праву на нього. Однак лікування завжди пов'язане зі знач-

ним ризиком завдання шкоди здоров'ю пацієнта. В усі часи існування медицини питання про здійснення медичними працівниками помилок під час виконання своїх професійних обов'язків було і залишається вкрай актуальним.

Необхідно наголосити — реальність така, що в усьому світі спостерігається неухильне зростання шкоди, якої завдає життю та здоров'ю пацієнтів некваліфіковане виконання медичним персоналом закладів охорони здоров'я своїх професійних обов'язків. При цьому більша частина припущених лікарських помилок залишається непоміченою як з боку адміністрації, так і з боку правозахисних органів.

Різні помилки зустрічаються в діяльності представників різних професій, але в жодній сфері людської діяльності вони не призводять до таких важких наслідків, як у практичній медицині. Особливість професії лікаря, яка безпосередньо пов'язана зі збереженням життя та здоров'я людини, вимагає суворішого підходу з боку суспільства до помилок в діяльності медичного персоналу.

Розглянемо деякі дані щодо наслідків лікарських помилок.

Наприклад, у доповіді **Інституту медицини США** від 30.11.1999 року про результати багаторічних досліджень зазначено: в США щороку внаслідок лікарських помилок помирає від 44 до 98 тис. пацієнтів. У той же час від СНІДу гине в 4,5 рази менше, від раку молочної залози — у 2,5 рази менше, в ДТП — у 2 рази менше.

Відомо, що в Канаді 24 тис. пацієнтів щорічно гине через неефективне лікування. Лікарські помилки (за 2004–2006 рр.) обійшлися в 1,1 млн додаткових днів стаціонарного лікування хворих.

В Україні та Росії питання практично не вивчене. У 70-ті роки було показано, що дільничні терапевти припускаються помилок у роботі з половиною пацієнтів. Сьогодні українські суди не обтяжені позовами на лікарів, але тільки тому, що пацієнти не знають, як відстоювати свої права. Ті ж, що подані, більшою мірою стосуються стоматологів, косметологів,

гінекологів, наркологів та ін. Багато нарікань на роботу приватних клінік, основною метою яких є отримання прибутку. Недбалість, несумлінність і безвідповідальність — ось що характерне для роботи лікарів. Але не можна стверджувати, що вони мають навмисний характер, бо у будь-якого лікаря не може бути наміру зашкодити своєму пацієнтові.

Визначити власну морально-етичну позицію щодо проблеми лікарської помилки повинен кожен медпрацівник. Значний внесок в розкриття сутності лікарської помилки зробили відомі лікарі **М. І. Пирогов**, **В. В. Вересаєв**, **І. В. Давидовський** та ін.

У позиції **М. І. Пирогова** моральні аргументи завжди переважають усі інші. Він називав лікарські помилки безумовним злом і заперечував їх неминучість у лікарській практиці. Будь-який інший підхід **М. І. Пирогов** вважав аморальним та недостойним звання медика. Лікарі повинні здобувати максимум повчального зі своїх професійних помилок, збагачуючи як власний досвід, так і сукупний досвід медицини. Саме в цьому сенсі він говорив, що вміння визнавати власні помилки та аналізувати конкретні випадки «вкрай необхідне молодому лікареві-практику». Тільки таку позицію він називав припустимою і такою, що компенсує «зло лікарських помилок».

Книга **В. В. Вересаєва** «Записки лікаря» висвітлює філософські та соціально-етичні проблеми медичної професії, звертає увагу читача на її драматизм і трагізм. Як лікар за освітою, він демонструє менш критичне ставлення до проблеми лікарських помилок, вважаючи, що лікування часто супроводжується ризиком, тому навіть у видатних медиків трапляються професійні помилки. Прогрес медицини, на його думку, неминуче пов'язаний з підвищеним ризиком, успіхи медицини у певному сенсі будуються на лікарських помилках. Але він також розумів, що помилки лікарів — одна з причин падіння довіри до медицини. Своєю роботою **В. В. Вересаєв** доводить, що неможливо стати лікарем, щоб не пройти свій шлях переживання та осмислення власних помилок.

Проблема співвідношення лікарської помилки та відповідальності лікаря докладно проаналізована **І. В. Давидовським**, який розкрив нові сторони цього непростого питання. Сутністю його позиції щодо лікарської помилки є сприйняття цього явища як прикрості в лікарській діяльності, без якої неможливо уявити собі навіть досвідченого лікаря. Причина такого становища в медицині — неабияка складність об'єкта, з яким має справу лікар, адже коріння помилок часто сягає далеко за межі особистості лікаря.

І. В. Давидовський вважав, що актуальність проблеми лікарських помилок має **об'єктивні передумови**. Насамперед це пов'язано зі зростаючою активністю сучасних методів лікування та діагностики, а також негативними сторонами прогресуючої спеціалізації в медицині. Він наголошував на необхідності реєстрування, систематизації та вивчення лікарських помилок, причому, постійно та повсюдно, бо це — «тил», що живить діяльність передового фронту науково-медичної думки.

На думку **І. В. Давидовського**, під час аналізу лікарських помилок необхідно **чітко розрізняти незнання та неуцтво**: якщо незнання чого-небудь не є злочином, то інакше стоїть питання щодо проявів неуцтва — лікар, який не знає елементарних основ анатомії, фізіології і клініки, має бути відсторонений від роботи.

Позбавлення людини життя, заподіяння шкоди її здоров'ю — наслідки, за які притягують до кримінальної відповідальності в усіх сферах людської діяльності. Але **І. В. Давидовський** підкреслює, що особливість професії лікаря полягає в тому, що причинний зв'язок між діяльністю або бездіяльністю лікаря та погіршенням здоров'я або навіть смертю хворого ще не означає провини лікаря. Це може бути нещасний випадок. Поняття «**нешасний випадок**» та «**лікарська помилка**» залежать від характеристики самим лікарем результатів своєї діяльності та від їх оцінки колегами. За змістом ці поняття взаємопов'язані. В клінічному сенсі вони означають неблагополучне завершення лікування,

неправильне лікування, в морально-етичному — поразку лікаря у боротьбі за здоров'я пацієнта, що йому довірився, і, звісно, нещастя хворого, його близьких. Але існує ще один аспект проблеми — **вина та невинність лікаря в юридично-правовому аспекті**.

Однак наявність у медичній практиці непокарання лікарських помилок та нещасних випадків, що супроводжують лікування, в жодному разі не повинна давати право на помилку. Така практика могла б породити елементарну професійну недобросовісність, за якою зазвичай стоять упущені діагнози основного та супутніх захворювань, недооцінювання хірургічного ризику, занадто пізні оперативні втручання тощо.

3. Лікарська помилка та ятрогенії

За оцінками спеціалістів, у медичній літературі існує близько шістдесяти п'яти визначень та понять, що описують лікарську помилку. Зупинимося на двох найбільш характерних визначеннях.

У вітчизняній медичній літературі зустрічаємо визначення: «**Лікарська помилка** — це хибні дії лікаря, які ґрунтуються або на недосконалому сучасному етапу медичної науки та її методів дослідження, або на особливостях перебігу хвороби, або на недостатності знання та досвіду лікаря, без елементів халатності, недбалості, професійного неуцтва».

Для порівняння, в медичних джерелах США зустрічаємо: «**Лікарська помилка** — це діяльність або бездіяльність з потенційно негативними наслідками для пацієнта, які можуть бути розглянуті як неправильні з боку досвідчених, знаючих колег, незалежно від того, чи спричинить це негативні наслідки».

Як бачимо, лікарські помилки пов'язані з певними об'єктивними умовами або обставинами, які пом'якшують провину лікаря. Необхідно звернути увагу на те, що характерною рисою лікарської помилки є усвідомлення лікарем своїх дій, тобто свідомий підхід до виконання своїх

обов'язків. Але ні в якому разі не «свідоме спричинення хибної дії».

Суб'єктивні причини помилок пов'язані з особистістю лікаря, **об'єктивні** — з особливостями перебігу хвороби, обмеженістю можливостей у постановці діагнозу, недосконалістю науки, неправильною інформацією від пацієнта тощо.

В залежності від важкості помилки, дії лікаря можна розцінювати як адміністративні, дисциплінарні або кримінальні правопорушення. За діючим кримінальним законодавством, помилки в професійній медичній діяльності, які обумовлені зовнішніми, об'єктивними факторами, не тягнуть за собою кримінальної відповідальності; якщо ж такі помилки за джерелом походження обумовлені внутрішніми, суб'єктивними факторами, то медичні працівники можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності.

Лікарські помилки поділяють на такі основні групи:

1. **Діагностичні** — нерозпізнаний або помилковий діагноз.
2. **Тактичні** — неправильна тактика лікування, помилки у виборі лікування.
3. **Технічні** — неправильне застосування медичної техніки, використання необґрунтованих медичних засобів, помилкове дозування. Серед них виділяють: **комісивні** (внаслідок помилкових дій) та **омісивні** (внаслідок бездіяльності).
4. **Деонтологічні** — пов'язані з юридичними, професійними та моральними обов'язками і правилами поведінки.

З проблемою лікарської помилки, недобросовісності й відповідальності лікаря слід пов'язати моральний аспект такого явища, як **ятрогенії**, під якими більшість сучасних авторів розуміє шкоду здоров'ю пацієнта або з прямої вини медичних працівників, або внаслідок дії медичних факторів, що заподіяли шкоду здоров'ю окремої людині. До того ж, ятрогенії відкривають перед нами не лише помилки окремих лікарів, але й взагалі тіньові сторони лікування в сучасних умовах.

Багато ятрогеній недостатньо вивчені та маловідомі. Так, у 1986 році було доведено, що багаторазова флюорографія веде до збільшення частоти захворювань на рак молочної залози на 60 %, проте й досі щорічне флюорографічне обстеження залишається примусовим у наших медичних закладах.

Правомірно також поставити питання про **співвідношення ятрогеній та лікарських помилок**. Більшість авторів вважає, що лікарські помилки — це частина ятрогеній, де має місце професійна відповідальність. Дехто чітко розрізняє їх, розуміючи ятрогенії як хворобу, безпосередньою причиною якої стають дії лікаря, а лікарські помилки — це випадки ускладнень лікування, коли безпосередню провину лікаря важко встановити.

Поняття «ятрогенії» відображає переважно **об'єктивні сторони** (клінічну та патогенічну) неправильного лікування, тому їх часто так і називають: «хвороби від лікування», «хвороби прогресу медицини», «хвороби медичної агресії» тощо. В узагальненому вигляді ятрогенії є наслідком професійної діяльності (нерідко гіперактивності) лікарів, медиків, коли їхні дії в якийсь момент втрачають клінічно-раціональне виправдання, коли деякі терапевтичні (діагностичні, профілактичні) медичні акції стають шкідливими і навіть небезпечними для здоров'я та життя пацієнтів. Ятрогенні хвороби — це «уламки розбитих кораблів після великої битви за здоров'я» (д.м.н. Дейнега В. Г.).

У категорії «лікарська помилка» відображено **суб'єктивну сторону** — вміння (точніше, невміння) лікаря застосовувати загальні положення медичної науки до окремих випадків захворювань, оцінку результату лікування з точки зору лікарської відповідальності. Більшість випадків ятрогеній, коли вони розглядаються як долі окремих людей, слід сприймати та аналізувати як лікарські помилки, що відповідає традиції етики медицини, її розумінню свободи та відповідальності.

Аналізуючи природу лікарських помилок та ятрогеній, можна спостерігати наявність **об'єктивних факторів**, коли

помилки лікарів відбуваються за обставин, що не можуть бути контрольовані лікарем. Але якщо професійна діяльність лікаря буде завідомо орієнтуватися на помилки, вона втратить свою гуманістичну природу. Ідея права на помилку деморалізує лікарів і тому її необхідно відкинути. З позиції медичної етики ставлення до професійних помилок повинно бути непримиренним.

Незважаючи на те, що в повсякденній клінічній діяльності лікарські помилки є невід'ємною частиною роботи лікаря, медична етика вимагає давати оцінку кожній лікарській помилці. Такий підхід передбачає етапи: **визнання помилки; виправлення того, що може бути виправлене; розв'язання ситуації; прагнення не повторювати помилку.**

Деструктивними реакціями лікаря є заперечення, виправдання, відсторонення. З метою профілактики помилок лікар має уважно спостерігати за пацієнтом і перебігом хвороби, постійно вдосконалювати свій професіоналізм і компетентність та, приймаючи рішення, завжди пам'ятати про раціональну обережність, аби не зашкодити хворому, сумлінно і відверто аналізувати помилки.

Що ж до реєстрування, систематизації лікарських помилок з метою їх вивчення, поповнення медичних знань та запобігання подібним випадкам, то така практика не знайшла схвалення в українській системі охорони здоров'я. Лікарі й досі намагаються не розголошувати подібні випадки своєї практики. Інша ситуація в системі охорони здоров'я США, де після багаторічного вивчення проблеми наприкінці 2004 року було створено штаби відстежування лікарських помилок, у багатьох штатах з'явилися центри, що відповідають за безпеку пацієнтів. Заохочуючи лікарів до відкритої позиції в питанні виявлення та вивчення лікарських помилок, інститут медичного персоналу висунув гасло, в якому стверджувалось: **«Проблема не в тому, що погані люди працюють у структурі охорони здоров'я. Проблема в тому, що хороші люди працюють у поганій системі, яку необхідно зробити безпечнішою».**

4. Сфери підвищеного ризику в сучасній лікарській практиці

З розвитком медичних засобів значно зростає відповідальність лікаря за результати клінічної практики, що потребує обережного ставлення до вибору способів і засобів лікування. **Важливими етапами лікування, від яких залежить ефективність заходу, є, насамперед, діагностика та вибір засобів медичного втручання.** Виокремимо декілька факторів, з якими найбільшою мірою пов'язана можливість припущення лікарських помилок. Зупинимось на **технізації медицини, встановленні діагнозу, проблемі вибору фармакологічних засобів лікування** та проаналізуємо їх з позиції помилковості.

Останнім часом технізація медицини набула характеру революційного стрибка. **Позитивний вплив розвитку медичної техніки очевидний:**

1. Прискорилося і стало точнішим виявлення патології;
2. Виникли нові моделі лікування, завдяки яким скоротилася кількість інкурабельних та іноперабельних хворих.

Але не слід забувати, що техніка, яка в практичній лікарській діяльності сприяє розширенню можливостей медицини, має також і негативний вплив.

Серед **негативних наслідків технізації медицини** слід згадати такі:

1. Технічні можливості дозволяють гарантувати безпеку лікарських дій при неповному знанні фізіологічних механізмів патології. Іншими словами, техніцизм дозволяє рукам випереджати голову при збереженні реальної або уявної безпеки хворого.
2. Техніка, що оточує хворого, скорочує розмірковування лікаря, створюючи далеко не завжди обґрунтоване відчуття могутності медицини та її служителів у прогнозуванні ускладнень і несприятливих наслідків медичних дій.
3. Скорочується психологічний контакт між лікарем і хворим, тому що навіть анамнез нерідко зводиться

до заповнення хворим анкети, дані якої вводять до комп'ютера, обминаючи лікаря.

Можна навіть сказати, що стрімке впровадження сучасних технічних засобів у медицині є однією з причин дегуманізації лікарської діяльності — це виявляється у вигляді лікарської байдужості до хворих, грубості, нетактовності. Отже, з розвитком технізації медицини підвищується ризик виникнення лікарських помилок усіх чотирьох груп: діагностичних, тактичних, технічних та помилок деонтологічного характеру.

Встановлення діагнозу — важливий процес, який, незважаючи на довершеність діагностичних приладів, залишається доволі актуальним для сьогодення. В нашій країні навіть за наявності сучасної діагностичної апаратури немає гарантії, що людину обстежать належним чином. Причиною є відсутність регламенту: куди повинні направити пацієнта, яка клініка і в які строки повинна його обстежити на своїй апаратурі? Усе залежить від волі лікаря, що має базуватись на розумінні власної відповідальності та бажанні допомогти пацієнтові.

Встановлення діагнозу — складний, творчий процес, який потребує суворого дотримання міри у співвідношенні інтелектуально-чуттєвого та матеріально-технічного обстеження. Надмірна технізація діагностики може призвести до небажаних наслідків, а саме — техніцизму, що виключає можливість ефективного і гуманного управління психологічними процесами. Це не дозволяє виявити такі процеси життєдіяльності людини, які не можна виміряти й пізнати за допомогою приладів, адже визначальну роль в творчому процесі встановлення діагнозу відіграє інтуїція лікаря.

Діагностичний процес є однією зі сфер людського мислення, де найвиразніше відчувається потреба у точному знанні. Встановлення діагнозу ґрунтується на достовірних наукових даних, науковій методології, доказовій медицині. Медична діагностика ставить дві основні проблеми. **Перша** полягає в тому, що ми не знаємо всіх захворювань, які б мали однакові чи подібні ознаки й симптоми. **Друга** пов'язана з ве-

ликою кількістю захворювань і супутніх ознак, симптомів і лабораторних даних, тому лікар не завжди може володіти всією діагностичною інформацією.

Виходить, що діагноз не є аксіомою, це — теорема, яку лікар має довести. Для досягнення цієї мети він ретельно досліджує пацієнта, виявляє конкретні ознаки хвороби й симптоми, як того вимагає принцип об'єктивності. Дослідженню піддаються усі органи та системи з метою виявити симптоми не тільки тієї хвороби, яка привела хворого до лікаря, але й так званих супутніх хвороб. Необхідно встановити зв'язки між усіма патологічними станами, а також вплив основного захворювання на всі органи та системи.

Далі лікар вивчає історію розвитку хвороби та медичну біографію пацієнта з метою встановити генезу хвороби, вийти за межі нинішнього стану, розглянути її перебіг у часі. Важливо вивчити напрямок і характер розвитку хвороби, спрогнозувати її розвиток у майбутньому. Необхідно встановити також ті ознаки хвороби, які залишилися невиявленими у процесі розпізнавання хвороби, але мають певне значення для стану хворого. Слід також порівняти симптоми та синдроми, які виявлено у пацієнта, із симптомами та синдромами, характерними для інших хвороб, і в разі виникнення питань продовжити діагностичний пошук, аби уникнути діагностичної помилки. Використання універсальних принципів мислення у діагностичному мисленні є необхідною передумовою досягнення істинного діагнозу, а отже здійснення важливого кроку до мінімізації лікарської помилки.

З цією ж метою слід розуміти, що застосування агресивних методів діагностики допускається лише в тому разі, якщо воно не зашкодить здоров'ю пацієнта. **Ризиковані методи** діагностики визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози здоров'ю та життю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого пацієнта про їх шкідливі наслідки, а лікар повинен вжити всіх належних у таких випадках заходів для забезпечення пацієнта.

В останні роки набуло характеру епідемії (або так званої «фармакологічної агресії») комплексне лікування — **поліпрагмазія**. Пацієнт приймає пригоршні медикаментів у вигляді різних крапель, пігулок, капсул. Такий «комбінований» підхід рідко дає позитивний ефект. До того ж серед лікарів став популярним **принцип синдромного лікування**: якщо у пацієнта головний біль, підвищений артеріальний тиск, порушення сну, лікар часто призначає по кілька препаратів для лікування кожного симптому.

Поширення поліпрагмазії, напевно, пов'язане також з комерційними цілями нескінченного числа фармакологічних фірм, які ставлять лікаря в умови матеріальної зацікавленості при виборі препаратів. У подібних випадках **етична норма — керуватися інтересами пацієнта** — втрачає своє домінування.

Проблема «**фармаційної агресії**» актуальна не лише для нашої країни. Скажімо, за даними Інституту клінічної фармакології, в Німеччині щороку помирає 58000 осіб від несподіваних наслідків дії медикаментів. Для порівняння: щорічно там від нещасних випадків на роботі, вдома, від ДТП — загалом гинуть 19500 людей.

Шкода, заподіяна ліками, настільки велика, що може реально загрожувати майбутнім поколінням. Приклади вже є. Звернімося до широко відомої так званої «**талідомідної трагедії**», коли внаслідок прийому талідоміду вагітними жінками в Європі та США народилося понад 10 тис. дітей з уродженими вадами. Або сумна історія використання естрогену жінками, які мали загрозу викидня. Її результат — десятки тисяч випадків раку піхви, аномалій розвитку статевих органів та нездатності до народження дітей у дівчаток, матері яких приймали естроген.

Основні причини недостатньої ефективності фармацевтичних препаратів можуть бути пов'язані з використанням неадекватних доз, кумуляцією ліків, несумісністю з іншими ліками, неадекватним способом введення, впливом часу прийому. Практика показує, що лікар, призначаючи лікування,

не завжди цікавиться проведеним раніше лікуванням. Крім того, лікарі-практики часто зорієнтовані в своїй діяльності не на особливості цілісного організму, а на вимоги медико-економічних стандартів лікування тієї чи іншої форми захворювання.

Розширення діапазону діагностичних засобів та методів лікування, а також регулярна поява нових фармацевтичних препаратів, що дуже нав'язливо рекламуються як серед населення, так і серед медперсоналу, стають вагомими факторами впливу на лікаря. За таких умов кількість лікарських помилок та ятрогеній значною мірою стає залежною від особистого ставлення лікаря до цих інновацій.

Проблема відповідальності лікаря — це дуже складне явище, що має безліч аспектів, але в будь-якому разі вона передусім — етична і вже потім — нормативно-правова. В її основі — ціннісний стрижень лікаря, його «етичний код», що визначає міру сумлінності, відповідальності за людське життя та вболівання за чистоту професії. Може бути поганим сантехнік, менеджер чи бухгалтер. Лікар бути поганим не має права, тому що предметом його діяльності є життя людини. Дуже високий ступінь відповідальності, бо треба швидко приймати рішення і нести відповідальність за них — за кожен дію, кожне слово. Треба думати, зважувати, сумніватися, не соромитись звертатися по допомогу до більш досвідчених колег, визнавати свої помилки і вчитися все життя.

Професор В. Г. Дейнега стверджує, що **лікар, який любить свою професію, має всі можливості уникнути професійних помилок та правопорушень.** У цих словах є сенс: лікар, що любить свою професію, любить і людину (свого пацієнта), бачить в ній індивідуальність, відчуває її проблему, бажає допомогти, бо це — його покликання, його вільний життєвий вибір, його професія.

Питання для самоконтролю

1. Поясніть морально-етичний аспект професійної відповідальності лікаря.
2. Якими чинниками регулюється свобода вибору лікаря?
3. Які саме етичні питання постають у зв'язку із сучасними тенденціями в діагностичній та лікувальній практиці? Розкрийте сутність поняття «якість медичної допомоги».
4. Що називається лікарською помилкою?
5. Проаналізуйте можливі наслідки лікарських помилок.
6. Розкрийте сутність ставлення до лікарських помилок М. І. Пирогова, В. В. Вересаєва, І. В. Давидовського.
7. Як відбувається регулювання питань, пов'язаних з лікарською помилкою та професійним правопорушенням лікаря?
8. Дайте класифікацію помилок лікаря.
9. У чому полягає морально-етичний аспект питання лікарської помилки?
10. Розкрийте найбільш поширені причини та фактори лікарських помилок.
11. Схарактеризуйте об'єктивні та суб'єктивні причини лікарських помилок.
12. Що таке ятрогенія?
13. У чому полягають причини ятрогеній?
14. Як лікареві слід сприймати помилки у власній професійній практиці?
15. Сформулюйте рекомендації щодо мінімізації лікарських помилок.
16. Якими законами та нормативними актами регулюються питання лікарської помилки?
17. Розкрийте позитивні та негативні наслідки технізації медицини. Як з ними пов'язана вірогідність допущення лікарської помилки?
18. Розкрийте значимість діагностики у процесі надання якісної медичної допомоги.

19. Які складності медикаментозного лікування мають місце в реаліях вітчизняної медицини?

Тести для самоконтролю

1. **Якість медичної допомоги включає такі критерії:**
 - a. використання останніх досягнень фармакологічної та медичної галузей
 - b. відповідність сучасному рівню медичної науки й техніки, яка використовується з найбільшою користю для здоров'я людини
 - c. обов'язкове обстеження пацієнта новітніми методами за допомогою прогресивних діагностичних процедур
 - d. відповідність очікуванням пацієнта
2. **Різко критичне, непримиренне ставлення до лікарських помилок демонструє позиція:**
 - a. М. І. Пирогова
 - b. В. В. Вересаєва
 - c. І. В. Давидовського
3. **Характерною ознакою лікарської помилки є:**
 - a. недостатня кількість обов'язкових професійних знань
 - b. свідомий підхід до виконання своїх обов'язків
 - c. наявність об'єктивних факторів, що обумовили надання медичної допомоги неналежного рівня
4. **До об'єктивних причин лікарських помилок належать:**
 - a. неправильна інформація, отримана від пацієнта
 - b. обмежені можливості для встановлення точного діагнозу
 - c. складні умови праці лікаря
 - d. недосконалість науки
 - e. неуважність лікаря
5. **Які найчастіші наслідки лікарських помилок?**
 - a. ятрогенні захворювання
 - b. моральна травма, завдана лікарем
 - c. смерть пацієнта
 - d. осуд спільноти
 - e. звільнення лікаря

6. До якої групи відносять помилки, що обумовлені використанням необґрунтованих медичних засобів, неправильним дозуванням препаратів?

- a. діагностичні
- b. тактичні
- c. технічні
- d. деонтологічні

7. Помилки, що пов'язані з юридичними, професійними та моральними обов'язками і правилами поведінки медпрацівника по відношенню до хворого, належать до групи:

- a. тактичних помилок
- b. діагностичних
- c. технічних
- d. деонтологічних

8. Як називають професійні помилки лікаря, що допущені внаслідок його бездіяльності?

- a. тактичні
- b. технічні
- c. комісивні
- d. омісивні

9. До якого виду лікарських помилок відносять випадок переливання хворому невідповідної групи крові?

- a. діагностичні
- b. технічні комісивні
- c. технічні омісивні

10. До ятрогеній можна віднести:

- a. ускладнення стану здоров'я внаслідок хірургічного втручання
- b. захворювання, що викликане побічною дією ліків, призначених лікарем
- c. погіршення здоров'я внаслідок щеплення
- d. непередбачуваний перебіг захворювання пацієнта

Додаткові навчаючі завдання

1. Один з принципів Л. Дж. Пітера проголошує: «Щоб уникати помилок, треба набувати досвіду; щоб набувати до-

свіду, треба робити помилки». Чи можна вважати це твердження справедливим по відношенню до лікарських помилок?

2. Судом Німеччини було встановлено, що смерть пацієнта в клініці настала внаслідок призначення лікарем нового препарату. Окремо зазначалося: хоча від кожного лікаря неможливо вимагати обізнаності в усіх сферах медичної науки, але від нього необхідно вимагати, щоб він знаходив інформацію про рівень наукових знань та досвіду в тій сфері, до якої причетний. До лікаря було застосовано сувору міру покарання.

Проаналізуйте цю ситуацію і вкажіть, якого типу помилка була допущена лікарем та що її спричинило? Які вимоги до обов'язків лікаря допомагають уникати подібних помилок?

3. С. П. Боткін прямо вказував, що «діагноз хворого є більш-менш вірогідна гіпотеза, яку необхідно постійно перевіряти; можуть з'явитися нові факти, які можуть змінити діагноз або збільшити його вірогідність». Поясніть це твердження в контексті проблеми відповідальності лікаря та можливих лікарських помилок.

4. Як Ви розумієте твердження академіка А. Ф. Білібіна: «Лікування — сфера служіння, а не обслуговування»? Чи може подібний підхід до лікування зменшити кількість лікарських помилок? Обґрунтуйте відповідь.

5. Ознайомтеся з проектом Етичного кодексу українського лікаря. Назвіть статті цього кодексу, що спрямовані на запобігання лікарським помилкам. Обґрунтуйте свою думку відносно них.

6. У передмові до II тому роботи «Аннали хірургічної клініки» М. І. Пирогов писав: «Наш святий обов'язок — тільки шляхом відкритого способу дії, невимушеного та вільного визнання своїх помилок вберегти медичну науку від небезпечного панування дріб'язкових пристрастей». Як Ви розумієте наведені слова відомого лікаря?

Літэратура

1. Андропова А. Большой вопрос / Андропова Анна // Огонек. — 2007. — № 48. — С. 10–11.
2. Биомедицинская этика: учеб. пособие / [Мишаткина Т. В., Фонотова Э. А., Денисов С. Д., Яскевич Я. С. и др.], под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. — Минск.: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2008. — 158 с.
3. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты: учеб.-метод. пособие / [Яскевич Я. С., Юдин Б. Г., Денисов С. Д. и др.]; под ред. Я. С. Яскевич. — Минск: БГЭУ, 2007. — 225 с.
4. Бородулин В. И. Врачебные ошибки и совесть врача: экскурс в историю отечественной медицины XIX–нач. XX веков / Бородулин В. И., Вербицкий В. М., Кваскова Ю. Ю. // Советское здравоохранение. — 1991. — № 11. — С. 85–87.
5. Вересаев В. В. Записки врача. На японской войне / Вересаев Викентий Викентьевич; [втуп. ст. Ю. Фохт-Бабушкина, с. 3–30]. — М.: Правда, 1986. — 556 с.
6. Виенонен М. У врача должен быть свой внутренний этический код / Виенонен Мико // Фармацевтический вестник. — 2003. — № 13 (292).
7. Власов В. В. Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. — М.: Медиасфера, 2001. — 392 с.
8. Дейнега В. Г. Деонтология как философия медицинской деятельности [Электронный ресурс] / Дейнега В. Г. — Режим доступа: www.medicusamicus.com/index.php?action=main
9. Звягинцева Т. В. Биоэтические проблемы медицины в Украине: реалии и надежды / Звягинцева Т. В. // Доктор. — 2005. — № 3. — С. 59–61.
10. Котельников В. П. Современное значение деонтологических принципов Н. И. Пирогова / Котельников В. П. // Клиническая медицина — 1985. — Т. 63. — № 11. — С. 131–138.

11. Мишаткина Т. В. Биоэтика и биомедицинская этика: статус, содержание, проблемы / Мишаткина Т. В. // Практическая философия. — 2006. — № 3. — С. 59–81.
12. Мишаткина Т. В. Три круга этики / Мишаткина Т. В. // Человек — 2006. — № 5. — С. 89–98.
13. Тихомиров А. В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) / Тихомиров А. В. // Здоровоохранение. — 2000. — № 11. — С. 149–164.
14. Юдин Б. Г. От клятвы Гиппократата к биоэтике / Юдин Б. Г. // Экология и жизнь. — 2005. — № 6. — С. 32–35.
15. Юрочко Ф. Лікарські помилки в медицині / Юрочко Ф. // Медицина світу. — 2004. — Т.16. — Част. 2. — С. 166–167.
16. Dr. S. Kalantri. Medical errors and ethics / Dr. S. Kalantri // Indian Journal Anaesthesiology — 2003. — № 47 (3). — С. 174–175.
17. H. Schmidt. Just health responsibility / H. Schmidt // Journal of medical ethics. — 2009. — № 35. — С. 21–26.

2.4. Духовна природа здоров'я

План:

1. *Духовність — фундамент здоров'я.*
2. *Зв'язок здоров'я і хвороби з моральним вибором людини.*
3. *Енергетична основа взаємовідносин лікаря й хворого.*

Ключові слова: духовність, здоров'я, хвороба, моральність, моральний вибір, енергообмін, матеріалізм, ідеалізм, добро, зло, відповідальність, гармонія, лікарське мислення.

1. Духовність — фундамент здоров'я

Питання про природу здоров'я і хвороби є суто філософським. Його вирішення пов'язане з вибором одного із двох світоглядних напрямів — матеріалізму або ідеалізму. У рамках **матеріалізму** природа хвороби зводиться до зовнішніх щодо організму людини причин, а ідеалізм свій пошук направляє в глибину самої людини, виявляючи зв'язок мислення та свідомості зі змінами, що відбуваються в організмі на клітинному рівні. Плодотворність матеріалістичного підходу неможливо заперечувати. Що ж стосується ідеалізму з його спрямованістю в глибину, то через певні обставини з нього зробили колись городне опудало, яке мало відлякувати горобців. Але ми не горобці, тому спробуємо його використати, націлюючись на певний успіх.

Ідеалізм у вирішенні всіх питань шукає духовні глибини. Це значить, що поряд зі зрозумілими й помітними для людини процесами і явищами визнається існування їхнього невидимого аналога, у якійсь мірі більш тонкого і досконалого. **Найтонший і найдосконаліший з них — духовна сфера.** Там, у таємничій для нас глибині, ховаються причини всіх процесів і явищ, а наслідки цих причин, одержавши привід (переохолодження, падіння й т. п.), виявляються у формі за-

хворювання. Слід також зазначити, що почуття, емоції та мислення людини ще не настільки досконалі, щоб претендувати на рівень духовності, хоча духовність є метою земної еволюції.

Найбільшим духовним здобутком у християнському світі прийнято вважати **Біблію**. Вона не містить якихось теоретичних викладок і цим особливо цінна, адже рівень мислення стародавніх духовних письменників був би для нас неприйнятний. Вони скористалися більш придатним для нас метафоричним засобом викладення духовних знань, знайомим усім нам з дитинства, — це казки. І казку, і біблійний міф неможливо «проковтнути» з першого читання, потрібна внутрішня робота: ніби знімаєш шкаралупу, усередині якої ховається істівне ядро.

Отже, ми скористаємося Біблією як авторитетним у сучасному світі джерелом, у якому для нас важливі деякі ситуації, і ми самі будемо давати їм тлумачення з огляду на їхній метафоричний зміст. Почнемо зі Старого Завіту, тому що в ньому викладаються «казкові» історії про неймовірно довге як для нас життя біблійних патріархів: найперший з них, патріарх **Мафусаїл**, прожив 960 років. Перше, що спадає на думку із цього приводу, — яке ж відмінне здоров'я треба мати, щоб так довго жити! І відразу розумієш, що патріархи існували в гармонії з природою, своїм оточенням і з самими собою, що їм допомагало їм на життєвій дорозі.

Однак надалі тривалість життя патріархів невблаганно скорочувалася, виявивши тенденцію, що вимагає тлумачення. Стає зрозумілим, що **внутрішня й зовнішня гармонія стали руйнуватися**, а разом з нею і здоров'я, тобто з'явилися перші хвороби. Яке ж їх походження?

Біблія велику увагу приділяє першим провинам людей, через які, ми впевнені, не могла не порушитися гармонія у винуватій людині. А оскільки організм людини — певна цілісність, тому все, що обмірковує й робить людина, миттєво міняє енергетичний баланс в організмі: замість гармонії вона повинна відчувати тривогу, що доходить до рівня страху.

Клітини, отримавши невідповідну їхнім потребам енергію, відчувають щось подібне до газової атаки й змушені пристосовуватися до нових умов, хоча це підриває їхню життєстійкість.

Перші провини, як показує історія, мають тенденцію перетворюватися в злочини (гріхи), і негативна енергія, що накопичена, передається наступному поколінню. Одержавши таку спадщину, людина несвідомо повторює злочини предків, і клітини організму змушені пристосовуватися до нової порції шкідливого «газу». Так відбувається в кожному новому поколінні, поки не народиться людина з явними наслідками, тобто з хворобами, які рано чи пізно наздоганяють людину протягом життя. Все це невблаганно скорочує життя кожного з поколінь, поки не буде досягнуто межі: у давнину — близько 30 років, у наш час приблизно 70 років.

На жаль, через це кожна людина несе в собі енергетичний тягар помилок минулих поколінь, тому наше здоров'я сьогодні знаходиться на рівні катастрофи. Ми так влаштовані, що перш ніж кожен із нас досягне своєї межі падіння, не зможемо зайнятися пошуком можливостей, які б дозволили вийти з життєвого тупика. Втім, частина людей воліє не займатися таким пошуком взагалі, що мимоволі впливає на інших, знижуючи їхню здатність відповідати як за своє життя, так і за життя майбутніх поколінь; людина хоче думати, що все гаразд. От чому час від часу в родинях народжуються діти із серйозними відхиленнями у здоров'ї, а це робить болісним життя всієї родини. Висновок напрашується сам собою: все треба робити вчасно.

Першими сигналами можливої небезпеки є хронічні захворювання у деяких членів родини, які, проте, не знижують помітним чином якість життя, і родина якось може до них пристосуватися. Іншим знаком майбутніх можливих негараздів можуть стати алкоголізм, наркоманія, психічні розлади. Ну а далі, у наступному поколінні, якщо не відбудеться розрядка негативної енергії, народжується людина, приречена на невиліковну хворобу або з уродженим каліцтвом.

Виникає питання: у чому причина такої еволюції свідомості, при якій людина неминуче втрачає гармонічні відносини зі світом і з самою собою?

Пошукаємо відповідь у біблійному міфі про заборонний плід, який скуштували віддалені предки Адам і Єва. Міфічне яблуко, з'їдене подружжям, було зірване з дерева пізнання добра й зла. Зрозуміло, що і яблуко, і дерево — то лише метафори, зміст яких піддається розшифруванню. На наш погляд, суть у тому, що змії-спокусник зумів розбудити у ще дитячій свідомості Єви бажання дочасно стати досконалою, зрілою людиною. У вустах змія це звучало — «стати як боги». Єва, за своїм статусом порадиці чоловіка, легко вмовила його пристати на привабливу пропозицію. Яким же було життя богів? Що саме відкрилося невдачливому подружжю?

Виявилось, що це невіддільна ноша. Спробуємо зрозуміти це через аналогію із сучасною дитиною. До семи років наші діти практично безпомічні у світі, їм загрожують усілякі небезпеки. От чому найчастіше батьки, особливо у великих містах, активно опікують своїх дітей. Чому вони змушені це робити? Тому що потрібно мінімум сім років життя від народження, щоб набути мінімального досвіду розпізнавання добра і зла. Коли Адам і Єва захотіли стати подібними до богів, вони й гадки не мали, що погодилися на дуже повільне й дуже тривале набування такого досвіду, без якого справжня досконалість неможлива. Особливістю такого шляху є неможливість отримання досвіду добра без того, щоб повною мірою не випробувати на собі майже все можливе зло. От чому не можна здобути потрібний досвід за одне людське життя, і кожному поколінню судилася тільки невелика частина такого досвіду.

Сучасна людина повністю залежна від матеріального світу, подолати його вона практично не може. На жаль, еволюція людини призвела до того, що вона перестала слухати себе, звертатися до свого внутрішнього стану з наступним аналізом та відповідними висновками. Первісна людина мала

здатність прислухатися до безсловесного голосу свого інстинкту. **Первісними людьми керувала ірраціональна інтуїція.** Вони бачили світ, сповнений духів, не тому, що розмірковували про нього, а тому, що відчували містичну таємницю у природі.

Нинішня людина втратила цю здатність. Вона пишається своїми раціональними досягненнями і вважає, що свідома думка становить головну сутність та силу її життя. Сучасна людина несе на собі гріх протиприродності, вступаючи тим самим у суперечність з природою, а отже бунтує проти Бога. Людина втратила духовну мудрість, що дана їй від Бога і вихована від природи, а духовна сторона життя людини напругу пов'язана зі здоров'ям та хворобою.

У чому полягає гріх протиприродності і яким чином це відбивається на здоров'ї людини? Людина вважає себе самодостатньою істотою. І ця самодостатність виявляється в тому, що вона будує і облаштовує лише те, що є необхідним для земного життя. Турбота у людини одна: за будь-яку ціну зберегти земне життя. І пошук засобів збереження його поставлений на всю можливу на Землі висоту. Людина живе зовнішнім, а не внутрішнім світом.

Уміння розпізнавати добро і зло є духовною якістю, а весь шлях надбання цього вміння є духовним шляхом. Тривалість його і численні неминучі помилки викликали до життя всі відомі нам особливості соціально-історичного, економічного, культурного та іншого життя. Всі названі й неназвані процеси життя людства працюють зрештою на духовну еволюцію, завершення якої так само неминуче, як неминуча для нас зміна пори року. У релігії це називається поверненням до Едему, тобто у стан свідомості, в якому людина може бути названа досконалою. Щоб зрозуміти, про що йдеться, згадаємо особистість **Ісуса Христа**, головною рисою якого було непротивлення злу за наявності внутрішньої сили, що дозволяла нейтралізувати будь-які ворожі дії і яку дотепер не виявив ніхто. Проте людство у своїй духовній еволюції йде саме до тієї планки, яку поставив для нас **Христос.**

Таким чином, у самій глибині життя основою і метою є той якісно найвищий енергетичний стан, який людство ще у давнину назвало духовністю.

2. Зв'язок здоров'я і хвороби з моральним вибором людини

Сучасна людина найбільше привчена цінувати знання, що дуже добре. Але так трапилося, що тільки знання вкупі з досягненнями культури ми називаємо духовністю. А от у моралі й моральності духовність для нас є майже недоступною. Можливо, це відбувається тому, що в реальності ми, не замислюючись, порушуємо моральні закони. Однак спробуємо з'ясувати, чи мають моральні закони якесь відношення до духовності. Спробуємо зробити це через розкриття змісту цього слова.

Серед множини способів, що дозволяють це зробити, існує спосіб інтуїтивного виявлення внутрішнього змісту слова через букви або склади, які воно містить. Візьмемо слово «моральність» (рос. — «нравственность»), точніше, його корінь — «нрав». Відповідно до цього методу, слово «вдача» означає (російською мовою) — **(Н)аправленность на (Р)аскрытие в себе (А)спекта (В)ласти**. Не випадково іноді про людину говорять, що вона має норів, ніби підкреслюючи її готовність у будь-який момент чинити опір будь-кому або будь-чому. Якщо подивитися на це з духовної точки зору, то готовність до опору не має до неї ніякого відношення, тому що за християнським еталоном духовності Ісус Христос нікому й нічому взагалі не опирався. От і зробімо висновок, що норів і вдача у глибині своїй приховують абсолютно бездуховну якість — властолюбство. Проте слово це дуже вживане. Добре це чи погано? На наш погляд, — ні добре, ні погано, тому що насправді все залежить не від слова, а від людини, точніше, від її вибору.

Яке ж значення має те, що ховається у глибині слова? Чимале, адже будь-яке слово, як і будь-яке явище світу, є енергетичним згустком, і нам зовсім не байдуже, з якою

енергією доводиться мати справу. Чи випадкові ятрогенні хвороби? Ні, у жодному разі, адже приводом для хвороби стала негативна для хворого енергетика слова. Наголошуємо: тільки енергетика, тому що слова вимовляються звичайнісінькі.

Чи можна в такому разі зробити висновок, що ознайомлення ще в дитинстві з моральними законами ніякого позитивного впливу на нас не справляє? Спроби відповідати вимогам закону безрезультатні, тому що моральність насправді є здебільшого негативним досвідом виконання вимог, закладених у мораль. До того ж, приховане властолюбство людей норовливих не дозволяє їм скористатися самою суттю закону, який вони тлумачать у потрібному їм дусі. Візьмемо для прикладу дитину. Коли вона бачить, що дорослі з найближчого оточення наставляють її в моральності, а самі, навіть не помічаючи того, діють навпаки, то навряд чи знайдеться така сила, що змусить дитину виконувати закон всупереч обставинам. Але ж дорослі, і справді, не завжди помічають у себе розбіжності слова й діла, у глибині душі вони впевнені, що чинять правильно.

У зв'язку з цим необхідно відзначити роботу розуму, який виправдовує нас і яким користуються практично всі люди. Він почав діяти в нашій свідомості з моменту найпершого неправильного вибору, коли Адам і Єва вирішили «стати як боги» і виправдали самих себе, втративши при цьому Вчителя, його вказівки й повчання, що створюють захист від ворожих дій. Необхідність захищатися самим породила й потребу влади над оточенням, і це увійшло в мораль, наповнивши її новим моральним змістом (йдеться про норов).

Сьогодні люди дуже багато говорять про моральність, не розуміючи, що насправді вона являє собою перекручену норовами мораль. Людина в основному стурбована тим, щоб виправдати себе, у будь-якій своїй помилці звинуватити іншого, спробувати зайняти панівне становище у суспільстві тощо.

Візьмемо тепер слово «мораль». У ньому можна виявити (російська мова) — (Мо)мент (Ра)скрытия (Л)юбви в себе. Інакше кажучи, мораль містить у собі енергетику любові, що докорінно відрізняється від властолюбства, адже головна якість любові — жертовна віддача себе, тому що неодмінним супутником земної любові є страждання. Любов і жертва — дві сторони однієї медалі, а страждання — неминуче тло для їх виявлення. От чому багато сучасних шлюбів розпадаються, адже люди не підозрюють про неминучість фонового страждання.

Значення моралі як моменту, в якому людина здатна розкритися в новій якості — якості любові, наводить на думку, що тільки в такі миті ми здатні піднятися до біблійних заповідей: згадаймо, що головна з них — **возлюби ближнього свого, як самого себе**. Шкода тільки, що такі миті трапляються нечасто й далеко не у всіх. Причина в тому, що людині складно зробити правильний вибір, особливо в ситуаціях, що здаються буденними й незначними. Проте в реальності усе є значним і важливим.

У момент вибору моральні закони мають працювати в людині автоматично. Це означає, що людина без вагань може зробити необхідне, а після дії не залишиться шлейфу негативних наслідків. На жаль, так трапляється дуже рідко, частіше такий шлейф обов'язково утворюється. Втім, усвідомивши, що відбулося, людина має можливість виправити скоєне, і тоді шлейф розсіється, як зникає пляма на одязі, якщо встигнеш відразу ж змити її простою водою. Та якщо пляму вчасно не помітили, потім її потрібно вичищати за допомогою хімікатів. Помилки вибору теж легко виправляти відразу після здійснення, бо пізніше вони вимагають великих зусиль.

Складність, однак, полягає у тому, що усвідомити помилку буває не легше, ніж зробити правильний вибір, — тут також необхідні автоматично напрацьовані навички. Інакше кажучи, людина має отримати в процесі виховання навички критичного ставлення до самої себе, що значно підвищує її

шанс побачити й усвідомити зроблені помилки. Крім того, людина не повинна боятися визнавати свої помилки, тому що саме в такий спосіб розчищаються негативні нагромадження в банку пам'яті. Єдина умова для ефективного очищення — щире каяття й бажання не повторювати подібних помилок.

Читаючи ці рядки, кожний запитає: «Хіба ми цього не знаємо?» Так, це знає кожна доросла людина, та далеко не кожна це робить. Втім, людей виправдовує відсутність відповідних знань про наслідки безконтрольного нагромадження негативу. Адже всі ми в сучасному світі довіряємо тільки тим знанням, які «освячені» авторитетом науки, а зашифроване в казках, міфах і усному народному досвіді духовне знання вважаємо анахронізмом.

Головна ідея полягає в тому, що здоров'я людини прямо пов'язане з моральним вибором і навіть залежить від нього. Сьогодні ця давня думка є новаторською для тих, хто звично орієнтується у своєму світогляді на матеріалізм. Але якщо уважно придивитися, то ситуація виглядає неоднозначною. Річ у тім, що кожній людині властиве двоїсте сприйняття багатьох подій і явищ світу. У світогляді ця якість реалізується сповна, тому більшість людей у повсякденності доволі легко сприймає ідеї, що традиційно в нашій цивілізації вважаються ідеалізмом. Іноді це називають непослідовністю, тобто логічною помилкою. На захист цих людей потрібно нагадати, що помилкою це можна назвати лише з позиції формальної логіки. Але є ще й діалектична логіка, за якою протилежності обов'язково поєднані в єдине ціле. Життя і є такою цілісністю, у якій прагнення до любові закладене в моралі, а здоров'я людини розривається штучно і тільки тому, що діалектичне мислення є нашим майбутнім.

Але ж як конкретно виявляються такий зв'язок і залежність здоров'я від моралі?

Повернімося до Біблії. В ній через конкретні вчинки перших поколінь показано, як відбувалося справжнє гріхопадіння після зробленої **Адамом** помилки вибору, яку він,

на жаль, не здогадався виправити найпростішим для тієї ситуації способом — визнати себе винним. У Біблії показані ті ситуації, де тиражується перша помилка: **Каїн** через заздрощі вбив брата **Авеля**, **Хам** від недобррозичливості поглузував з наготи сплячого батька і так далі. Чому перші злочини людей не залишилися одиничними випадками?

Сьогодні відповісти на це запитання досить легко, бо ми знаємо про існування інформаційного поля Землі, де «записуються» абсолютно всі думки й слова людей, їхні вчинки. До речі, це знання теж древнього походження: в індуських Ведах існує поняття «хроніки акаші» — тотожне поняттю інформаційного поля. В існуючому досі езотеричному знанні, що колись вважалося закритим від непосвячених, стверджується, що інформаційне поле кожної людини є інформаційною одиницею інформаційного поля Землі, тому всі люди пов'язані через це поле в єдине ціле. Звідси легко зрозуміти, що інформація, яка надійшла в загальне поле від однієї одиниці, відразу ж стає надбанням усіх.

Якби **Каїн**, **Хам** та інші перші грішники змогли самі засудити себе за свої злочини, то тиражування їхніх гріхів могло б не відбутися. Але сталося інше: перемогла гордия, що не дозволила побачити себе винним. Виправдувальний розум зіграв з ними злий жарт. А ми і тепер продовжуємо їхню поведінку, хоча в історичному часі такі далекі від них!

Перекручена інформація накопичується в полі Землі у вигляді матричного коду кожної помилки, який прагне закріпитися в полі людини. У наш час це відбувається просто, і кожна людина стає перевантаженим носієм перекручених матриць. Захворювання виникає, коли кількість переходить у якість, що означає перевищення міри.

Отже, хвороба має інформаційну природу. Нічого дивного тут немає, це суть будь-якого явища й предмета. А як же ця інформація пов'язана із симптомами хвороби, в яких виражена суть фізіологічних процесів? Напевно, перекручена матриця стає новим перекрученим кодом, якому зму-

шені підкоритися всі життєві структури організму. В цьому полягає причина хвороби. А симптоми — то вже наслідок. Розвиток інформаційних технологій у медицині дозволить проникнути в саму суть, у причину хвороби. Хоча, за допомогою цих технологій не вдасться виявити зв'язок перекручених матриць із моральним вибором людини, тому велике значення тут могло б мати духовне знання — віра.

Віру ми звичайно називаємо сліпою. Але є й видюча віра! Інакше звідки могло б узятися знання про інформаційну природу хвороби чи здоров'я? Якась частина наших знань має інтуїтивну природу і базується на вірі. Феномен віри вимагає уважного вивчення, але наперед зрозуміло, що не кожному дослідникові вона розкриє свої секрети.

Займаючись дослідженням причин хвороб, сучасна медицина, на наш погляд, має справу з тим, що прийнято називати в інших науках (наприклад історії) приводом. Це й різні збудники (віруси, бактерії тощо), і погіршення екології довкілля, і несприятливі умови життя конкретного хворого, і різні шкідливі випромінювання. Це навіть приводи, що спричинили травми, отримані нібито за випадкового збігу обставин. До речі, випадковість — категорія формально-логічного мислення, яка не властива діалектичній логіці. Але навіть у рамках формальної логіки вона незаконна, бо суперечить причинно-наслідковому закону. Тому жодне захворювання не можна вважати випадковим, і лікар може підказати хворому, що причина існує, проте шукати її треба у сфері порушення моральних законів.

Отже, існує безпосередній зв'язок між поведінкою людини (результат вільного вибору) і порушеннями в її здоров'ї, існування яких має підштовхнути нас до внесення коректив у парадигму лікарського мислення.

3. Енергетична основа взаємовідносин лікаря й хворого

«Лікарю, зцілися сам». Ця давня вимога до лікаря не випадкова, вона продиктована глибоким розумінням зв'язку хворого й лікаря, а також відповідальністю, яку лікар бере

на себе. Сьогодні розуміння цієї відповідальності обмежується правовим аспектом, але цього вже недостатньо.

По-перше, спілкування лікаря і хворого має не тільки вербально-тілесний характер. Є ще й непомітний енергетичний зв'язок, тобто між ними відбувається енергообмін. Якщо характер спілкування спокійний і поважний, то процес енергообміну не має ніяких відхилень. Та в реальності все може бути інакше. Після довгого очікування в черзі, можливих конфліктів з невірноваженими пацієнтами людина починає випромінювати негативну енергію. У кабінеті лікаря, залишаючись зовні досить спокійною, вона енергетично стає небезпечною для медичного персоналу. Невдоволення пацієнтів провокується безліччю складних життєвих ситуацій. І таких енергетично небезпечних людей щодня проходить через кабінет лікаря дуже багато. Медперсонал практично не захищений від негативного впливу, і лікар зі своїми помічниками закінчує робочий день у стані енергетичного розбалансування. Хто може сказати, як це відіб'ється на його здоров'ї?

Чи існує спосіб захиститися? Найкращий і надійний захист — усвідомлення лікарем своєї місії. Лікар — далеко не звичайна людина, тому що відповідає за кожне довірене йому життя в правовому й моральному розумінні. Якщо правові відносини визначені, а разом з ними визначена й правова відповідальність лікаря, то в моральному аспекті все набагато серйозніше. Наслідками відповідальності чи безвідповідальності стають життєві умови і всі обставини, що супроводжують людину: успіхи чи невдачі, наявність матеріальних благ чи їх відсутність. Лікар, що не усвідомлює своєї відповідальності, створює в інформаційному полі щось подібне до капсул негативної енергії, які віддають своє випромінювання йому та його родині, всьому співтовариству лікарів. І якщо безвідповідальності накопичується багато, медицина стає сферою ризику, де всі почуваються не дуже впевнено і надійно.

Історія медицини знає приклади трепетного ставлення лікаря до будь-якого пацієнта, незалежно від його соціально-економічного стану. У ХХ сторіччі таких прикладів безліч,

але ми згадаємо один — хірурга **В. Войно-Ясенецького**, що водночас був і архієпископом Лукою. Його життя й діяльність припали на страшні роки сталінізму, коли у таборах згинули десятки тисяч лікарів і священнослужителів, представників багатонаціональної інтелігенції колишнього СРСР. Чому ж тоді вижив, а помер своєю смертю вже після Другої світової війни **В. Войно-Ясенецький**? Відповідь проста: його захищала власна енергія, у якій не було образи скривдженого, не було роздратування й злості стосовно хворих, хоча йому доводилось оперувати мало не цілодобово. Інакше кажучи, його влаштовувало все, що йому давалося й не давалося. Світосприйняття, яке він виробив у собі ціною неймовірних зусиль, усе, що він випромінював — навіть втомлений і голодний, — мало дуже благотворний вплив.

По-друге, енергетично неблагополучним може бути й лікар, і це знову-таки залежить від його морально-етичних принципів. Втім, у цьому випадку навряд чи можна говорити про місію лікаря. Вочевидь, є люди, «місія» яких — усе робити навпаки. У цьому зв'язку необхідно звернути увагу на існуючий відбір абітурієнтів до медичних навчальних закладів. На жаль, раціоналізм, що панує в нашому мисленні, відсуває на другий план морально-етичні принципи. Результати проявляються у моторошних історіях про лікарів, що торгують немовлятами, яких оформлюють мертвонародженими; про навмисне позбавлення допомоги людей, щоб скористатися їхніми органами для трансплантації.

Лікар — передусім цілитель. Його завдання полягає в тому, щоб відновити цілісність порушених структур людського організму. А подібне відновлення не відбувається лише на фізичному рівні, оскільки воно має глибший, потаємний — духовний характер. Видатний російський релігійний філософ **І. О. Ільїн** у статті «Про покликання лікаря» писав: «Горе тому з нас, хто упустить в лікуванні духовну проблематику свого пацієнта й не зуміє рахуватися з нею! Лікар і пацієнт є духовні істоти, які повинні сумісно направити долю страждаючої духовної людини. Тільки при такому розумін-

ні вони знайдуть вірний шлях». Якщо цілитель застерігає хворого від гріха, то як мусить жити сам? Безумовно, він не повинен грішити. Саме з контролю над своїми емоціями, бажаннями, думками і почуттями починається здоров'я людини. І умова для цілительства «Зцілися сам» — це постійне звіряння того, що є усередині тебе, з тим, що повинно бути. Жерці, священики та пророки інтуїтивно знали, що саме їм заважає і що допомагає виконувати свою роботу. Не тільки у давнину, але й зараз існують знання про те, як очистити своє внутрішнє поле від думок і почуттів, які можуть стати і стають енергетичною причиною хвороби. В основі будь-якої хвороби — причина, енергія (наприклад стійка, агресивна, людиноненависницька думка або стійке, злостиве почуття, безупинна дратівливість тощо).

На своєму рівні давні цілителі знали, що в організмі людини залишаються сліди у вигляді так званої мінусової енергії, яка може у випадку некаяття передаватися по родовій лінії як початок хвороб тих, хто ще не согрішив, але вже нібито винний. До речі, дуже цікаве бачення проблеми спадкових хвороб існує у всіх давніх вченнях: людина, що живе на землі, не розглядається як автономне явище. Вона — деталь цілісного функціонуючого організму. Проте людина на землі є самодостатньою системою в тому розумінні, що сама може виправляти збої у своєму несправному організмі. В даному випадку людині може допомогти той, хто сам зумів відновити свою цілісність, взявши під контроль почуття, емоції, думки і зрозумівши завдяки цій очисній процедурі те, що в інших умовах не вдається, а саме: як потрібно жити, як потрібно прагнути, думати, почувати тощо. І цей свій досвід передавати іншим, стаючи і вихователем, і цілителем, тобто відновлювачем цілісної людини, яка сприймає світ і себе в ньому як злагоджено працюючий організм. Тільки обравши життя та зціливши самого себе, лікар заслуговує на довіру людей, які вручають йому своє здоров'я та життя.

Отже, практична діяльність лікаря значною мірою залежить від отриманих знань, але ще більше залежить від

його особистості, від його духовного стрижня, що формується переважно зусиллями самої людини. Від суспільства і найближчого оточення залежить не так багато, як ми гадаємо. Видатні лікарі світу, як правило, не є продуктом соціального середовища, а скоріше — продуктом діючих у людині прихованих сил, які проявляються назовні як її неадекватність.

Питання для самоконтролю

1. У чому виявляється порушення людиною гармонії зі світом і з собою?
2. Яким чином духовні компоненти впливають на здоров'я людини?
3. У чому полягає зв'язок здоров'я та хвороби людини з її моральним вибором?
4. Чому безвідповідальні вчинки у поведінці людини можуть привести до погіршення її здоров'я?
5. У чому причина такої еволюції свідомості людини, коли вона втрачає гармонічні відносини зі світом і з самою собою?
6. Яким чином виникає енергообмін між лікарем та пацієнтом? У чому полягають його особливості?
7. У чому виявляється інформаційна природа хвороби?
8. Як конкретно виявляються зв'язок і залежність здоров'я людини від її моральної поведінки?
9. Чому лікар несе особисту відповідальність за здоров'я пацієнта?
10. Чим обумовлене зростання етичних вимог до діяльності сучасного лікаря?

Тести для самоконтролю

1. Визначте, що виділяє Біблія як причину хвороб біблейських патріархів?
 - a. спосіб харчування патріархів
 - b. перші провини людей, через які порушилась їх внутрішня гармонія
 - c. обидва варіанти водночас

2. Чому в процесі еволюції людина втратила внутрішню гармонію?

- a.* тому що Адам і Єва з'їли заборонений плід
- b.* тому що Адам і Єва бажали «стати як боги»
- c.* обидва варіанти водночас

3. Чи мають моральні закони якесь відношення до духовності?

- a.* не мають, бо моральні закони виробило людство
- b.* мають, бо моральні закони — плід духовних відкриттів
- c.* духовність — самостійне явище, що не пов'язане з моральними законами

4. Яку роль відіграє моральний вибір у здоров'ї людини?

- a.* ніякої, бо здоров'я залежить від способу життя
- b.* важливу, бо людина має свободу вибору і повинна знати, як робити правильний вибір
- c.* ніякої, бо здоров'я залежить від повноцінного харчування

5. Яку природу мають причина і наслідок хвороби?

- a.* фізіологічну
- b.* інформаційну
- c.* соціально-біологічну

6. Чи мають відносини лікаря і хворого енергетичну сутність?

- a.* ні, вони цілком укладаються в психічні рамки
- b.* ні, вони мають лише моральний аспект
- c.* так, вони є енерго-інформаційним обміном

7. Які можливості має лікар, щоб захистити себе від розбалансованості хворої людини?

- a.* одягати маску на обличчя
- b.* не спілкуватися з роздратованою людиною
- c.* усвідомити свою місію лікаря, що є найкращим захистом

8. Як лікар-хірург Войно-Ясенецький захищався від переслідувань в епоху сталінізму?

- a.* він ховався від влади

- b. він не звертав уваги на діяльність влади
- c. його власні думки були захистом, бо там не було образи за всі кривди, які пережив

9. Від чого залежить енергетичне неблагополуччя лікаря?

- a. від його здоров`я
- b. від його морально-етичних принципів
- c. від хворої людини

10. Що є найважливішим у діяльності лікаря?

- a. його знання
- b. його духовні якості
- c. його зовнішній вигляд

Додаткові навчаючі завдання

1. Розмовляють двоє.

— Колего, — запитав видатний хірург Войно-Ясенецький і архієпископ Лука в одній особі, — що є для тебе дух, душа та тіло людини?

Помовчавши, співрозмовник відповів:

— Досі я не замислювався з цього приводу, але добре виконую свою роботу. Мені треба над цим подумати.

Спробуйте і Ви відповісти на це запитання.

2. Молодому лікареві наснилося, ніби він розмовляє з видатним лікарем давнини Гіппократом. Старий запитав:

— Друже, яка, на твій погляд, природа хвороби?

— А що тут думати? Хвороба має свою причину або в тілі, або в психічній сфері, тобто її природа матеріальна.

— Та невже? А що ти скажеш про дух? — запитав Гіппократ.

— А про духів я не кажу, тому що це — сфера містики, — відповів молодий лікар.

Гіппократ здивувався:

— Хіба ти не знаєш, що є духовне життя і духовна сфера свідомості?

На цьому молодий лікар прокинувся.

Що хотів сказати Гіппократ? Чи треба знати молодому лікареві про духовну природу хвороби? І що це таке?

3. Біблійний Адам розмовляє з Євою:

— Скажи, Єво, чому Бог гнівається на нас? Хіба ми з тобою не слухали Його?

— Адаме, — відповіла Єва, — ти забув, як захотів стати Богом? Бог же має уміння розпізнавати добро і зло. А ми?

— Ні, ми цього не можемо.

— То які ж ми боги? Але колись ми цьому навчимося, і тоді нас полишать усі хвороби.

Які хвороби пов'язані з розпізнаванням добра і зла?

4. Розмовляють Сократ і Гіппократ:

— Як ти гадаєш, — запитує Сократ, — чи зможуть люди майбутнього зрозуміти, яку роль для здоров'я мають космічні закони?

— Думаю, вони не зрозуміють, про що ти говориш. На жаль, вони також не зможуть знати, що космічні закони діятимуть в людині автоматично, якщо вона вміє розпізнавати добро і зло, це їй дозволить їй бути здоровою.

Чи знаєте Ви, про що розмовляють стародавні філософи? Чи можна десять біблійних заповідей назвати космічними законами?

5. Луї Пастер зустрівся зі своїм колегою:

— Як ти думаєш, чому під час епідемії лікарі залишаються здоровими, хоча люди вмирають сотнями?

Той відповів:

— Тому що лікар виконує місію від Бога.

Що насправді захищає лікаря під час смертельної небезпеки? Що таке енергетичний захист?

Література

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Александер Ф. — М.: Геррус, 2000. — 296 с.
2. Антоний, митрополит Сурожский. Человек перед Богом / Антоний Сурожский. — [Второе доп. изд.] — М.: Паломник, 2001. — 383 с.
3. Асауляк О. Книга огней. Рать / Асауляк О. — Сыктывкар, 1997. — 352 с.

4. Бехтерева Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни / Бехтерева Н. П. — СПб.: «Нотабене», 1999. — 298 с.
5. Гербер Р. Вибрационная медицина / Гербер Р. — К.: София, Гелиос, 2001. — 592 с.
6. Зорин К. В. Встань и ходи: шаги к выздоровлению / Зорин К. В. — [3-е изд., исправл. и доп.] — М.: Русский хронограф, 2007. — 416 с.
7. Ильин И. Религиозный смысл философии / Ильин И. А. — М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. — 694 с.
8. Православие: чудеса продолжают / Сост., редак. — В. Маковецкая. — [Изд. 2-е, исправл. и дополн.] — Кн. 1. — М.: Изд. группа «Корчма», 2006. — 219 с.
9. Православие: чудеса продолжают / Сост., редак. — В. Маковецкая. — [Изд. 2-е, исправл. и дополн.] — Кн. 2. — М.: Изд. группа «Корчма», 2006. — 224 с.
10. Репьев С. И. Биология — смена научной парадигмы / Репьев С. И., Муромцев В. А. // Парапсихология и психофизика. — 1999. — № 1. — С. 10–11.
11. Силуянова И. Этика врачевания. Современная медицина и православие / Силуянова И. — М.: Издание Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. — 319 с.
12. Тихоплав В. Ю. Наше духовное исцеление / Тихоплав В. Ю., Тихоплав Т. С., Лапис Г. А. — СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2003. — 128 с.
13. Шевченко Ю. Л. Добрые и милосердные живут дольше / Шевченко Ю. Л. // Российская газета. — 2002. — № 49. — С. 4.

2.5. Біоетика та медичний експеримент

План:

1. *Біоетика: сутність та особливості виникнення.*
2. *Концепція цілей медицини та проблема інформованої згоди.*
3. *Актуальні проблеми медичних експериментів та їх перспективи.*
4. *Феміністська та гендерна критика біоетики.*

Ключові слова: біоетика, патерналістський підхід, непатерналістський підхід, інформована згода, медичний експеримент, етичний комітет, фетальна терапія, клонування, репродуктивні технології.

1. Біоетика: сутність та особливості виникнення

Широке обговорення «проблемних ситуацій» у сучасному суспільстві стало маніфестацією ідеології захисту прав людини в медицині, з огляду на що деякі основні проблеми біоетики виявилися винятково близькими за змістом до філософських та морально-етичних дилем, які виникають у практичній та теоретичній діяльності лікарів.

Як відомо, біоетика підкреслює міждисциплінарний комплексний характер проблеми співвідношення життя і смерті й залучає для її дослідження різні галузі людського пізнання: медицину, біологію, екологію, філософію, психологію, соціологію, культурологію тощо. Сучасна біоетика переглядає як негативне ставлення до смерті і вмирання, так і варіанти необґрунтованого абстрактно-оптимістичного ставлення до життя, без урахування психологічних, тілесних, соціальних вимірів. Здебільшого це пов'язано з новим поясненням смерті як біомедичного феномена.

У сучасній біології та медицині знаходять втілення всі особливості раціонального ставлення до смерті, що виникло ще у XVIII сторіччі. Саме тоді смерть проходить шлях но-

вого осмислення як універсального соціокультурного явища. Смерть постає вже не тільки як межа або кінцевий пункт, а й як явище життя, що має певний простір, як особлива чуттєво-тілесна реальність. Французький філософ **М. Фуко** у своїй книзі «Народження клініки» показав, як завдяки новому ставленню до хвороби у Європі виникає такий соціальний інститут, як клініка. На його думку, можливо, досвід індивідуальності сучасної культури пов'язаний з досвідом смерті.

Збільшення кількості лікарень та клінік привело до відокремлення людини від безпосереднього спостереження за процесом помирання та смерті. Як наслідок, людина позбулася можливості співпереживання трагічних, але очищаючих моментів, які сповнюють життя змістом. Окрім досвіду, який ми набуваємо, будучи свідками смерті близьких нам людей, ми маємо і неявні знання про це явище, які зберігаються в глибинах підсвідомості, — це так званий інстинкт смерті. Існування такого інстинкту стало очевидним при аналізі схильності до саморуйнування у хворих, що страждають на депресію, випадків самогубства й покалічення при певних психічних розладах, непереборній потребі у стражданні й безпричинній деструктивності, притаманних людській психіці.

Ідея існування інстинкту смерті не раз висловлювалася у процесі розвитку культури. **І. І. Мечников**, наприклад, вважав, що такий інстинкт пробуджується тільки у помираючої людини при досягненні нормальної, «не патологічної» старості **С. Шпільрейн** показала, що прагнення до смерті є невід'ємною сутністю прагнення людини до життя та до продовження цього життя в іншому. Інстинкт збереження виду за своєю сутністю амбівалентний, тому що потребує для свого здійснення руйнування старого так само, як і створення нового. **З. Фрейд** спочатку вважав прагнення до смерті агресією, наслідком неповного задоволення інстинкту статевого потягу. Однак пізніше він виділив ці агресивні спонукання в окремий інстинкт — інстинкт смерті — «танатос». **К. Юнг** вважав, що знання про наближення смерті є формою

колективного підсвідомого. **С. Гроф** провів ряд експериментів за допомогою особливих дихальних вправ і ЛСД. Ці експерименти виявили, що всі піддослідні мали подібні видіння, які свідчили про наявність у людини особливих знань біологічного циклу «народження — смерть».

Наявність інстинкту смерті, підсвідоме знання про неминучість кінця будь-якого людського життя дає змогу пояснити готовність людини (особливо у разі невиліковної хвороби, тяжкого стресу) відмовитися від боротьби за життя та прийняти смерть як позбавлення від страждань.

Що ж таке смерть — прояв вродженого інстинкту, транспersonальних рівнів психіки чи явище духовного життя особистості?

Доволі тривалий час (аж до середини ХІХ сторіччя) констатацією смерті займалися не лікарі, а священики або наймані люди. Але згодом представники медичної професії отримують право, а потім і обов'язок констатування смерті. Одночасно виникає проблема встановлення власне моменту смерті, яка була досить складною в усі часи. Упродовж тисячоліть на практиці критеріями смерті вважалися зупинка серцевої діяльності, припинення дихання, відсутність чутливості тощо. Недосконалість цих уявлень про природу смерті полягала в тому, що відсутність функцій окремих органів ототожнювалася зі смертю всього організму.

У 1965 році учасники колоквиуму з питань сутності життя й смерті, який відбувся у Марселі, здійснили спробу визначити критерії смерті. Ними, зокрема, було виділено два стани вмирання: тривала кома (*coma prolonge*) і незворотна кома (*coma depasse*). Перша — позначає такий стан, за якого вегетативні функції організму збережені. Тривала кома може або регресувати до незворотної, або поступитися місцем нормалізації стану хворого. У другому випадку визнається безповоротна втрата вищих регулюючих функцій мозку, а стан діагностується як «смерть мозку», що прирівнюється до смерті людини. Новий критерій «смерть мозку» був прийнятий і затверджений на засіданні ВООЗ

і ЮНЕСКО (Женева, 1968). Безсумнівно, його появу значною мірою зумовив розвиток новітніх біомедичних технологій у трансплантології, реаніматології, анестезіології, медичній діагностиці й ін. «Смерть як медичний і психологічний феномен з урахуванням особливостей нового критерію постає як процес, що складається з двох стадій: вже здійсненої події — власне смерті (*death*) й передуючої їй, проміжної між життям та смертю, стадії помирання (*dying*)».

Дилема **патерналістського і непатерналістського** підходів у сучасній медицині (як уже було зазначено вище) є «червоною ниткою» для всієї біоетики. **Патерналістська** модель взаємин лікаря і пацієнта ґрунтується на тому, що життя людини — пріоритетна цінність, «благо хворого — найвищий закон» для лікаря, повноту відповідальності за прийняття клінічних рішень бере на себе лікар. **Непатерналістська** модель виходить із пріоритету моральної автономії пацієнта, завдяки чому ключовою стає категорія прав пацієнта.

Біоетика являє собою важливу сферу сучасного філософського знання. Формування і розвиток біоетики пов'язаний із процесом трансформування традиційної етики взагалі, медичної та біологічної етики зокрема. Це обумовлено, насамперед, різким підсиленням уваги до прав людини (у медицині — це права пацієнта, досліджуваного тощо) і створенням нових медичних технологій, що породжують безліч проблем, які вимагають вирішення з позицій права і моралі.

Крім того, формування біоетики обумовлене грандіозними змінами в технологічному оснащенні сучасної медицини, величезними зрушеннями в медико-клінічній практиці, що стали можливими завдяки успіхам генної інженерії, трансплантології, появі устаткування для підтримання життя пацієнта і нагромадженню відповідних практичних і теоретичних знань. Усі ці процеси загострили філософсько-етичні проблеми, що постають перед лікарем, перед родичами хворих, перед середнім медперсоналом. Чи існують межі надання медичної допомоги і які вони у підтриманні життя смертельно хворої людини? Чи припустима евтаназія?

З якого моменту слід фіксувати настання смерті? З якого моменту зародок можна вважати живою істотою? Чи припустимі аборти? От лише деякі з тих питань, що постають перед лікарем, а також перед широкою громадськістю при сучасному рівні розвитку медичної науки.

Сучасна медицина, біологія, генетика й відповідні біомедичні технології впритул підійшли до проблеми прогнозування і керування спадковістю, проблеми життя і смерті організму, контролю функцій людського організму на клітинному і субклітинному рівні. Тому як ніколи гостро постає питання про дотримання прав і свобод пацієнта як особистості. Дотримання прав пацієнта (право вибору, право на інформацію та ін.) покладено на етичні комітети, що фактично зробили біоетику суспільним інститутом.

Значні проблеми виникають у медичній практиці там, де ані стан хворого, ані призначувані йому процедури самі по собі не є проблематичними. У повсякденних контактах з пацієнтами переважно не виникає неординарних у моральному плані ситуацій. Найважливіша проблема біоетики полягає в тому, що охорона здоров'я повинна бути правом людини, а не привілеєм для обмеженого кола людей, які можуть собі його дозволити. Ця норма, як моральна вимога, завойовує усе більше визнання.

Один з наслідків біологічної революції — поява лікаря-вченого. Наукова традиція вимагає від вченого «бути неупередженим». Він має спиратися на факти, уникаючи ціннісних суджень.

Лише після створення атомної бомби і медичних досліджень нацистів, коли за піддослідним не визнавалося ніяких прав (досліди, проведені над ув'язненими концентраційних таборів), людство усвідомило небезпеку подібної позиції. Науковець не може нехтувати загальнолюдськими цінностями. Лікар у процесі ухвалення рішення не може уникнути суджень морального й іншого ціннісного характеру.

Протилежної думки дотримуються представники **патерналістського** напрямку. У класичній літературі з медичної

соціології у відносинах між лікарем і пацієнтом завжди присутні образи батька і дитини.

Однак патерналізм у сфері цінностей позбавляє пацієнта можливості приймати рішення, перекладаючи це на лікаря. Отже, для збалансованої етичної системи необхідно розширити коло моральних норм, яких повинен дотримуватися медик:

1. Приносити користь і не завдавати шкоди. Цей принцип існує в широкому контексті і є тільки одним елементом з усієї безлічі моральних обов'язків.

2. Захист особистої волі. Фундаментальною цінністю будь-якого суспільства є особиста воля. Особиста воля і лікаря, і пацієнта має бути захищена, навіть якщо здається, що це може заподіяти якусь шкоду. Думка певної групи людей не може служити авторитетом при вирішенні питання про те, що корисне, а що шкідливе.

3. Охорона людської гідності. Рівність усіх людей за їхніми моральними якостями означає, що кожна з них володіє основними людськими достоїнствами. Особиста воля вибору, контроль над своїм тілом і власним життям сприяє реалізації людської гідності.

4. Говорити правду і виконувати обіцянки. Ці моральні обов'язки настільки ж здорові, як і традиційні. Можна лише шкодувати про те, що ці засади людської взаємодії можуть бути зведені до мінімуму заради того, щоб дотриматися принципу «не нашкодь».

5. Дотримуй справедливості і відновлюй її. Те, що називають соціальною революцією, підсилило стурбованість суспільства щодо рівності розподілу основних медичних послуг. Іншими словами: якщо охорона здоров'я — право, то це право — для всіх.

Дотримання зазначених вище принципів покладається винятково на лікаря. А це вимагає від нього найвищих моральних якостей. На жаль, зараз подібний підхід при наданні медичних послуг важко реалізувати через високий рівень дискримінації за різними ознаками (расовими, матеріальними, гендерними й ін.).

Намагаючись більш адекватно визначити відносини «лікар — пацієнт», зберігаючи фундаментальні цінності й обов'язки, деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному **колега**, які прагнуть до загальної мети — до ліквідації хвороби і захисту здоров'я пацієнта.

Саме в таких взаєминах довіра відіграє вирішальну роль. Ознаки товарищкості, породжені загальними інтересами, виникли в процесі розгортання руху на захист здоров'я у безкоштовних клініках. Однак етнічні, класові, економічні й ціннісні розбіжності між людьми заважають втіленню принципу загальних інтересів у життя.

Останнім часом поширюються **контрактні відносини** між лікарем і пацієнтом. У відносинах, заснованих на «контракті», лікар усвідомлює, що у разі вирішального вибору за пацієнтом має зберігатися свобода керування своїм життям і долею. Якщо ж лікар не зможе діяти за своєю совістю, вступивши у такі відносини, то контракт або розривається, або не укладається зовсім.

У відносинах контрактного типу в пацієнта є законні підстави вірити, що вихідна система цінностей, необхідна під час прийняття медичних рішень, базується на системі цінностей самого пацієнта, а безліч різних рішень, які лікар повинен приймати щодня, надаючи допомогу пацієнтам, здійснюватимуться відповідно до ціннісних ідеалів хворого.

Крім того, модель контрактного типу передбачає моральну охайність і пацієнта, і лікаря. Рішення приймаються медичними працівниками на основі довіри. Якщо довіра втрачається, то контракт розривається.

«**Опікунська**» модель відносин між людьми втрачає свої позиції в сучасному суспільному житті. Стартувавши у політиці, ідея партнерства проникла в різні сфери життя людини. Не залишилася осторонь і медицина. Патерналізм, що традиційно панував у медичній практиці, поступається місцем принципу співробітництва. Моральна цінність автономії виявилася настільки висока, що благодіяння лікаря всупереч волі й бажанню пацієнта нині вважається неприпустимим.

2. Концепція цілей медицини та проблема інформованої згоди

Центром руху за права пацієнтів є лікарня, що символізує всю сучасну медицину з її розгалуженістю, насиченістю різноманітною апаратурою і підвищеною уразливістю пацієнта.

Серед прав пацієнта першорядне значення має право на інформацію, необхідну для **інформованої згоди**.

Під інформованою згодою розуміють добровільне прийняття пацієнтом курсу лікування або терапевтичної процедури після надання лікарем адекватної інформації. Можна умовно виділити два основних елементи цього процесу: 1) надання інформації; 2) одержання згоди. Перший елемент містить у собі поняття добровільності й компетентності.

Лікарю ставиться в обов'язок інформувати пацієнта:

1. Про характер і цілі пропонованого йому лікування.
2. Про пов'язаний з ним істотний ризик.
3. Про можливі альтернативи даному способу лікування.

З цього погляду поняття альтернативи запропонованому лікуванню є центральним в ідеї інформованої згоди. Лікар дає пораду про найбільш прийнятний з медичної точки зору варіант, але остаточне рішення приймає пацієнт, виходячи зі своїх моральних цінностей. Таким чином, доктор ставиться до пацієнта як до мети, а не як до засобу для досягнення іншої мети, навіть якщо цією метою є здоров'я.

Особлива увага при інформуванні приділяється також ризику, пов'язаному з лікуванням. Лікар зустрічає чотири аспекти ризику: його характер, серйозність, імовірність його матеріалізації і раптовість матеріалізації. У деяких штатах Америки законодавчі акти містять перелік ризиків, про які лікар повинен інформувати пацієнта. Але водночас постає питання: як і в якому обсязі інформувати пацієнта? Останнім часом великої ваги набуває «суб'єктивний стандарт» інформування, який вимагає, щоб лікарі, наскільки це можливо, пристосовували інформацію до конкретних інтересів окремого пацієнта.

З погляду етики, «суб'єктивний стандарт» є найбільш прийнятним, тому що він спирається на принцип поваги автономії пацієнта, визнає незалежні інформаційні потреби і бажання особи в процесі прийняття непростих рішень.

У початковий період формування доктрини інформованої згоди основна увага приділялася питанням надання інформації пацієнту. В останні роки вчених і практиків більше цікавлять проблеми розуміння пацієнтом отриманої інформації, а також досягнення згоди з приводу лікування.

Добровільна згода — принципово важливий момент у процесі ухвалення медичного рішення. Добровільність інформованої згоди має на увазі незастосування з боку лікаря примусу, обману, погроз та інших подібних методів при ухваленні рішення пацієнтом. Тут можна говорити про розширення сфери застосування моралі, моральних оцінок і вимог стосовно медичної практики. Правда, навіть жорстока, сьогодні здобуває пріоритет у медицині. Лікарю ставиться в обов'язок бути більш чесним зі своїми пацієнтами.

Компетентністю в біоетиці називають здатність приймати рішення. Виділяють при цьому три основних стандарти визначення компетентності:

1. Здатність прийняти рішення, засноване на раціональних мотивах.
2. Здатність досягти в результаті рішення розумних цілей.
3. Здатність приймати рішення взагалі.

Таким чином, основним елементом компетентності є особа компетентна, адже тільки вона може приймати рішення, що раціонально вмотивовані. Саме тому проблема компетентності особливо актуальна для психіатрії.

Існує дві основні моделі інформованої згоди — **ситуативна та процесуальна**.

У **ситуативній моделі** ухвалення рішення означає подію у певний момент часу. Після оцінки стану пацієнта лікар ставить діагноз і складає рекомендований план лікування. Висновок і рекомендації лікаря надаються пацієнтові разом

з інформацією про ризики й переваги, а також про можливі альтернативи та їхні ризики й переваги. Зваживши отриману інформацію, пацієнт обмірковує ситуацію і потім робить прийнятний з медичної точки зору вибір, що найбільшою мірою відповідає його особистим цінностям.

Процесуальна модель інформованої згоди ґрунтується на ідеї про те, що ухвалення медичного рішення — тривалий процес, і обмін інформацією має відбуватися протягом усього часу взаємодії лікаря з пацієнтом. Лікування тут поділяється на кілька стадій, що відповідні основним завданням, а саме:

- встановлення відносин;
- визначення проблеми;
- постановка цілей лікування;
- вибір терапевтичного плану;
- завершення лікування.

У цій моделі пацієнт відіграє активнішу роль у порівнянні з дещо пасивною роллю в ситуативній моделі.

Взагалі, поворот до доктрини інформованої згоди став можливий завдяки перегляду концепції цілей медицини. Традиційно вважалося, що найперша мета медицини — захист здоров'я і життя пацієнта. Однак нерідко досягнення цієї мети відбувалося без волі хворого, тобто з обмеженням волі його особистості. Пацієнт перетворювався на пасивного одержувача блага.

Повага автономії індивіда є однією з основних цінностей цивілізованого способу життя. Кожна людина зацікавлена у тому, щоб самостійно приймати рішення, які впливають на її життя. Отже, сьогодні самовизначення індивіда є вищою цінністю, і медичне обслуговування не повинно бути винятком.

3. Актуальні проблеми медичних експериментів та їх перспективи

Розмови про етику медичних експериментів не вщухають, хоча вже кілька десятиліть існують етичні принципи

проведення таких досліджень. Уперше вони були викладені у Нюрнберзькому кодексі 1945 року. Згідно з цим документом лікар має право на клінічний експеримент при певних умовах. **По-перше**, це добровільна і свідома згода пацієнта на проведення експерименту. **По-друге**, наявність можливості вийти з експерименту, перервати експеримент на будь-якій стадії його здійснення, якщо на це буде воля учасника експерименту. **По-третє**, достатня наукова та практична кваліфікація лікарів, персоналу, що проводить експеримент.

У медичній біології неможливо проводити фундаментальні наукові дослідження і застосовувати їх результати в терапії без постановки експериментів на людині, що одержали назву «клінічних досліджень» або «дослідів на людині».

Подібні експерименти неможливо замінити дослідженнями на тканинах *in vitro* або на лабораторних тваринах (включаючи приматів), адже організм тварини відрізняється від людського за анатомічними, фізіологічними і фармакокінетичними характеристиками, а також за реакцією органів і систем на ліки. Наприклад, відомо, що талідомід є нешкідливим для гризунів, але справляє тератогенний вплив на людину; морфін заспокоює людину, але збуджує кішок; інсулін є високотоксичним для морських свинок і хом'яків, але абсолютно незамінний у лікуванні людей, що хворіють на цукровий діабет. До того ж, деякі захворювання властиві тільки людині, і їх неможливо моделювати у лабораторній тварини. І навіть в дослідженнях на здорових добровольцях важко достовірно відтворити ті ефекти, які викликатиме лікарський препарат у інших хворих.

Клінічні дослідження на людях є кардинальним видом наукової діяльності, без якого неможливі отримання й відбір нових, ефективніших і безпечніших ліків, а також «очищення» медицини від застарілих малоефективних препаратів.

Останнім часом роль клінічних досліджень зросла також у зв'язку з впровадженням у практичну охорону здоров'я принципів доказової медицини, головним з яких є ухвалення конкретних клінічних рішень для лікування пацієнта

не стільки на підставі особистого досвіду лікаря, скільки виходячи із чітко доведених наукових даних контрольованих експериментів.

Проведення клінічних дослідів необхідне на завершальному етапі конкретного дослідження, проте вони часом небезпечні і не минають безслідно для тих осіб, які були об'єктом для таких дослідів. Будь-який експеримент несе в собі певний елемент ризику для пацієнта. Сама природа взаємин між дослідником і об'єктом дослідження така, що їхні цілі істотно відрізняються: якщо для першого найважливіше — отримання нових знань, то для другого, природно, — поліпшення стану здоров'я. Звичайно, йдеться не про жорстокість, зловмисність чи байдужість виконавця експерименту, а про об'єктивно існуючий конфлікт інтересів, який породжує ряд правових, етичних і деонтологічних питань. Чи допустимі клінічні експерименти на людях, і якщо так, то які мають бути обмеження й умови для їх проведення? Як понизити можливий ризик для пацієнта, забезпечити умови конфіденційності? Як проводити випробування генетичних препаратів на здорових добровольцях? Як уникнути можливих зловживань під час проведення наукових досліджень? Як правильно організувати дослідження з огляду на особливості законодавства, соціальні умови різних країн, а також дотримати і захистити права осіб, які беруть в них участь?

Загальні принципи такої діяльності були викладені в Гельсінській декларації. На їх основі міжнародне співтовариство виробило ефективну систему суспільного і державного контролю за дотриманням прав та інтересів суб'єктів досліджень і етичністю клінічних іспитів. Однією з основних ланок системи суспільного контролю є діяльність незалежних етичних комітетів.

Що таке незалежний етичний комітет? За офіційним визначенням International Conference on Harmonisation (ICH) GCP, «незалежний етичний комітет» (Independent Ethics Committee, IEC) — це незалежний орган (або рада), що діє

при якійсь установі та складається з медиків, а також осіб без медичної освіти, у чії обов'язки входить гарантувати дотримання людських прав суб'єктів дослідження, їхню безпеку і благополуччя. Етичний комітет (ЕК) повинен підтримувати суспільну впевненість у цих гарантіях, розглядаючи протоколи досліджень, оцінюючи можливості дослідників щодо виконання клінічних іспитів, доступні дослідникам засоби, а також матеріали й методи, що будуть застосовані при одержанні інформованої згоди суб'єктів.

Законний статус, склад, функції, порядок роботи й офіційні вимоги до діяльності етичних комітетів або інших подібних органів можуть відрізнятися в різних країнах, але повинні забезпечувати незалежному етичному комітетові умови роботи за принципами ICH GCP. Слово «незалежний» у назві комітету вказує на те, що в ухваленні рішення ЕК із приводу конкретного дослідження беруть участь особи, не пов'язані з даним дослідженням. Іноді незалежні етичні комітети називають просто етичними комітетами (Ethics Committee) чи наглядовими радами установ (Institutional Review Board, IRB). Останній термін найбільш уживаний в США. Метою створення етичного комітету є гарантія дотримання принципів біомедичної етики в суспільстві, недопущення порушень прав людини і суспільної безпеки внаслідок зневажання норм і принципів медичної деонтології в наукових дослідженнях та лікарській практиці.

Згідно з преамбулою «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (Закон України від 19.11.1992 р. зі змінами від 19.02.2000 р.), кожна людина має природне, невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Цей закон визначає, що кожен громадянин України має право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я. В «Основах законодавства...» сформульоване право людини на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі можливі фактори ризику та їх ступінь (стаття 6). Виходячи з права людини на охоро-

ну здоров'я, яке закріплене в Конституції України, тільки сама людина може повністю розпоряджатися своїм здоров'ям і вирішувати, потрібна їй операція (дослідження, діагностична маніпуляція, лікування тощо) чи ні. Таке рішення має прийматися на підставі об'єктивної, повної та всебічної інформації про стан здоров'я.

Пацієнтові не треба розбиратися в медичних тонкощах, таку інформацію в доступній для нього формі повинен надати лікар. Невиконання цього обов'язкового завдання призводить до судових позовів і стягнень. Обов'язок лікаря — одержати від пацієнта інформовану згоду, тобто на підставі відкритого інформування хворого про стан його здоров'я та ризики, які можуть виникнути при виконанні процедури або в разі відмови від неї, пацієнт приймає рішення та оформлює його належним чином. На жаль, сьогодні в Україні це ще не досить широко практикується.

Сучасній медицині притаманні ситуації, коли невідкладна медична допомога надається пацієнтові, що має хронічні розлади ментального статусу. Той факт, що кількість хворих з хронічними порушеннями свідомості та процесів мислення в світі є значною, підтверджується тим, що доповідь директора Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2001 рік була присвячена саме цій проблемі. За загальноприйнятими критеріями, дану категорію не завжди можна визнати недієздатною, тобто саме пацієнт дає згоду (або не дає її) відносно його лікування. Лікар швидкої медичної допомоги, анестезіолог чи хірург зустрічаються з проблемою: наскільки дієздатний хворий, що страждає на хворобу Альцгеймера або епілепсію, коли він не дає згоди на оперативне втручання, наприклад, з приводу шлунково-кишкової кровотечі? Чи не призведе неефективна консервативна терапія до судового позову з боку родичів хворого?

Якщо пацієнт перебуває в непритомному стані, лікар повинен інформувати про стан здоров'я членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи інтереси хворого. Такий порядок визначений статтею 39 «Основ законодавс-

тва...». Якщо такі представники відсутні, а рішення щодо подальшого лікувального процесу необхідно прийняти негайно, з'являється ще одна етична проблема. Її розв'язання в світі відбувається шляхом скликання консилиуму, до якого, крім лікуючого лікаря, включаються представники адміністрації госпіталю, страхових компаній, професійних асоціацій, профільні спеціалісти. До їх компетенції можуть відноситися всі питання щодо лікування пацієнта, але в деяких країнах питання еутаназії є прерогативою тільки самого пацієнта або його уповноважених представників.

Значний розвиток трансплантології, який спостерігається в останні 30 років, порушив перед лікарями та юристами ще одну велику проблему: хто може бути донором органів та чий дозвіл для цього треба одержати? Після багаторічних наукових суперечок основним критерієм для визнання людини донором органів стала констатація смерті мозку, коли реанімація пацієнта не привела до відновлення його як повноцінної особистості, але функціональний стан інших життєво важливих органів та систем ще дозволяє їх використати заради рятування життя іншої людини. Поняття «смерть мозку» відіграє не тільки медичну та соціальну роль, але й має етичний, юридичний, теологічний аспекти. Тому діагностика цього стану вимагає базування на чітких критеріях. Окрім клінічних симптомів (глибокої коми, відсутності спонтанної вентиляції, втрати всіх рефлексів стовбура мозку), потрібне електроенцефалографічне підтвердження, до якого також висуваються серйозні вимоги. Використання апнейстичних тестів, реєстрація викликаних потенціалів, стимуляція гіпоталамусу, доплерографія мозку дозволяють підтвердити діагноз та диференціювати такі стани, як смерть мозку, смерть стовбура мозку, стовбурний енцефаліт. Значна кількість тяжких травм мозку — з одного боку, і розвиток трансплантології — з іншого, зробили проблему смерті мозку вкрай актуальною. Розвиток трансплантології в Україні потребує відповідних юридичних нормативів діагностики смерті мозку, донорства органів, права хворого на заповідання

своїх органів для використання в медичних (лікувальних, експериментальних) цілях.

Отже, сьогодні Україна підходить до періоду, коли розвиток медицини та біологічних технологій може відбуватися всупереч моральним та культурним принципам нашого суспільства. Це вимагає удосконалення законодавчої бази стосовно надання медичної допомоги населенню, а також уважного вивчення практики медичних експериментів. Причому, біоетичні проблеми необхідно висвітлювати при підготовці лікаря-спеціаліста поряд з правовими аспектами, а розв'язання проблем, які не мають однозначного юридичного вирішення, повинні проводити професійні асоціації та комітети з питань етики в медицині.

4. Феміністська та ґендерна критика біоетики

Значної критики сучасна біоетика зазнала з боку феміністської та ґендерної теорії. Тут гостро дискутуються проблеми біологічної репродуктивності людини, яка стала широким полем для наукових експериментів. Контроль народжуваності є одним з найважливіших питань, характерних для всіх рухів за рівність жінок. Значна кількість феміністських досліджень присвячена боротьбі, яку впродовж усієї історії жінки вели проти привласнення медичних знань і практик чоловіками.

Сьогодні не менш рішучим є і бажання чоловіків заявити про свої репродуктивні права. У статті «Профспілка донорів сперми», що розміщена на сайті часопису «Чоловічий альманах», анонімний автор з тугою (або з досадою) констатує: «Демонструючи величезні вимоги до чоловіка, суспільство перестало що-небудь вимагати від жінки. Право розпоряджатися своєю народженою або ненародженою дитиною стало невід'ємним правом жінки, істотною частиною загальних жіночих прав, але найпарадоксальніший цинізм полягає в тому, що і на початку ХХІ століття мало кому спадає на думку, що такі ж права можуть бути — і повинні бути! — у чоловіка рівною мірою, як і у жінки». Аналогічні

думки висловлені на цьому сайті і в багатьох інших публікаціях, а саме: «Війна проти батьків: або діти у власності матерів», «Дискримінація чоловіків», «Репродуктивні права чоловіків», «Чоловічі роздуми на сімейні теми» та ін. У суспільстві зростає інтерес до обговорення питань дискримінації репродуктивних прав як жінок, так і чоловіків, тобто набуває актуальності гендерний дискурс щодо сучасних проблем, які поєднуються під назвою «біоетика».

Серед найчастіше обговорюваних — такі проблеми біоетики, як аборти або руйнування зародка, ставлення до людського клонування, до вибору статі або генетичної селекції ембріонів, до використання транквілізаторів, уповільнення процесів старіння тощо. Гострі біоетичні проблеми пов'язані з впровадженням у медичну практику фетальної терапії, в основі якої лежить використання тканин плоду людини, що одержана як результат абортів або штучного переривання вагітності на досить пізніх термінах, з метою лікування ряду захворювань.

Моральні характеристики подібної терапії стають ще більш проблематичними, коли мова йде про використання ембріонів з метою омолодження. Німецький філософ **А. Кребс** вважає, що такий підхід погіршує ставлення до дитинства та старості як проявів нормального стану соціальності, принижує їх суспільну цінність. Вона зазначає: «Раннє дитинство, хвороба, похилий вік — це все стадії існування людського життя, а тому завершеність та наповненість його змістом стане неможливою, якщо до цих стадій життя людини не будуть ставитися з повагою». На її думку, сучасне суспільство ще морально не готове до впровадження нових біотехнологій. Домінуюча система цінностей може підштовхувати до зловживань.

На самому початку сучасної хвилі жіночого руху репродуктивні технології розглядалися як надзвичайно прогресивні, бо відкривали потенційні можливості для остаточного розподілу між сексуальністю і репродуктивністю. Найбільш активною прихильницею використання високих технологій

для звільнення жінок була **С. Файєрстоун**. У «Діалектиці статі» (1970) вона заявила про необхідність розвитку ефективних контрацептивів і технологій родів з метою звільнення жінок від «тиранії» біологічної репродуктивності, яка обумовлює утиск жінок. Патріархальні відносини в цій книзі розглядалися як підстава для контролю жіночих тіл чоловіками, і зокрема для контролю народжуваності. Цей погляд поставив утиск жінок в залежність від їх власної природи. Застосування нейтральної технології, на думку **С. Файєрстоун**, могло б покласти край біологічному материнству, а значить, забезпечило б рівність статей.

Проте феміністські дослідники не поспішали поділяти ентузіазм **Файєрстоун** з приводу «штучної матки як ключа до жіночого звільнення». Вони були більшою мірою стурбовані тим, чи варто протистояти експериментам над жіночим тілом, які покладені в основу нових технологій, або ж навпаки, — використовувати їх на користь зміцнення статусу материнства у суспільстві. У 1984 році група радикальних феміністок організувала міжнародну мережу протистояння репродуктивній та генній інженерії. Вони розглядали ці технології як спробу привласнити репродуктивну здатність, яка завжди була для жінок джерелом унікальної влади. На їхню думку, домінуючий спосіб патріархального контролю перейшов з рук окремих чоловіків, які здійснювали його у шлюбі, до суспільства, яке здійснює цей контроль через науку і технології.

Радикальні феміністки вважають, що такі техніки, як запліднення в пробірці, донорство сперми, визначення статі й оцінка стану ембріона надають могутні засоби для соціального контролю, тому що вони стають стандартом медичної практики. Феміністки побоюються, що, подібно до того, як родопомічні процедури спочатку були запроваджені для «пологів з великим ризиком», а потім стали звичайними в акушерській практиці, так і нові технології в майбутньому можуть виявитися засобом перерозподілу пропорцій народжуваності на користь чоловічої статі.

На погляд **Р. Кляйн**, у міру того, як чоловіки посилюватимуть свій контроль над біотехнологіями, жіночі тіла все частіше розглядатимуться як «живі лабораторії» для виробництва людей. **Д. Кореа** пов'язує такий підхід з образом «репродуктивного борделю», в якому жінок зроблять професійними породіллями. Згідно з цією футуристичною антиутопією, чоловіки набуватимуть все більшого контролю над відтворенням людей, а жінки стануть зайвими.

Багато феміністок пояснюють прагнення до патріархального контролю над репродуктивністю з психоаналітичної точки зору, екстраполюючи його з чоловічого страху перед здатністю жінки народжувати і з бажання безсмертя. Можливість роз'єднати плід і жіноче тіло розглядається як специфічна форма старого маскулінного бажання «обмежити, лімітувати і приборкати жіночу креативність шляхом її осквернення». Іншими словами, йдеться про «чоловічу заздрість до матки». Щоб протистояти цьому пориву, на думку **М. Майєс**, необхідно розвивати альтернативні фемінні підходи в науці, викривати маскуліний характер сучасного розуміння об'єктивності і раціональності. **М. Майєс** стверджує, що логіка сучасних наук, як і раніше, виходить з моделі машини. Ця модель обумовлює «розрив зв'язків між живими організмами, їх розчленування на найдрібніші частинки для того, щоб потім їх знову зібрати, але вже відповідно до чоловічих намірів. Мета такого підходу полягає в тому, щоб позбавитися «чудасій» природи і жінок. Репродуктивні й генні технології наближають патріархальну культуру до того, щоб досягти остаточного панування над природою».

Однак слід пам'ятати, що кожна нова перемога над природою, виграна людиною, є й перемогою над самою людиною. Кожне досягнення залишає її слабкішою, а рівно й сильнішою. У кожній перемозі, крім того, що вона є тріумфатором, людина є також і ув'язненим. Важко передбачити загальний результат подібних двоїстих перемог. Але варто з'ясувати, яке підкорення людиною природи дійсно має значення, і особливо тоді, коли остаточний етап підкорення,

ймовірно, недалекий. Видатний англійський філософ і теолог **К. С. Льюїс** зауважує: «Людська природа буде останньою частиною Природи, що підкориться Людині. Тоді битва буде виграна. Ми «візьмемо нитку Клото» і надалі будемо вільні робити наш рід таким, яким ми бажаємо його бачити. Битва буде виграна. Але хто дійсно виграє її?». Отже, втручання новітніх наукових технологій у генетичну скарбницю завершує тенденцію розчаклування природи і одночасно імплантує в неї можливість специфічного внутрішнього екологічного забруднення, що супроводжує цю тенденцію.

На відміну від радикальних феміністок, більшість дослідників феміністської (і особливо гендерної) проблематики говорять про амбівалентність впливу нових репродуктивних технологій на долі жінок. Вони розглядають дану проблематику в єдиному контексті з іншими соціально-політичними, економічними, етнічними, національними і загальнокультурними проблемами. Тут проблематизується питання інституційного закріплення медико-технологічних процедур. Проблема не в самих технологіях, а в тому, що їх осмислення і реалізація відтворюють культурний і політичний клімат, в якому вони здійснюються. Репродуктивні технології можуть виявитися єдиною можливістю жінок, що приречені на безпліддя, реалізувати свою потребу в материнстві, тому не варто відмовляти їм «у праві на репродуктивний вибір», який пропонують такі технології.

Комунікативна філософія пропонує своє бачення розв'язання подібної проблеми. **Ю. Габермас** зазначає, що егалітарний універсалізм як велике завоювання модерну сьогодні є загальноновизнаним.

Найбільш поширеною є точка зору, згідно з якою нові технології можуть бути по-різному застосовані в розвинених країнах, у країнах третього світу, в різних прошарках суспільства, в умовах різних культурних традицій тощо. Реальна небезпека для жінок, яка супроводжує наукові дослідження у сфері репродуктивності, пов'язана з їх соціальною позицією в суспільстві. Доступ до дорогих технологій

значною мірою залежить від фінансових можливостей. Жінки з бідних і малозабезпечених прошарків суспільства не зможуть скористатися ними; вони також будуть меншою мірою здатні чинити опір зловживанням у медицині й зокрема впровадженні репродуктивних технологій. Крім того, проблемою є гендерний розподіл праці в медицині (як і в інших видах діяльності) — адже перевага в ухваленні рішень досі належить чоловікам.

Фундаментальній симетрії між вільними й рівними особами загрожує клонування, бо воно робить одних людей залежними від проекту інших, що призводить, на думку **Габермаса**, до нових форм рабства, «генетичного расизму» тощо. Висновок **Габермаса** декларує назва одного есе: «Не природа забороняє клонування. Ми самі мусимо вирішувати». Дійсно, в обговоренні перспектив клонування мають право участі усі суб'єкти, які здатні захистити саме життя.

Так, представниці **есенціалістського напрямку** в екофемінізмі налаштовані категорично проти клонування людини, тому що воно суперечить сутності людини. Вони розглядають клонування як вияв патріархальної ескалації у суспільстві, що демонструє намагання чоловіків компенсувати свою біологічну «обмеженість» у виконанні репродуктивних функцій. На їх думку, наприклад, навіть можливість проектувати стать майбутньої дитини становить загрозу біологічній симетричності людського роду, що забезпечується природними законами.

Екофеміністки **конструктивістського напрямку** не заперечують, що вивчення можливостей клонування й експерименти у цій сфері матимуть позитивне значення для майбутнього розвитку людини, але водночас вони наголошують на необхідності належного науково-технічного забезпечення таких експериментів і морального удосконалення людства на шляху до їх впровадження у життя.

Прихильники біоетики намагаються знайти переконливі аргументи на користь фетальної терапії, підкреслюючи її наукову глибину та різнобічність. З одного боку, аборти — велике

зло, але з іншого боку, ембріональні матеріали — надія для важкохворих. Противники біоетики наполягають на тому, що посиленнями на біоетику медицини намагаються «протягнути» антигуманні методи лікування. Зокрема, деякі створювані препарати вони виключають з категорії трансплантатів, щоб на них не поширювався закон про пересадження органів, не зараховують їх до розряду ліків, щоб вийти за рамки законодавства про лікарські засоби. З'явилася й зовсім новомодна течія — робити подібні ліки без відома держави у вигляді «харчових добавок», які начебто гарантують схуднення й омолодження.

Нові правила біоетики, у свою чергу, дозволять науковцям використовувати в дослідженнях ембріони віком до двох тижнів. Таке обмеження повинне якоюсь мірою заспокоїти поборників етики в медичних експериментах. В ембріонах містяться так названі стовбурні клітини, що можуть започаткувати розвиток практично будь-якої тканини чи органа. Вже зараз існує багато методів лікування з їх використанням.

Екофеміністки вважають передчасним впровадження неперевіраних генних і репродуктивних технологій. І разом з тим подальшого обговорення в межах біоетики потребують такі можливі наслідки медичних експериментів:

- негласна змова фармацевтичного бізнесу з лікарською практикою і маркетингом (переконавання пацієнта в необхідності застосування нових, значно дорожчих препаратів);
- егоїзм дослідника і комерційне нетерпіння фармацевтичних гігантів повсюдно породжують застосування недостатньо перевірених препаратів;
- методологічна бідність хіміотерапії (дослідів на сотні білих мишок вважається достатньо; лікування тканини чи органа некоректно ототожнюється з лікуванням організму, внаслідок чого недооцінюються чи ігноруються побічні ефекти);
- безсоромна експлуатація людських фобій (різні дієти й т. ін.).

З ліберальної точки зору, сучасні проблеми — нові репродуктивні технології, заміна органів і евтаназія — розглядаються як зростання особистої автономії і свободи. Аргументи критиків цієї позиції направлені не проти ліберальних передумов як таких, а проти певних явищ колаборативного розмноження, сумнівних практик констатації смерті з метою взяття органів для подальшої трансплантації іншим людям. Крім того, викликають побоювання небажані побічні соціальні наслідки регламентованої правом евтаназії, яку, можливо, було б краще передати на розсуд етиці професіоналів.

Отже, головну загрозу майбутньому людської природи **Ю. Габермас** вбачає в укоріненні авторитарної інструментальної раціональності, а перспективи пов'язує з розвитком комунікативної раціональності. З цієї причини він пропонує проводити чітку межу між авторитарним і ліберальним різновидами евгеніки.

У ліберальних суспільствах і евгенічні рішення, що керовані інтересами вигоди і перевагами попиту, почали б підігравати індивідуальному вибору батьків, анархічним бажанням замовників і клієнтів. Оцінюючи точку зору ліберальної евгеніки, **Габермас** зазначає: якщо стара авторитарна евгеніка прагнула «створювати» громадян за єдиним централізованим шаблоном, то відмітною рисою нової, ліберальної евгеніки є нейтральність по відношенню до держави. Доступ до інформації про всі різновиди генної терапії дозволить особам, що мають намір стати батьками, звернути увагу на їх власні цінності при виборі кращого для своїх майбутніх дітей.

Прихильники авторитарної евгеніки вважали за краще зводити нанівець прокреативні свободи індивідів. Ліберали, навпаки, пропонують їх радикальне розширення. Виникає питання про те, якою мірою ця ліберальна програма буде поєднана з реальними правовими і політичними можливостями чоловіків та жінок у сфері евгеністичного втручання, чи не будуть при цьому порушені умови егалітарних відносин на користь однієї із сторін. Потрібно також мати гарантії того, що особа людини, що з'явилася на світ в умовах гене-

тичного втручання, не буде обмежена в процесі соціалізації та культурного залучення до світу. Адже відомо, що людина ідентифікує себе з тілом. І оскільки особа здатна відчувати себе єдиною зі своїм тілом, вона повинна сприймати його в своєму досвіді як щось таке, що природно зростає, — як продовження органічного життя, що само себе регенерує, з лона якого народилася ця особа.

Обговорюючи проблеми евгеніки, словенський філософ **С. Жижек** у статті «Обійдемося без сексу, адже ми пост-люди!», обґрунтовує висновок про те, що за певних культурно-символічних умов побоювання, пов'язані із загрозою появи асексуальних пост-людей, марні. Він пояснює такий умовивід тим, що у суспільстві завжди існують умови, що стають травматичним поштовхом, який відчуває і повинна відчувати кожна людина, прагнучи вписатися в символічний світ, структурований за ознаками відмінності чоловічого і жіночого начал.

А проблеми виникають саме при ігноруванні статевих відмінностей. **С. Жижек** пише: «З цієї причини очікуване незабаром зникнення статевої відмінності в прославленій «пост-людині», істоті (далекій від відкриття шляху до чистої духовності), що самоклонується, одночасно означатиме кінець того, що традиційно називають виключно людською духовною трансцендентністю. Все це прославляння нових — «розширених» — можливостей сексуального життя, пропонує віртуальною реальністю, не здатне приховати той факт, що після того, як сексуальність буде доповнена клонуванням, гра закінчиться».

Таким чином, феміністська та гендерна критика нових репродуктивних технологій показує, що ігнорування статевих відмінностей загрожує людському існуванню саме як людському соціокультурному буттю, бо ламає його символічний код. Обговорення сучасних репродуктивних технологій засвідчує занепокоєність суспільства майбутнім свого біологічного та культурного відтворення, а це, у свою чергу, є гарантією збереження основоположних символічних кодів культури.

Питання для самоконтролю

1. На якому етапі розвитку науки і чому виникає етика науки?
2. У чому полягає специфіка медичних експериментів з участю людини?
3. Назвіть основні міжнародні та українські законодавчі акти, що регулюють медичні експерименти з участю людини.
4. Що таке клінічне дослідження і яка мета клінічного дослідження за правилами проведення якісних клінічних досліджень (GCP)?
5. Як Ви розумієте добровільну інформовану згоду піддослідної особи?
6. Чи має право громадянин України відмовитися від участі в медичному експерименті?
7. Чи можна вважати етаназію різновидом медичного експерименту?
8. Як співвідносяться ліберальна та консервативна точки зору щодо проблем фетальної терапії?
9. Чому екофеміністки вважають передчасним впровадження неперевіраних генних і репродуктивних технологій?
10. Які культурні наслідки може мати ігнорування статевих відмінностей?

Тести для самоконтролю

1. Хто вперше запропонував поняття «біоетика»?
 - a. Швейцер
 - b. Поттер
 - c. Фуко
 - d. Жижек
2. Коли вперше було введено поняття «біоетика»?
 - a. у XX ст.
 - b. у XIX ст.
 - c. у XXI ст.
 - d. у XIII ст.

3. Про що лікар повинен інформувати пацієнта?

- a. про характер і цілі запропонованого йому лікування
- b. про пов'язаний з ним істотний ризик
- c. про можливі альтернативи даного виду лікування
- d. про залежність лікування від соціального статусу пацієнта

4. На яких принципах побудована патерналістська модель взаємин лікаря і пацієнта?

- a. життя людини — пріоритетна цінність
- b. «благо хворого — найвищий закон» для лікаря
- c. повноту відповідальності за прийняття клінічних рішень бере на себе лікар
- d. моральна автономія пацієнта

5. У чому полягають завдання етичних комітетів?

- a. захист прав та інтересів піддослідних осіб, які залучаються до клінічних випробувань лікарських засобів
- b. захист прав та інтересів дослідників-експериментаторів
- c. захист етичної та морально-правової оцінки матеріалів клінічних досліджень
- d. захист бізнесових інтересів

6. Що таке Незалежний етичний комітет?

- a. незалежний орган (чи рада), що діє при якійсь установі та складається з медиків, а також осіб без медичної освіти, у чиї обов'язки входить гарантувати дотримання людських прав суб'єктів дослідження, їхню безпеку і благополуччя
- b. комітет, який слідкує за дотриманням норм етикету
- c. комітет, який розробляє норми моралі у суспільстві
- d. комітет у справах моралі та етики

7. Які причини привели до виникнення біоетики?

- a. загрозлива екологічна ситуація
- b. зникнення окремих видів рослин і тварин
- c. сучасний стан науково-технічного прогресу
- d. поява нових біомедичних технологій

8. Які умови проведення клінічного експерименту були викладені у Нюрнберзькому кодексі 1945 р.?

- a. добровільна і свідома згода пацієнта на проведення експерименту
- b. наявність можливості вийти з експерименту, перервати його на будь-якій стадії, якщо на це буде воля учасника експерименту
- c. достатня наукова і практична кваліфікація лікарів та персоналу, що проводить експеримент
- d. згода родичів на проведення експерименту
- e. бажання отримати матеріальну винагороду

9. Чому сучасне православ'я негативно ставить до фетальної терапії?

- a. це глибокий духовний занепад
- b. це свідчить про моральну деградацію суспільства, що відвернулося від Бога
- c. застосування фетальної терапії є тяжким гріхом — як для тих, хто її проводить (лікарів, пацієнтів), так і для матерів, що дають згоду на використання своїх убитих дітей
- d. застосування фетальної терапії дає можливість покращити матеріальне становище окремим особам

10. Коли було прийнято і затверджено новий критерій «смерть мозку» на засіданні ВООЗ і ЮНЕСКО (Женева)?

- a. у 1935 р.
- b. у 1968 р.
- c. у 1995 р.
- d. у 2003 р.

Додаткові навчаючі завдання

1. Трагедією моральності називав Гегель суперечливий зв'язок прогресу з приниженням людської гідності. Застосування новітніх біомедичних технологій — як жоден інший напрям науково-технічного прогресу — веде до знецінення людського життя. Чи згодні Ви з такою точкою зору? Дайте свою відповідь.

2. Преподобний Нектарій Оптинський повчав: «Якщо ви будете жити і вчитися так, щоб ваша науковість не псувала моральності, а моральність — науковості, то вийде повний успіх Вашого життя». Прокоментуйте цей вислів з позиції сучасних етичних проблем медицини.

3. Проф. Ж. Доссе, лауреат Нобелівської премії з фізіології та медицини (1980), констатує: «В галузі генетики людини нерозумне використання нових технологій може призвести до катастрофічних наслідків». Про що йдеться? Аргументуйте свою особисту позицію в цьому питанні.

4. До Вас звернулася вагітна жінка, для якої вагітність стала небезпечною, оскільки загрожує життю, і вона мусить її перервати. Але за своїми релігійними переконаннями вона відмовляється це зробити. Ваша позиція, як лікаря, у даному випадку?

5. Суспільна свідомість віднайшла разючі епітети для характеристики штучного запліднення: і «нова технологія розмноження», і «техногенне виробництво людей», і «асексуальне розмноження». Проте кожне із цих понять — це свого роду семантичні одиниці «етичного мінного поля», як прояв сучасної культури. А як бути з емоційно-психологічним світом особистості, народженої «у пробірці», з її моральною самосвідомістю, з її юридичними правами і, зрештою, з її соціальним статусом? Дайте свою обґрунтовану відповідь на ці питання.

Література

1. Алтухов Ю. П. О клонировании человека / Алтухов Ю. П. — М.: Медицина, 2001. — 311, [69–81] с. — (Православие и проблемы биоэтики / под ред. проф. Силуяновой И. В.).
2. Биомедицинская этика / под ред. В. И. Покровского и Ю. М. Лопухина. — М.: Медицина, 2002. — 324 с.
3. Біоетичні проблеми екстремальної медицини: питань більше, ніж відповідей? / Український журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можаяєва — Том 2. — № 3, 2001. — С. 3–15.

4. Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. — М.: Прогресс-Традиция, 1998. — 394 с.
5. Вересаев В. В. Записки врача / Вересаев В. В. — М. «Правда», 1995. — 607 с. — (Собр. сочинений в 4-х томах, т. 1).
6. Гришина Е. М. Морально-этические аспекты определения и выбора пола плода / Гришина Е. М., Иванюшкин А. Я., Курило Л. Ф. — М. — 2001. — С. 34–51. — (Медицинское право и этика, № 2).
7. Зіменковський Б. С. Проблеми викладання біоетики в медичному університеті / Зіменковський Б. С., Гжегоцький М. Р. — Львів: БаК, 2003. — [Антологія біоетики / за ред. Ю. І. Кундієва, А. П. Картиш, В. Г. Ковешнікова] С. 463.
8. Игнатъев В. Н. Этика медицинских исследований на людях: от Нюрнберга до Страсбурга: Этико-правовое регулирование экспериментов / Игнатъев В. Н. — М., 1998. — С. 111–124. — (Биоэтика: принципы, правила, проблемы).
9. Обухов М. Переступит ли человечество «роковую черту»? / Обухов М. — М.: Медицина. — (Православие и проблемы биоэтики / Под ред. проф. Силуяновой И. В.). — С. 81–104.
10. Орлов А. Н. Клиническая биоэтика: избранные лекции / Орлов А. Н. — М.: Медицина, 2003. — 359 с.
11. Павлова Т. П. Биоэтика в высшей школе / Павлова Т. П. — Киев, 1998. — 298 с.
12. Права человека и биомедицина [Электронный ресурс] / Юдин Б. — Режим доступа: <http://www.hrights.ru/hrights/text/b10/Chapter10.htm>
13. Судо Ж. История биоэтики, дискуссии, этическая ориентация [Электронный ресурс] / Судо Жак. — Режим доступа: <http://private.peterlink.ru/dovgan/bioaeth.htm>
14. Фаворова О. О. Биоэтические проблемы генной терапии / Фаворова О. О., Кулакова О. Г. — М., 2002. — (Медицинское право и этика, № 4). — С. 56–72.

15. Цыганенко А. Я. Этика биомедицинского эксперимента / Цыганенко А. Я., Кривоносов М. В., Паращук Ю. С. — Львів: БаК, 2003. — [Антологія біоетики / за ред. Ю. І. Кундієва, А. П. Картиш, В. Г. Ковешнікова] С. 399–404.
16. Bryant J. Bioethics for scientist / Bryant J., L. Baggott la Velle, J. Searle. Published by Biddles Ltd., Guildford and King`s Lynn. — 2002. — 452 p.
17. Potter V. R. Bioethics: Bridge to the future / Potter V. R. — Englewood Cliffs (New York), Prentice Hall, 1971. — 381 p.

2.6. Медицина і релігія: характеристика моральних взаємовідносин

План:

1. *Здоров'я людини та його релігійне сприйняття.*
2. *Репродуктивна свобода людини й моральний статус плоду як медична і релігійна проблеми.*
3. *Релігія як фундаторка етичного кодексу лікарів.*

Ключові слова: релігія, медицина, життя, фізичне здоров'я, духовне здоров'я, тіло, плоть, хвороба, репродуктивна свобода людини, моральний статус плоду, моральний статус дитини, етичний кодекс лікаря.

1. Здоров'я людини та його релігійне сприйняття

Турбота про людське здоров'я — душевне й тілесне — завжди була в центрі уваги будь-якої впливової релігії. **Релігія** за своєю сутністю є вірою у надприродне і поклоніння йому. Це і обумовлює спробу сприйняття багатьох проблем, що пов'язані зі станом здоров'я людини.

У наш час знову зростає інтерес до стародавньої індійської мудрості — **Аюрведи** (науки про життя). Ця сфера знання зазвичай розглядалася як суто медична наука, а нині обговорюється навіть у засобах масової інформації багатьох країн світу. Аюрведа, так само як і всі інші Веди (книги мудрості), є галуззю знання і має такий же неосяжний вік, як і саме людство: ніхто не знає часу, коли вона виникла. Аюрведа займається не тільки хворобами й способами їх лікування, але й тим, як краще прожити життя, тобто етичними проблемами.

Корінь «аюр» означає єдність органів чуття, розуму й душі. Коли ця єдність порушується, — життя припиняється. Таким чином, «аюр» означає «життя».

Головною метою застосування тієї або іншої медичної системи повинен бути пошук шляхів поліпшення якості життя, способів запобігання недугі, а в разі захворювання — правиль-

ного вибору методів лікування. Не варто ставати фанатичним прихильником якоїсь однієї медичної системи. Ефективні методи різних систем можуть чудово доповнювати один одного.

Медична освіта майже не приділяє уваги вивченню здорового способу життя й профілактичним заходам. Аюрведа ж, навпаки, сфокусована на вирішенні цих проблем. Іншим недоліком сучасної медицини є те, що вона підходить до всіх людей з однією міркою. Аюрведа завжди бере до уваги індивідуальні особливості, а її системи збереження здоров'я й лікування ґрунтуються на індивідуальній конституції.

Перші історичні відомості, що стосуються Аюрведи, зустрічаються в **Рігведі й Атхарваведі** — це дві з чотирьох основних Вед Стародавньої Індії. Їхній вік має складати 3500–5000 років.

Рігведа приділяє багато уваги медицині й мистецтву цілительства, а Атхарваведа є джерелом Аюрведи, яка пізніше була оформлена у вигляді окремої Веди.

В Атхарваведі розглядаються також **аспекти турботи про здоров'я:**

- їжа й травлення;
- способи розвитку інтелекту;
- шляхи позбавлення від недуг і відомості про лікарські рослини;
- способи збереження здоров'я і збільшення тривалості життя;
- керівництво з поліпшення характеру й особистих якостей.

Необхідно зазначити, що система підтримання здоров'я, описана в Атхарваведі, значною мірою орієнтована на самонавіювання та зцілення за допомогою внутрішньої енергії. Аюрведа проголошує: ніщо не повинно відбуватися механічно, тобто людина зобов'язана ретельно спостерігати за собою, щоб відвернути хворобу. Треба розвинути в собі тонку спостережливість, але не варто доводити її до фанатизму.

Однак підтримання фізичного здоров'я у відриві від здоров'я духовного не є безумовною цінністю. Так, у хрис-

тиянстві Ісус Христос, проповідуючи словом і ділом, лікував людей, піклуючись не тільки про їхнє тіло, але й про душу, а зрештою — про цілісну особистість. **За словами самого Спасителя, він лікував «усю людину»** (Ін. 7:23). Зцілення супроводжували проповідництво Євангелія.

Проникливий опис природи чудес, які робив **Христос**, надав відомий російський релігійний філософ **С. М. Булгаков**. На думку філософа, будучи Боголюдиною, **Христос** творив, як і переживав, і людським, і божеським еством. А це означає, що дива — природні, а не протиприродні й не надприродні. У них виявляються можливості, закладені в ставленні людини до світу. Явище **Христа** як чудотворця було, насамперед, виражене в силі й владі духовній, які відкривалися і в слові, і в справі. Особливу силу має молитва як духовна причинність у світі, вона узагальнюючим чином виражена Господом у словах Нагірної проповіді: **«Просіть і дасться вам...»** (Мф. 7). Є й інша риса в чудотворенні — це участь у ньому не тільки того, хто творить, але й того, хто сприймає. Умовою здійснення є віра, заради якої відбуваються дива: зцілення прокаженого, воскресіння дочки Іаїра, зцілення біснுவатого, сліпого. **Христос** у цих випадках виступає як абсолютний лікар.

Ще виразніші випадки зворотнього характеру, коли відсутність віри перешкоджає здійсненню дива або, принаймі, його прийняттю. Такі випадки прямо подані в Євангелії: **«І не зміг зробити там ніякого чуда; тільки на деяких хворих поклавши руки, зціляв їх; і дивувався невір'ю їх»** (Мф. 13:58). Відповідно, дива є розкриттям власних сил і потенцій світу, але в цьому розкритті беруть участь обидві сторони — і той, хто його здійснює, і той, хто сприймає. Навіть у диві воскресіння Лазаря ми бачимо наявність цієї риси, саме участь віри, не самого померлого, але його сестер: **«Марфа сказала Ісусу: Господи! Якби Ти був тут, не вмер би брат мій; але тепер знаю, що чого ти попросиш у Бога, дасть Тобі Бог»** (Ін. 11: 21–22).

Яким чином творяться дива? Більшість — просто словом, прямою духовною причинністю. Проте є цілий ряд чу-

дес, коли Господь не обмежується лише словом, але робить певні дії, які стають засобом для здійснення дива (зцілення сліпого описане так: «**Він, взявши сліпого за руку, вивів його геть із селища й, плюнувши на очі йому, велів йому подивитися. І він зцілювся, і став бачити все ясно**» (Мк. 8: 23–25). Дотиком Він зцілив вухо Малха (Лк. 22:51).

Страждаючи на невиліковану хворобу, православний християнин покликаний покластися на всеблагу волю Божу, пам'ятаючи, що сенс буття не обмежується земним життям, яке є приготуванням до вічності. Страждання — то наслідок не тільки особистих гріхів, але також загальної обмеженості людської природи, а тому їх слід переносити з терпінням і надією. Господь добровільно приймає страждання для порятунку людського роду: «**Ранами Його ми зцілилися**» (Іс. 53,5). Це означає, що Богові було бажано страждання зробити засобом порятунку й очищення, що може бути дієвим для кожного, хто переживає його зі смиренністю й довірою до всеблагої волі Господа. За висловом святого **Іоанна Златоуста**, «хто навчився дякувати Богові за свої хвороби, той недалеко від святості». Сказане не означає, що лікар або хворий не повинні докладати сил для боротьби із хворобою. Однак, коли людські засоби вичерпані, християнинові слід згадати, що сила Божия проявляється в людській немочі, і що в самих глибинах страждань він здатний зустрітися з **Христом**, що взяв на Себе наші немочі й хвороби (Іс. 53:4).

Звернімося до християнської інтерпретації здорового тіла, адже тільки воно — тіло-здорове, тіло-канон — може сприйматися як загальна етична й лікарська норма. Не претендуючи на широке охоплення, вичленуємо лише деякі ключові положення біблійного вчення:

➤ про **благодать**, що є вирішальною ознакою самого життя;

➤ про **сприяння тілесному й щиросердечному здоров'ю** ближнього як основній умові, що необхідна для доказу справжньої віри. «По тому довідаються всі, що ви мої учні, якщо будете мати любов між собою» (Ін.13:35);

➤ про здорове тіло як фундаментальну цінність людини. «Краще бідняк здоровий і міцний, ніж багатій із виснаженим тілом; здоров'я, добробут здорового тіла дорожче всякого золота й міцне тіло краще незліченного багатства» (Сир. 30: 14,15);

➤ про духовну природу тілесного здоров'я. «Світильник для тіла є око. Якщо око твоє буде чисте, то все тіло твоє буде світле; якщо око твоє буде зле, то все тіло твоє буде темне» (Мтф. 6: 22,23);

➤ про самоцінність і функціональну єдність органів і частин тіла. Різні органи тіла перебувають між собою й зовнішнім світом у тісному зв'язку, і цей взаємозв'язок не може бути поставлений під сумнів, тому що форма людського тіла передана Богом. «Бог розташував члени, кожний у складі тіла, як Йому було завгодно. Не може око сказати руці: ти не потрібна; або також голова ногам: ви мені не потрібні. Навпаки, члени тіла, які здаються найслабшими, набагато потрібніші. Бог розмірив тіло так, що найменш досконале вимагає найбільшого піклування, це для того, щоб не було поділу в тілі, а всі члени однаково піклувалися один про одного. Тому чи страждає один член, страждають із ним усі члени; чи славиться один член, з ним радіють усі члени» (1 Крф. 12: 18–26).

У Старому Завіті тіло й плоть позначені одним терміном «басар». У грецькому тексті Нового Завіту для цих понять є два терміни: тіло й плоть, тобто приблизно те, що тепер у гістології називається «тканиною» і являє собою таке поняття, як структурна організація тіла. Тіло є сукупність злагоджено діючих органів, що складаються із тканини. Іов Багатостраждальний, ремствуючи, нагадує Богові: «Згадай, що Ти, як глину, обробив мене, і в порошок обертаєш мене... шкірою й плоттю одяг мене, кістками й жилами скріпив мене» (Іов. 10: 9, 11). Плоть вийшла з рук Божих неначе з рук ткача, і Псалмоспівець славить Бога: «Ти влаштував внутрішності мої, і виткав мене в чреві матері моєї. Славлю Тебе, тому що я дивно влаштований» (Пс. 138: 13, 14). Тим

самим плоть гідна й нашого замилювання, тому що вона була сприйнята Сином Божим: «Слово стало плоттю» (Ін. 1:14). Плоть здатна перетворюватися Духом Божим. Навіть апостол Павло, котрий у термін «плоть» вносить значеннєву подвійність, говорить: «Ніхто ніколи не мав ненависті до своєї плоті, але харчує й гріє її, як і Господь Церкву; тому що ми члени тіла Його, від плоті Його й від кісток Його» (Єф. 5: 29-30).

Плоть залишається складовою частиною нашої тілесної істоти, коли людина здорова. Про це говорять у контексті такі біблійні вислови, як «плоть і кров», «кістка й плоть», «серце й плоть». А у хворобливому стані людини слово «плоть» може позначати все тіло, як, наприклад, у царя Давида: «Чересла мої повні запаленнями й немає живого місця в плоті моїй» (Пс. 37:8)

Наше тіло, за Біблією, не є простою сукупністю плоті й кісток, плоті й крові, якою володіє людина під час свого земного існування. Тіло не тільки поєднує всі члени, його складові, — воно виражає особистість у її головних станах. Існування душі після смерті навіть у Царстві Божому не є повноцінним станом особистості. Тому тіло повинне воскреснути, як Сам Господь.

У старозавітному розумінні тіло гідне тієї ж поваги, що й плоть, бо і те, і інше виражає людину у всій її сукупності. Новий Завіт більше підносить гідність тіла: якщо плоть вертається в землю, то тіло присвячене Господові. Своєї вищої гідності тіло не досягає на землі: Ісус Христос «перемінить тіло нашого пониження, щоб стало подібне до славного тіла Його» (Філ. 3:21), стане «тілом духовним» за образом небесного Адама (1 Кор. 15: 44, 49). Щодо співвідношення духу, душі й тіла, відповідно до Священного Писання, душа — це символ життя, але не її джерело; джерело життя — є Бог, що діє за допомогою свого Духу. Із цього випливає християнське розуміння смерті, відповідно до якого смерть буває двоїста: тілесна й духовна. Тілесна полягає в тому, що тіло втрачає душу, яка оживляла його, а духовна смерть у тім,

що душа втрачає благодать Божу, що оживляла її вищим духовним життям. Душа вмирає не так, як тіло. Тіло руйнується, а душа, коли вмирає гріхом, втрачає духовне світло, але не руйнується, не знищується, а залишається в стані мороку, скорботи й страждання.

Очевидно, особливо актуальна для нас сьогодні позиція православної церкви щодо проблем, породжених бурхливим розвитком біомедичних технологій. Відповідно до церкви, спроби людей поставити себе на місце Бога, самочинно змінюючи Його творіння, можуть принести людству нові страждання. Розвиток біомедичних технологій значно випереджає осмислення можливих духовно-моральних і соціальних наслідків їх безконтрольного застосування, що не може не викликати глибокої стурбованості. Церква виходить із заснованих на Божественному Одкровенні уявлень про життя як безцінний дарунок, про невід'ємну свободу й богоподібну гідність людської особистості.

Очевидно, у нашій християнській культурі не може зникнути інтерес до біблійних часів. Дуже складно зіставляти медицину наших днів і сучасну міжнародну класифікацію хвороб із біблійним періодом. У Біблії класифікація внутрішніх хвороб відсутня, а медичні спостереження досить сумарні — вони зводяться до того, що видиме: до хвороб шкіри, поранень, переломів, лихоманки, що супроводжує інфекційні захворювання, — це також загальні поняття слабкості й немочі, збудження й припадку. Але попри це, погляд Біблії на медицину для нас все-таки дуже важливий, тому що він — орієнтир для віруючої людини.

У біблійні часи природних причин хвороб навіть не шукали, окрім тих, що були очевидні: поранення, падіння, старіння й сліпота на старість. Наприклад: «Коли Ісаак зістарився, і притупився зір очей його, він призвав старшого сина свого Ісава». Головна причина такого підходу в тім, що хвороба звичайно розглядалася як покарання за гріхи. Так, побачивши сліпонародженого, учні запитали в Ісуса: «Равви! Хто згрішив, він або батьки його, що народився

сліпим?» (Ін. 9:2). Хвороба могла бути послана Богом прямо, наприклад, перед стратами єгипетськими «Господь сказав (Мойсею): хто дав уста людині? Хто робить німим, або глухим, або видючим, або сліпим? Не Я чи Господь (Бог)?» (Ісх. 4: 11). Хвороба могла виникнути з Божого бажання за посередництва нечистої сили, як у Іова, коли «відійшов сатана від імені Господня, і вразив Іова проказою лютою від підшви ноги його по саме тім'я його» (Іов. 2: 7). Причиною хвороби могла також бути людська заздрість. Так, у того ж Іова ми зустрічаємо: «Дурня вбиває гнівливість, і неосмисленого губить дратівливість» (Іов. 5: 2); а з іншого боку, «лагідне серце — життя для тіла, а заздрість — гнилизна для кісток» (Притч. 14: 30).

Старий Завіт називає причиною хвороби пересичення. Книга премудрості Ісуса, волає до нас із глибини століть: «Сину мій! Не пересичуйся всілякою сластю, і не кидайся на різні їжі; тому що від багатосьдіння буває хвороба, і пересичення доводить до холери; від пересичення багато хто померли, а помірний додасть собі життя» (Сирах. 37: 30-34). Однак у будь-якому разі вважається, що хвороба дається Богом за гріхи.

Медичні знання священників, у чиїх руках довгий час перебувала лікарська справа, були традиційними та емпіричними. Обряд жертвопринесення давав їм деякі уявлення про анатомію тварин; але анатомія людини навряд чи існувала як наука, беручи до уваги старозавітні обрядові заборони торкатися до мерця (про розтин трупа годі й говорити). У Біблії дуже мало посилянь на анатомічні й фізіологічні факти. Специфічних назв захворювань також обмаль. В основному вживаються слова: хвороба, слабкість, немічність. Конкретно говориться про проказу, лишай, коросту. Мор, виразка або чума часто згадуються в Старому Завіті. Бубонна чума була лихом біблійних країн. Виділення або витікання зі статевих органів були причиною ритуальної нечистоти (Лев. 15: 2). Деякі з них були природними, деякі — результатом гонореї, і тому інфекційними. Оскільки не існувало

ніяких способів розрізнення, то порада була — остерігатися всіх цих видів. Не ясно, що знали євреї про венеричні захворювання. А от сліпота була дуже поширена в Палестині й сусідніх країнах. Можна виділити дві головні очні хвороби: трахома — вірусний кон'юнктивіт, що є дотепер причиною сліпоти на Близньому й Середньому Сході, та атрофія зору, що зустрічається у літніх людей, наприклад, в **Ісака** (Побут. 27: 1), священика **Ілії** (1 Цар. 3: 2) та інших. Сліпота позбавляла людину права на священство, але жаль до сліпого був обов'язком (Лев. 19: 14), а той, хто сліпого образив, мав бути проклятий (Втор. 27: 18).

Що стосується **методів лікування**, то відносно цього Біблія дає вкрай обмежені факти. Ми читаємо про обмивання, помазання олією, про накладання заспокійливих мазей на рани перед тим як перев'язати їх (Іс. 1:6), про пластр зі смокв, що накладається на нарив (Іс. 38:21), про обмивання вином та олією ран милосердним самарянином (Лк. 10:34), про зігрівання тіла іншим тілом, як **Авісага** зігрівала старого **Давида** (3 Цар. 1: 2). У Біблії також дуже мало говориться про ліки, які приймали всередину. Вино зі смирою, запропоноване **Ісусу** на Хресті, призначалося для полегшення болю. Смирна, або мирра, — легке снодійне. Апостол **Павло** радив **Тимофію** вживати небагато вина для полегшення його шлункових болів (1 Тім. 5: 23). Мандрагори, як вважалося, сприяли зачаттю. Більшість засобів як у єврейській, так і в єгипетській фармакопеї були дієтичними (наприклад борошно, молоко, оцет, вино, вода, мигдаль, смокви, ізюм, апельсини, мед). Про аптечне мистецтво говориться лише з приводу приготування пахоців. Найважливішою хірургічною операцією варто вважати обрізання, що споконвіку робили кремнієвим ножем.

Служіння **Ісуса Христа** в галузі медицини було прийняте апостолами у спадок разом із Його вченням. Зцілення хворих розглядалося як найперший обов'язок церкви в античному християнстві. Сьогодні діяльність православної церкви так само спрямована на проголошення слова Божого і

преподання благодаті Святого Духа стражденним і тим, хто про них піклується. Це становить суть душевної турботи її в сфері охорони здоров'я. Головне місце тут займає створення в лікувальних закладах молитовної атмосфери, надання пацієнтам різної благодійної допомоги. Церковна місія в медичній сфері є обов'язком не тільки священнослужителів, але й православних мирян — працівників охорони здоров'я, покликаних створювати всі умови для релігійної розради хворих. Віруючий медик повинен розуміти, що людина, яка страждає, чекає від нього не тільки відповідного лікування, але й духовної підтримки.

Отже, релігія й медицина завжди діяли паралельно, доповнюючи одна одну. Але завжди вони зверталися до людини, до її здоров'я — як тілесного, так і душевного.

2. Репродуктивна свобода людини й моральний статус плоду як медична і релігійна проблеми

Такі традиційні етичні теорії, як утилітаризм і «теорія морального договору», зустрічаються в галузі медицини із серйозними проблемами. Але медична наука сама по собі не може вирішити складні проблеми без опори на відповідні етичні концепції. Формування подібної концепції передбачає не просто технічне вирішення проблем, а ціннісний вибір. Ця концепція покликана пролити світло на такі проблеми, як **репродуктивна свобода людини, моральний статус плоду й захист його інтересів**. Очевидно, що новий підхід має охоплювати всі наявні етичні погляди й традиційні теорії, включаючи плюралізм етичних цінностей.

Бажання жінки мати власну дитину багато в чому складається під впливом культурних традицій. Найважливішим культурним стереотипом, що стосується розподілу ролей між статями, є уявлення про те, що головне призначення жінки — це народження й виховання дітей. І хоча за законом обидва батьки несуть рівну відповідальність за своїх дітей, вважається, що дитина важливіша для жінки, аніж для чоловіка.

Любов — це інтимний акт, таємниця, що стосується тільки двох. Тіло одного партнера відкривається для іншого, задовольняючи сексуальні потреби кожного з них. Найважливішим аргументом, який висувують супротивники штучного запліднення, є те, що при цьому втрачається інтимність.

У платонівському діалозі «Пір» Сократ вказує на такі три способи досягнення безсмертя: здійснення подвигу, створення видатного твору й народження дітей. І хоча особисте безсмертя при цьому не досягається, у разі народження дитини батько встановлює зв'язок із майбутніми поколіннями. Проте навіть у цьому випадку можливості генетичної спорідненості вельми обмежені. Ймовірно, що діти або онуки не матимуть дітей. Але навіть якщо ця вірогідність і не дуже висока, усе ж таки частка успадкованих генів скорочується з кожним поколінням (наприклад, у п'ятому поколінні зберігається лише одна шістнадцята частина початкових генів).

Більшість батьків прагнуть завести власних дітей, оскільки це пов'язано із процесом виховання. З одного боку, виховання дітей вимагає немало часу, енергії та грошей і супроводжується психологічними стресами, відчуттям тривоги, з іншого, — батьки переживають почуття задоволення, допомагаючи дітям розвивати свої здібності й таланти. Усе це вказує на те, що бажання мати власних дітей є розумним, як і принцип репродуктивної свободи, що сприяє самовираженню особи. Позбавити людину можливості продовження роду — означає порушити її відчуття самоідентичності, обмежити її прагнення до самовираження. Принцип репродуктивної свободи ґрунтується на тому, що держава не повинна обмежувати невід'ємні права індивіда.

Право людини на продовження роду відбите в міжнародних актах про права людини. **Відповідно до Загальної декларації прав людини, що прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р., повнолітні чоловіки і жінки, незалежно від расової, національної та релігійної належності, мають право одружуватися й створювати сім'ю.** Останнє означає право вільно вирішувати питання про продовження

або не продовження роду. Принцип репродуктивної свободи припускає також право на те, щоб не мати дитини, включаючи право на використання контрацептивів і право на аборт.

Разом із тим перед людиною можуть постати етичні проблеми, пов'язані з делікатним втручанням суспільства в її репродуктивні здібності. Це стосується, наприклад, таких питань, як сурогатне материнство, заморожування ембріональних клітин на ранній стадії їх розвитку тощо. Дехто схильний пов'язувати принцип репродуктивної свободи зі свободою отримання генетичної інформації про плід, для того щоб, ґрунтуючись на цій інформації, вирішувати — мати або не мати дитину.

У питанні про **моральний статус плоду** багато вчених дотримуються секуляризаційного підходу. Аборт на ранній стадії розвитку плоду етично прийнятніший, ніж пізній аборт. У разі, якщо подальший перебіг вагітності становить загрозу життю жінки, її життя є пріоритетом по відношенню до життя плоду. **Моральний статус плоду на пізніх термінах вагітності наближається до морального статусу дитини.**

Володіти **самосвідомістю** достатньо для того, щоб володіти правом на життя. Людина, наділена самосвідомістю, є метою сама по собі, оскільки вона здатна ставити перед собою цілі, що ґрунтуються на раціональному виборі й загальноприйнятих цінностях. Індивід, здатний відповідати за свої вчинки, вимагає до себе моральної пошани.

Іншим критерієм отримання морального статусу вважається **здатність плоду до чутливості**, тобто вміння відчувати і сприймати навколишній світ. Істота, здатна відчувати біль і переживати почуття задоволення, має право на життя. Відмінність між плодом, що володіє здібністю до відчуття, і плодом, що не володіє нею, полягає в тому, що останній не має моральних інтересів.

Плід стає життєздатним, коли він спроможний жити поза материнським лоном, хоч б за допомогою штучної підтримки. **Життєздатність** — це такий ступінь, коли плід здат-

ний до інтенсивного розвитку. У плоду, що життєздатний, істотно зростає соціальна роль пацієнта: по-перше, він не може бути підданий аборту; по-друге, у його інтересах можливе медичне втручання в організм матері.

Необхідно розрізняти два аспекти поняття «особистість». **Нормативний аспект** включає повний моральний статус особистості: сукупність прав, включаючи й право на життя. **Дескриптивний аспект** полягає у володінні самосвідомістю й пов'язаними з нею якостями: це володіння мовою, здатність до раціональних думок і вчинків, володіння моральними цінностями. Той, хто наділений самосвідомістю, є особою в обох сенсах цього слова. Ембріон, плід і немовля не є особами в дескриптивному сенсі, проте їх певною мірою можна наділити моральним статусом.

Безумовно, свою соціальну роль дитина набуває ще до народження. Та обставина, що мати в період вагітності встановлює із плодом різноманітні контакти, збільшує вірогідність нормальних пологів. Вагітна жінка може здійснювати вчинки, які позитивно або негативно позначаються на здоров'ї майбутньої дитини. Вона здатна виявляти турботу про здоров'я дитини, відмовившись від паління й спиртних напоїв, споживаючи екологічно чисті продукти й будучи обережною у виборі медикаментів. Отже, факт народження дитини не відмежовує істоту, що володіє моральним статусом, від істоти, що не володіє таким. Підхід з огляду на соціальну роль виявляється дуже вузьким: він указує лише на схожість, що існує між дитиною й дорослою людиною. Проте нормальна дитина має певні риси схожості з дорослою людиною — такі, як життєздатність, чутливість, потенційна самосвідомість, зовнішність і т. ін.

Зобов'язання поводитися милосердно опосередковане моральним статусом плоду. Чим вищий моральний статус плоду, тим сильніше це зобов'язання. Коли плід набуває морального статусу, мати повинна діяти по відношенню до нього милосердно: зокрема, етично невинуватимого щодо нього була б операція аборту.

Прихильники абарту на ранніх стадіях розвитку плоду висувають свої аргументи: 1) цей акт утверджує принцип автономії дорослого суб'єкта; 2) плід на ранній стадії свого розвитку нежиттєздатний; 3) цей плід позбавлений багатьох рис, властивих зрілому індивідові. Аборт допустимий і на пізніх стадіях розвитку плоду, якщо лікарі встановили, що він має аномалії розвитку центральної нервової системи, отже — не володіє моральним статусом особистості.

І вагітна жінка, і лікар (обидва) несуть моральну відповідальність за благополуччя плоду, але лікар — також відповідальність за благополуччя жінки. Коли плід набуває морального статусу, оточуючі вже мають враховувати його інтереси як майбутньої особистості. У міру розвитку плоду відповідальність дорослих людей за його долю зростає: вони повинні уникати будь-яких дій, що зашкодять майбутній дитині.

Сьогодні дослідники доходять висновку, що право не мати дітей важливе для самовизначення особистості, насамперед для жінки, яка прагне досягти соціальної рівності. Виходячи із цього, виправдовується аборт на ранній стадії розвитку плоду.

З найдавніших часів церква розглядала навмисне переривання вагітності (аборт) як тяжкий гріх. Канонічні правила прирівнюють аборт до вбивства. В основі такої оцінки лежить переконаність у тім, що зародження людської істоти є даром Божим, тому з моменту зачаття будь-яке посягання на життя майбутньої людської істоти — злочинне. **«Ще поки тебе вформував в утробі материній, я пізнав був тебе і ще поки ти вийшов із нутра, тебе посвятив...»** (Єр. 1: 5–6). **«Не вбивай дитини, заподіюючи викидень»** — це веління бачимо серед найважливіших заповідей Божих у «Навчанні дванадцяти апостолів» — одній з найдавніших пам'яток християнської писемності. «Жінка, учинивши викидень, є вбивця, і дасть відповідь перед Богом. Тому що... зародок в утробі є жива істота, про яку печеться Господь», — писав апологет релігії **Афінагор**. Святитель **Іоанн Златоуст** називав тих, хто робить аборт, «гіршими за убивць».

Велике поширення й виправдання абортів у сучасному суспільстві церква вважає загрозою для майбутнього людства і явною ознакою моральної деградації. Церква також незмінно почитає своєю справою виступати на захист найбільш уразливих і залежних людських істот, якими є і ненароджені діти. Не відкидаючи жінок, що зробили аборт, церква закликає їх до покаяння й до подолання згубних наслідків гріха через молитву. Якщо існує пряма загроза життю матері у продовженні вагітності, особливо за наявності в неї інших дітей, у пастирській практиці рекомендується виявляти поблажливість. Але в таких випадках лікар повинен виявляти максимальну обережність у постановці діагнозу, що може підштовхнути жінку до переривання вагітності; при цьому віруючий медик повинен ретельно зіставляти медичні показання й веління християнської совісті. З розвитком біомедичних технологій пов'язане також поширення ідеології так званих репродуктивних прав. Дана система поглядів припускає пріоритет статевої і соціальної реалізації особистості над турботою про майбутнє дитини, про духовне й фізичне здоров'я суспільства, про його моральну стійкість.

Якщо чоловік або дружина нездатні до зачаття дитини, а терапевтичні й хірургічні методи лікування безпліддя не допомагають подружжю, їм треба зі смиренністю прийняти своє «безчадіє» як особливе життєве покликання. Пастирські рекомендації в подібних випадках мають бути спрямовані на усиновлення дитини за обопільною згодою подружжя. Православна церква до припустимих засобів медичної допомоги відносить штучне запліднення статевими клітинами чоловіка, оскільки воно не порушує цілісності шлюбного союзу, не відрізняється принципово від природного зачаття й відбувається в контексті подружніх відносин. Проте маніпуляції, пов'язані з донорством статевих клітин, порушують винятковість шлюбних відносин, допускаючи вторгнення до них третьої сторони. До того ж, така практика заохочує безвідповідальне батьківство й материнство, свідомо звільняє анонімних донорів від зобов'язань стосовно тих, хто

є «плоттю від плоті». Використання донорського матеріалу підриває основи сімейних взаємозв'язків, оскільки припускає наявність у дитини, крім «соціальних», ще й так званих біологічних батьків. «Сурогатне материнство», тобто виношування заплідненої яйцеклітини жінкою, що після пологів повертає дитину «замовникам», протиприродне й морально неприпустиме навіть у тих випадках, коли це відбувається на некомерційній основі. Ця методика означає руйнування глибокої емоційної та духовної близькості, що встановлюється між матір'ю й дитиною вже під час вагітності. Морально неприпустимими, відповідно до канонів православної церкви, є також усі різновиди екстракорпорального (позатілесного) запліднення, що передбачають заготовлення, консервацію й навмисне руйнування «надлишкових» ембріонів.

Запліднення самотніх жінок із використанням донорських статевих клітин або реалізація «репродуктивних прав» самотніх чоловіків, а також осіб із так званою нестандартною орієнтацією, позбавляє майбутню дитину права мати і матір, і батька. За законом православної церкви, застосування репродуктивних методів поза контекстом благословенної Богом родини стає формою богоборства, здійснюваного під прикриттям захисту автономії людини й свободи особистості. Привертаючи увагу людей до моральних причин хвороб, церква разом із тим вітає зусилля медиків, спрямовані на лікування спадкових хвороб. Однак метою генетичного втручання не повинно бути штучне «удосконалення» людського роду й вторгнення в Божий план про людину, залишаючись вірним заповіді Божій: «не убий» (Ісх. 20: 13).

3. Релігія як фундаторка етичного кодексу лікарів

Проблема медичної етики сягає своїм корінням у релігію. Звернімося хоча б до староіндійського трактату **Аюрведа** як джерела з питань медичної етики. У Стародавній Індії медицина вивчалася для суспільного блага — щоб лікувати хворих із любов'ю й співчуттям. Мета вивчення вказаного тракта-

ту — стати майстерним у справі лікування всіх живих істот. У цій справі суб'єкт досягає чеснот, блага й задоволення.

У **Аюрведі** сформульовано етичний кодекс поведінки лікаря. Лікар-наставник повинен мати виняткові здібності — як моральні, так і інтелектуальні. Він не повинен відвідувати будинок пацієнта без запрошення. Під час відвідин його увага має бути звернена виключно на пацієнта: він не має права надавати знаки уваги іншим членам сім'ї. Він не має права розголошувати іншим сімейні таємниці пацієнта. Лікар не повинен проявляти ворожі почуття по відношенню до інших представників своєї професії. Він зобов'язаний по-братньому ставитися до всіх живих істот. У складних випадках йому настійно рекомендується звертатися по допомогу до інших лікарів.

Ставлення до медицини в християнстві найбільш повно викладене в книзі Ісуса сина Сирахова: «Почитай лікаря честю по потребі в ньому; тому що Господь створив його, і від Всевишнього лікування... Господь створив лікаря, і розсудлива людина не буде зневажати ним. Для того він і дав людям знання, щоб прославляли Його в Дивовижних справах Його: ними він лікує людину й знищує хворобу її. Той, хто готує ліки, робить із них суміш, і заняття його не кінчаються, і через нього не кінчаються, і через нього буває благо на землі».

Православна церква з незмінно високою повагою ставить до лікарської діяльності, в основі якої лежить служіння любові, спрямоване на запобігання й полегшення людських страждань. Зцілення ушкодженого хворобою людського ества сприймається як виконання задуму Бога.

Що стосується медичної етики ісламу, то етичний кодекс 970 року вказував, що лікар має бути скромним, добродішним, милосердним, поважним; носити чисте вбрання, мати доглянуте волосся, водитися з особами гарної репутації, а не безбожниками й негідниками; стежити за мовою, щоб не вибачатися, якщо помилився; не шукати помсти, бути дружнім; не жартувати недоречно.

Стосовно хворих лікар зобов'язаний: уникати загрози життю й смерті пацієнта, тому що Аллах тільки це знає; не втрачати терпіння, відповідаючи на запитання пацієнта; не відрізняти бідного від багатого, сильного від слабкого. Бог нагородить його за допомогу нужденним. Лікар не повинен спізнюватися на обхід або на домашній виклик. Він має бути надійним і пунктуальним. Він не повинен торгуватися про свій гонорар. Якщо пацієнт сильно хворий або у скрутній ситуації, лікар має бути вдячний, незалежно від отриманої платні. Він не повинен давати вагітній жінці ліки для абортів, хіба що тільки це необхідно для її здоров'я. Якщо лікар прописує ліки, він має пересвідчитися, що хворий зрозумів їх назву, щоб від прийняття ліків не стало гірше. Він має бути ввічливим до жінок і зберігати лікарську таємницю.

Зобов'язання перед суспільством полягали в тому, що лікар не повинен говорити поганого про шанованих людей і має бути терпимим до релігійних вірувань. Зобов'язання перед колегами передбачали, що лікар добре характеризує знайомих і колег. Якщо за потреби інший лікар викликаний до пацієнта, то сімейний лікар не повинен критикувати його, навіть якщо поставлений діагноз відрізняється від його власного. Але він має пояснити колесі свій погляд на хворобу і розповісти про призначене лікування, щоб від двох підходів хворому не стало гірше.

Східні релігії базуються на розумінні єдності людини й космосу. За буддистськими і даоськими поглядами, людина — це мікрокосмос, маленький всесвіт. А якщо це так, то вона підкоряється всім законам Всесвіту. Тому здоров'я — це широкий термін, що включає в себе всі аспекти існування. У природі все пов'язано між собою. Так само і в організмі: те, що погано для шлунка, погано й для печінки, а що погано для печінки, погано й для серця... Збереження здоров'я одного органа приводить до збереження здоров'я й іншого. Здоров'я у східній медицині розглядається як здатність організму реагувати на різні несприятливі фактори зовнішнього й внутрішнього середовища, підтримуючи рівновагу

й цілісність. Відповідно, хвороба є порушенням цієї цілісності, нездатність адаптуватися до несприятливих факторів. Послаблення захисних сил організму призводить до хвороби. Недарма в китайській медицині існує така приказка, що людина хвора не тоді, коли в неї виникає хвороба, а хвороба виникає, коли людина хвора.

Очевидність наведених вище положень дозволяє зазначити, що релігійна онтологія й аксіологія (ясна річ, окрім різного роду тоталітарних сект) не тільки не суперечать медичній теорії та практиці, але й навпаки — стимулюють її прогрес.

Безумовно, етичні засади лікаря ґрунтуються на релігії. Тому клятва Гіппократа для його діяльності була і залишається фундаторною та необхідною. Проголошення клятви (урочистої обіцянки, що дається перед лицем Бога) означало істотну відмінність між зобов'язаннями повсякденного життя й зобов'язаннями щодо професії. Самий факт клятви вказує на особливий статус лікаря — це не просто спосіб добування коштів для існування, а членство в особливій касті людей. У священні таємниці «гіппократової медицини» посвячувався не кожен охочий, а лише той, хто міг бути долучений до гільдії лікарів. Ідея солідарності між колегами є невід'ємним елементом традиційного розуміння професії. Належність до професії характеризується тим, що її члени домовляються між собою не змагатися один з одним, а надавати взаємну підтримку. Хоча подібна лояльність між колегами здатна обернутися проти тих, кому представники професії зобов'язані служити, — тобто проти інтересів пацієнта. Скажімо, у тих випадках, коли лікарі відмовляються розголошувати факти некомпетентності або корупції своїх колег, спостерігається деформація ідеї медичного професіоналізму.

До головних обов'язків лікаря належать такі:

1. Працювати на благо пацієнта.
2. По можливості, не завдавати йому болю.
3. Не давати ліків, здатних спричинити смерть.

4. Не використовувати своє становище з корисливих міркувань (наприклад для сексуального зваблювання).
5. Зберігати секрети своїх пацієнтів і т. ін.

Зміст професії в даному випадку полягає у служінні клієнтові, прийнятті на себе певних етичних зобов'язань, свого роду етичного кодексу. Професія існує не заради носія цієї професії, а на благо тих, для кого вона призначена. Від лікарів, що належали до школи **Гіппократа**, у разі потреби вимагалось надання безкоштовної медичної допомоги, що було нехарактерне для античного світу. В інших випадках, щоб не обтяжувати фінансового становища хворого, лікареві платили лише після досягнення успішного результату в лікуванні. Усе це говорить про те, що інтереси пацієнта — найважливіше для лікаря.

Корегуючи клятву **Гіппократа**, сучасна дійсність висуває нову декларацію, згідно з якою випускник медичного навчального закладу зобов'язаний спрямувати свої знання й здібності на благо всіх своїх пацієнтів і суспільства загалом, у своїй діяльності суворо дотримуватися славних традицій медичної професії і не робити нічого такого, що було б несумісне із цими традиціями. Також не можна погодитися із клятвою **Гіппократа** в тій частині, яка стосується замкнутості представників цієї медичної школи, подібної до масонських лож. Було б несправедливо розглядати лікарів як членів якоїсь священної гільдії, пов'язаних особливими зобов'язаннями між собою. Перехід від клятви **Гіппократа** до урочистої декларації символізує перехід від ідеї професії як священного братства людей, покликаних допомагати один одному, до ідеї професії групи людей, у яких на першому плані стоять інтереси пацієнта.

Стара ідея **Гіппократа** про те, що лікар не завжди повинен вимагати платню за свої послуги, нині поступається ідеї про те, що медичні послуги має забезпечити суспільство. Наприклад, у Скандинавії медична служба існує за рахунок податків, в інших європейських країнах — підкріплюється державною системою обов'язкового медичного

страхування. Навіть у США, де велика частина медичного забезпечення знаходиться у приватних руках, існує система соціальної медичної допомоги для ветеранів, літніх людей і інших груп пільгового населення. Перехід від лікаря, чие існування залежить від гонорарів своїх пацієнтів, до лікаря, що одержує платню від держави, зміцнює позиції медицини як професії.

Медицина на всіх рівнях стає тепер колективним видом діяльності. Лікарі працюють спільно з медичними сестрами, нянями й представниками інших пов'язаних із медициною професій. А відносини між лікарем і пацієнтом стають менш особистісними. Лікар уже не може зберігати у своїй пам'яті знання про приватне життя своїх пацієнтів, їхні характери, взаємини у сім'ї або на роботі. Отже, лікар не має права говорити про своїх пацієнтів «мої пацієнти», а пацієнт про лікаря — «мій лікар». Лікар дедалі більше стає безособистісним гарантом забезпечення медичної допомоги. Цьому сприяє і зростаючий технологічний характер сучасної медицини. Особа лікаря виявляється менш значущою в порівнянні з можливостями технологій, які він (або його команда) використовує. Та всупереч цьому нові форми й методи лікування не повинні докорінно міняти характер відносин між лікарем і пацієнтом: лікар зобов'язаний зберігати головне — співчуття до хворого і прагнення допомогти йому.

Питання для самоконтролю

1. Чому проблема здоров'я завжди була і є турботою будь-якої релігії?
2. У чому цінність Аюрведи для збереження здоров'я?
3. Як християнство розцінює здоров'я особистості?
4. Яку здатність до цілительства мав Ісус Христос?
5. Як християнство інтерпретує поняття «здорове тіло»?
6. Співвідношення понять «тіло» та «плоть» у християнстві та їх значення для людського життя.

7. У чому сутність хвороби за християнським віровченням: її причини, рецепти лікування?
8. Поняття репродуктивної свободи особистості та її сучасне забезпечення.
9. Що Ви розумієте під моральним статусом плоду (визначення, критерії)?
10. Як церква сприймає аборт?
11. Що відносять до сучасних методів репродукції людини та як оцінює їх сучасна церква?
12. Які основні етичні вимоги висуває Аюрведа до лікаря?
13. Яке місце займає лікар у християнській релігії?
14. У чому сутність медичної етики ісламу?
15. Які невідповідності етичного плану має клятва Гіппократа в сучасних умовах?

Тести для самоконтролю

1. Релігія — це:
 - a. віра у Бога
 - b. світогляд, заснований на вірі у надприродне
 - c. знання про Бога
 - d. емоційний досвід людини
2. «Аюр» — це:
 - a. душа
 - b. розум
 - c. життя
 - d. почуття
3. Постулатами сучасної медичної етики не є:
 - a. принцип самореалізації особистості
 - b. принцип інформованості пацієнта
 - c. принцип віри в надприродне
 - d. принцип вільної згоди
4. Які з наведених ситуацій Ви вважаєте етичними у плані використання медичних препаратів для полегшення стану пацієнта?
 - a. медичні препарати можуть послабити пізнавальні здібності пацієнта і тим самим заважатимуть йому готуватися до смерті

- b.* послаблення болю не дасть можливості пацієнтові «розділити страждання Христа»
- c.* медичні препарати для знеболення спричинять звикання організму до наркотиків
- d.* медичні препарати можуть прискорити смерть

5. Позначте етичні проблеми, які пов'язані із репродуктивною свободою особистості:

- a.* сурогатне материнство
- b.* заморожування ембріональних клітин на ранніх стадіях їх розвитку
- c.* «дар Божий»
- d.* одержання генетичної інформації про плід

6. Сучасні репродуктивні технології вносять певні зміни у класичне розуміння сім'ї, що складається із двох гетеросексуальних партнерів. Позначте їх:

- a.* генетична мати
- b.* мати, що виношує плід
- c.* «соціальна мати»
- d.* «соціальний батько»
- e.* усі вищезгадані

7. Представники античної філософії, буддизму, індуїзму вважали, що:

- a.* тіло — то лише вмістище душі (атмана)
- b.* тіло і душа дихотомні
- c.* тіло значніше за душу
- d.* душа превалює над тілом

8. Моральний статус плоду означає:

- a.* вміння відчувати та сприймати довколишній світ
- b.* мати моральний інтерес
- c.* здатність до інтенсивного розвитку
- d.* здатність жити за допомогою штучної підтримки поза материнським лоном

9. У Старому Завіті тіло й плоть позначені одним терміном «басар». У Новому Завіті вживаються два терміни «тіло» і «плоть». Позначте у таблиці, які риси є ознаками тіла, а які — плоті.

- a. сукупність злагоджено діючих органів, що складаються із «тканини»
- b. частина нашої тілесної істоти, коли людина здорова
- c. виражає особистість у її головних станах
- d. це те, що вертається у землю
- e. це те, що присвячене Богові

<i>Ознаки тіла</i>	<i>Ознаки плоті</i>

10. Репродуктивна свобода особистості — це:

- a. право вільно вирішувати питання про продовження або неперодовження роду
- b. право на те, щоб не мати дітей
- c. право на використання контрацептивів, право на аборт
- d. право суспільства втручатися в репродуктивні здібності особистості
- e. свобода отримання генетичної інформації про плід

Додаткові навчаючі завдання

1. За даними проведеного у США опитування, більшість лікарів, а тим паче пацієнтів, вірять у те, що здоров'я може визначатися трансцендентними феноменами. Так, опитування 1144 практикуючих лікарів Лос-Анджелеса в категорії Internal Medicine показало: 85 % із них вважають, що віра допомагає пацієнтам подолати хворобу; 1 % опитуваних дотримуються протилежної думки, вважаючи, що віра заважає зціленню; а 14 % упевнені, що позитивні й негативні аспекти віри у лікуванні збалансовані.

Що стосується релігійних переконань лікарів, то 54 % думають, що Бог іноді втручається, щоб допомогти пацієнтам, 27 % — що Бог тут ні до чого, а 18 % категорично проти втручання Бога, адже вважають, що пацієнт у всьому повинен довіряти лікареві. А якої Ви думки? Чи поділяєте погляди опитуваних?

2. Препаруйте етичний кодекс 970 року, який сформулював Аль Табарі, згідно з яким лікар повинен бути: скромним, милосердним, поважним; носити чистий одяг, мати доглянуте волосся, водитися з людьми гарної репутації, а не безбожниками та негідниками; слідкувати за мовою, щоб не вибачатися, якщо помилився; не шукати помсти, бути дружнім; не шуткувати недоречно.

По відношенню до хворих лікар повинен: уникати прогнозу життя та смерті, бо тільки Бог це знає; не втрачати терпіння, відповідаючи на запитання пацієнтів; не відрізняти бідного від багатого, сильного від слабкого. Бог нагородить його за допомогу тому, хто цього потребує. Лікар не повинен запізнюватися на огляд або на домашній виклик. Він має стати надійним та пунктуальним. Він не повинен торгуватися за свій гонорар. Якщо пацієнт сильно хворий або у скрутній ситуації, лікар має бути вдячний, незалежно від отриманої платні. Він не повинен давати вагітним жінкам ліків для абортів, хіба що це необхідно для їх здоров'я. Якщо лікар призначає ліки, то він повинен перевірити, що хворий правильно зрозумів назву, щоб від прийняття ліків йому не стало зле. Він має бути ввічливим до жінок та зберігати лікарську таємницю. Прокоментуйте цей кодекс відносно сьогоденних етичних вимог до лікаря.

3. Релігіотерапія — новий напрям у сучасній системі охорони здоров'я, заснований на синтезі та взаємопроникненні релігійно-просвітницької етики, релігійної віри й лікувально-профілактичних технологій. Чи не вважаєте Ви парадоксальним те, що у добу епохальних досягнень НТР у медицині — найсучасніших санітарно-гігієнічних систем, чудо-ліків антибіотиків, розкриття секрету життя дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК), методик трансплантування органів та вирощування «дитини у пробірці» — лікарі та хворі все частіше звертаються до Бога у боротьбі із хворобами?

4. Як Ви можете пояснити такі результати релігіотерапії? Більшість питущих (понад 70 %) та курців (понад

50 %) припиняють вживати алкоголь та палити. У осіб із функціональним розладом нервової системи відбувається значна редукція загально-невротичних проявів, зникають тривожність та емоційне збудження. Що стосується хворих на туберкульоз, які перебувають у протитуберкульозних стаціонарах: у тих, хто лікується методом групової релігіотерапії, розсмоктування вогнищ та закриття порожнин розпаду у легенях відбувається на 1,5–2 місяці раніше, ніж у тих, хто отримує лікування за звичайною методикою.

5. Концепція православної медицини спирається на доктрину французького лікаря, засновника наукової хірургії, істинного християнина Амбруазо Паре: «Лікар лікує, Бог зцілює». Розтлумачте цей вислів.

6. Припустимо, у польових умовах лікар на своїх руках намагається доставити хворого до шпиталю і на шляху зустрічає пораненого, який знаходиться у ще тяжчому стані. Не маючи можливості допомогти обом відразу, кому він повинен віддати перевагу?

Література

1. Балашов М. Искусственное оплодотворение: что думают православные? / М. Балашов. // Человек. — 1995. — № 3. — С. 77–82.
2. Бахтиарова В. «Искусственные» дети / В. Бахтиарова // Человек. — 1995. — № 4. — С. 120–123.
3. Губин В. Д., Некрасова Е. Н. Философская антропология / В. Д. Губин, Е. Н. Некрасова. — М.; СПб: Пневма, 2000. — 240 с.
4. Гуревич П. С. Антропологический ренессанс / П. С. Гуревич // Феномен человека: Антология. — М.: ИНФРА-М, 1993. — С. 3–23.
5. Гуревич П. С. Проблема человека в современном религиозном сознании / П. С. Гуревич // Проблема человека в современной религиозной и мистической литературе. — М.: Прогресс, 1988. — С. 4–17.

6. Иванюшкин А. Р. Медицина, этика и человеческие ценности / А. Р. Иванюшкин. // Наука в России. — 1992. — № 4. — С. 40–44.
7. Кассирский И. Размышления о В. Ф. Войно-Ясенецком — хирурге и священнике / И. Кассирский // Человек. — 1995. — № 1. — С. 113–119.
8. Коновалова Л. Правила и исключения (дискуссия об этнических проблемах аборта) / Л. Коновалова // Человек. — 1995. — № 1. — С. 107–112.
9. Летов О. В. Проблемы медицинской этики в XX в. / О. В. Летов // Философия в XX веке: В 2 ч.: Сб. обзоров и рефератов / РАН ИНИОН. Центр гуманист. науч.-информ. Отд. философии; Отв. ред. Андреева И. С. — М.: 2001. — Ч. 1. — С. 150–167.
10. Планк М. Религия и естествознание / М. Планк. // Вопросы философии. — 1990. — № 8. — С. 25–31.
11. Рябушкин Ш. В. Наказание ли божье? / Ш. В. Рябушкин. — М.: Наука, 1998. — 319 с.
12. Смирнов С. Биополе Христа / С. Смирнов. // Наука и религия. — 1995. — № 11. — С. 10–11.
13. Фиалко Л. Б. Медицина и религия / Л. Б. Фиалко. — К.: Медицина, 1987. — 146 с.
14. Черній А. М. Онтологія духовності (Антропологічна цілісність у релігієзнавчому вимірі) / А. М. Черній. — К.: Либідь, 1996. — 332 с.
15. Шумило С. Православ'я і екологія / С. Шумило // Людина і світ. — 2001. — № 4. — С. 22–25.
16. Юдин О. Католицизм і православ'я: знаки часу / О. Юдин // Людина і світ. — 2000. — № 1. — С. 13–16.

Предметний покажчик

А

- Аборт, 194, 290, 313
 - моральний статус плоду, 311–313
 - позиція церкви, 313, 314
- Антипатерналізм, 65, 68
- Атхарваведа, 301
 - аспекти турботи про здоров'я, 301
- Аюрведа, 300, 315
 - етичний кодекс поведінки лікаря, 316

Б

- Безсмертя душі, 62–64
 - у Зороастризмі, 63
 - у римських стоїків, 64
 - у Стародавній Індії, 63
 - у Стародавньому Єгипті, 63
 - у філософії античності, 64
- Біблія, 252
 - про здоров'я, 303–304
 - про ліки, 308
 - про методи лікування, 308
 - про причини хвороби, 252, 306–307
 - про тіло, 304–305
 - про хвороби, 307–308
- Біоетика, 211–224, 270–293
 - історія, 212
 - моделі, 214

- цивільна, 214
- юридична, 214
- поняття, 212
- спрямованість, 212
- феміністська і гендерна критика, 285–293

В

- Взаємозв'язок філософії і медицини, 15, 21
- позитивістський період, 15, 22
- причини, 18
- Вищі цінності, 46–47
- Відповідальність умови, 230
- Відповідальність лікаря, 230–244, 261–262
- Всесвітня медична асоціація, 218
- Всесвітня організація охорони здоров'я, 124, 127, 162, 272, 283

Г

- Гельсінська декларація, 218, 281
- Генеральна Асамблея ООН, 310
- Генна інженерія, 195, 287
- Генна терапія, 196–197
- Гіппократова медицина, 318–320
 - обовязки лікаря, 318–319

Г

- Гендер, 143–152
- Гендерні стереотипи, 143–152
 - в медицині, 144–152
- Гендерна асиметрія в медицині, 151–152
- Гендерна персоніфікація захворювань, 147

Д

- Декларація про трансплантацію ембріональних тканин, 199
- Деонтологія, 190
- Деперсоналізація, 115
- Діагноз
 - процес встановлення, 241–242
 - як засіб творчості, 89–90
- Діяльність, 157
- Доказова медицина, 280–281
- Духовність, 251–265
- Духовна еволюція, 255
- Духовний шлях, 255

Е

- Евтаназія, 62–77
 - види, 66
 - добровільна, 67–68
 - умови, 68
 - легалізація, 71, 76
 - опозиція до, 73–74
 - періодичні видання з проблем, 73

- Езотеричне світовідчуття, 45
- Екофемінізм, 290
- Експериментальна медицина, 17
- Емпіризм, 20
- Етап переднауки у медицині, 14
- Етап розвитку науки у медицині, 15–16
- Етичні закони й позиції у медицині, 190
- Етичні проблеми медицини, 188–204
 - складність вирішення, 202
- Етичний імператив, 191
- Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України, 177
- Ефект лікарської діяльності, 90–91

Є

- Євгеніка, 292–293
 - авторитарна, 292–293
 - ліберальна, 292

Ж

- Життя, 40–55
 - подвійний ціннісний стандарт, 44–45
 - як найвища цінність, 51–55
 - як невизначена цінність, 44
 - як негативна цінність, 44
 - як позитивна цінність, 43
- Жінка-лікар, 148–151
- Жінка-цілителька, 144–145

З

- Загальна декларація прав людини, 310
- Законодавство України про охорону здоров'я, 220, 282–283
- Здоров'я, 251–265
- індивідуальне, 25
 - духовність як фундамент, 251–256
 - негативні показники у визначенні, 136
 - позитивні показники у визначенні, 136
 - у східних релігіях, 317–318
 - фізичне і духовне, 134–135

I

- Інстинкт смерті, 271–272
- Наказ про проведення клінічних випробувань, 220
- Інструментально-клінічне мислення лікаря, 114
- Інтуїція, 91
- як засіб творчості, 89
- Інформаційне поле, 260
- Інформована згода, 277–279, 283
- моделі, 278–279
 - процесуальна, 279
 - ситуативна, 278–279

К

- Кількість здоров'я, 137
- Клінічні випробування, 221–222
- етичні принципи проведення, 221–222
- Клінічна медицина, 17–18
- Клінічне мислення лікаря, 114
- Клонування, 200, 290
- перспективи відносно людини, 200
 - позиція екофемінізму есенціалістський напрям, 290
 - конструктивістський напрям, 290
- Клятва Гіппократа, 188, 231, 318–319
- Компетентність в біоетиці, 278
- стандарти визначення, 278
- Компоненти наукового дослідження, 30
- Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, 218–219
- Конституція України, 219
- Контрактні відносини лікаря і пацієнта, 276
- Кримінальний кодекс України, 221
- Кримінально-процесуальний кодекс України, 221
- Критерій істинності творчого акту, 93
- Культура вмирання, 70

Л

Лікар

у християнстві, 316

як вчений, 274

як цілитель, 263–264

Лікар-труент, 95

Лікар загальної практики, 127

обов'язки, 127

Лікарська помилка, 232–239

етапи оцінки, 239

класифікація, 237

наслідки, 233–234

поняття, 236

причини об'єктивні, 235, 237

причини суб'єктивні, 237

профілактика, 239

співвідношення з ятрогеніями, 238

сутність, 234–236

фактори, що спричиняють, 241

Логічний позитивізм, 30

М

Медико-соціальна допомога, 164–165

відділення, 171

основні види діяльності, 173

пріоритетний напрям роботи, 172

Медико-соціальна робота

мета, 165

об'єкт, 165

особливість, 165–166

функції, 166–169

інтегративні, 167

медико-орієнтовані, 166

соціально-орієнтовані, 166

патогенетична, 168

профілактична, 168

Медико-соціальна служба, 169

медико-соціальний працівник, 169–174

волонтер, 171

діяльність, 172–173

нормативне навантаження, 173–174

фахівець вищого рівня, 169

фахівець середньої ланки, 170–171

Медицина

етап переднауки, 14

етап розвитку науки, 15–16

теоретизація, 17

Медична генетика, 197

Медична діяльність

об'єкт, 24

Медичний експеримент, 216–221

над людиною, 216–221, 281

етичні принципи, 221–222, 280

наслідки, 291

правила здійснення, 222–223

сучасність, 218

у історичній площині, 217

Медичний труєнтизм, 95–99

Методологія як основа сучасної науки, 32–34

Моделі взаємин між лікарем і пацієнтом

колегіального типу, 50
контрактного типу, 50
непатерналістська, 273
патерналістська, 50, 273–275
технічного типу, 50
Мораль, 211–224, 258
відсутність формальної визна-
ченості, 215
вимогливість до поведінки
людини, 216
вираження, 215
конкретність дії, 215–216
лікарська, 190
медична, 188–190
походження, 215
Моральні норми медика, 275
Моральність, 256
Моральна відповідальність лі-
каря, 230–232
Моральний вибір, 258
як фактор здоров'я, 259
Моральний обов'язок, 191
у медицині, 190, 202–203
Моральний статус плоду,
311–313
Морально-етичний менталітет
лікарів, 192

Н

Народні уявлення про сутність
хвороб, 147
Насилля / ненасилля, 54–55
Наукознавство, 10–11
Незалежний етичний комітет,
281–282

Новий Завіт, 304
про плоть, 304
про тіло, 305–306
Нюрнберзький кодекс, 280

О

Особистісний сенс, 47
Особистість
дескриптивний аспект, 312
нормативний аспект, 312

П

Патерналізм, 65, 69
Первинна медико-санітарна до-
помога, 124, 127, 128, 137
Персоналізація навколишнього
середовища, 146
Перший медичний кодекс, 189
Поліпрагмазія, 243
Походження життя, 40–43
концепція біогенезу, 41
креаціонізм, 40
теорія біохімічної еволюції, 41
теорія довільного та спонтан-
ного зародження, 40–43
теорія органічної еволюції, 41
теорія панспермії, 41
теорія стаціонарного стану, 41
Права пацієнта, 211–212, 274,
277, 282–283
Право, 211–224
вимогливість до поведінки
людини, 216
вираження, 215

конкретність дії, 215
на життя та здоров'я, 232
на продовження роду, 310–311
на смерть, 65, 72
походження, 215
прецедентне, 213
формальна визначеність, 215
Предмет медицини, 25
Прикладна етика, 49
предметне поле, 49
Принцип репродуктивної свободи, 310–311
Природознавство, 18
теорії, 17
Профілактична медицина, 18
Професійна етика, 176

Р

Раціоналізм, 20
Раціональні та ірраціональні способи лікування, 148
Реінкарнація, 63–64
Релігія, 300–320
поняття, 300
про здоров'я, 300–320
про медицину, 300–320
Репродуктивні права чоловіків, 285–286
Репродуктивні технології, 286–290
Реформування системи охорони здоров'я, 124–125
Національна програма, 127–128
Рігведа, 301

Розвиток наукового знання
етап науки, 13
етап переднауки, 13
наука Нового часу, 18–19
перехід від етапу переднауки до етапу науки, 16–17

С

Сайєнтифікація техніки, 29
Свобода віросповідання й релігійних цінностей, 53
Сенс життя, 40–55
принципи, 48
Системотехніка, 29
Сімейна медицина, 123–137
принципи, 128, 129
у історичній площині, 126
Сімейний лікар, 123–137
імідж, 131–133
етичні норми у Ісламі, 316–317
завдання, 131–133
компоненти діяльності, 129
обов'язки, 125, 126, 129–130, 135
переваги, 126
психологічна допомога пацієнту, 133
у історичній площині, 124
Скринінг, 196
Смерть, 62–77
критерії, 272
стадії, 273
у християнстві, 305–306
як соціокультурне явище, 270

Смерть мозку, 284
критерії, 284
Соціальна медицина, 163–164
завдання, 163–164
Соціальна робота, 157–179
засоби, 159–160
мета, 160
об'єкт, 158
суб'єкт, 158–159
організатор, 159
практичний соціальний працівник, 159
управління, 160
форми
соціальна допомога, 161
соціальна підтримка, 161
соціальна реабілітація, 161
соціальний захист, 161
функції, 159
як діяльність, 157
як цілісна система, 158
Соціальний працівник, 158,
174–179
основні етичні принципи
діяльності, 177–178
основні підходи у роботі,
174–175
особистісні та моральні якості,
178
практичні поради, 178–179
професійні знання та вміння,
175–176
професійні функції, 175
Соціально-медичні послуги,
161–162
Соціологія науки, 10

Старий Завіт, 304
про причини хвороби, 307
про тіло і плоть, 304, 305
Стереотипи, 143–152
поняття, 143
Сурогатне материнство, 315
позиція Церкви, 315
Сучасна методологія
рис, 33
Сцієнтистський спосіб мислення, 19

Т

Творчий підхід до справи, 94
Творчість, 82–99
в античній філософії, 82
в епоху Відродження, 83
діалектична точка зору, 91
етапи, 91–93
завдання медичних вишів,
94–95
клінічна, 89–91
рівні, 90
цінність, 90–91
медична, 87–91
особливості, 88–89
передумови, 90
причини, 88
суб'єкт, 90
метафізична точка зору, 91
наукова, 87
ознаки
новизна, 86–87
цінність, 87
поняття, 87

- у матеріалізмі, 84–86
 - у Новий час, 83
 - у філософії життя, 83–84
 - у християнській філософії
 - Середньовіччя, 82
 - як діяльність людини, 86
 - Теоретизація медицини, 17, 23–26
 - об`єкт, 23
 - предмет, 23
 - рівні, 23
 - Теоретизація науки
 - принципи, 23
 - Теоретична медицина, 17, 22
 - Технізація, 105–117
 - Технізація медицини, 105–117
 - етапи, 109–110
 - «ветеринаризація», 109
 - комп'ютеризація, 110
 - тотальна технізація, 109–110
 - негативні наслідки, 114–116, 240–241
 - позитивні наслідки, 111–112, 240
 - Технізація суспільства, 105–117
 - етапи, 108–109
 - автоматизація, 108–109
 - знаряддя ручної праці, 108
 - комп'ютеризація і новітні технології, 109
 - механізація та машинізація, 108
 - негативні наслідки, 112–114
 - оптимістична філософська позиція, 110–111
 - песимістична філософська позиція, 113–114
 - позитивні наслідки, 111
 - Техніка, 105–117
 - і медицина, 26–30
 - історія співіснування, 27–29
 - сучасні філософські підходи до співвідношення, 29–30
 - класифікація, 107
 - медична, 107
 - класифікація, 107
 - поняття, 107
 - поняття, 106
 - сутнісні ознаки, 106
 - як посередник між лікарем і пацієнтом, 115
 - Технічна свідомість, 114
 - Технічна складова медицини, 26–27
 - Техноетика, 116–117
 - Технологічний детермінізм, 116
 - Товариство добровільної евтаназії, 70
 - Трансплантологія, 197–198, 284
 - морально-етичні питання, 198
- У**
- Утилітаристські етичні концепти, 191
- Ф**
- Фармаційна агресія, 243
 - Фетальні тканини, 199
 - Фетальна терапія, 286, 290
 - Філософія медицини, 8–34

Філософія науки, 8–34
предмет, 13
структура, 13
типологія природи, 12
як внутрішня рефлексія, 9
як зовнішня рефлексія, 9
Філософія техніки, 26
Філософська методологія, 21

Х

Хвороба, 251–265
інформаційна природа, 260–
261
духовна природа, 251–265
природа
у ідеалізмі, 251
у матеріалізмі, 251
причини, 261, 264
Хоспіс, 75–76
історія, 75–76
принципи впливу на хворих,
75

Ц

Цивільний кодекс України, 219
цінності, 40–55

Ш

Штучне запліднення
позиція церкви, 314–315

Ю

ЮНЕСКО, 273–239

Я

Якість медичної допомоги, 232
Ятрогенії, 237–239
поняття, 237
співвідношення з лікарською
помилкою, 238–239

Іменний покажчик

А

Августин, 82
Авель, 260
Авісага, 308
Авіценна, 21, 96, 98, 99
Адам, 254, 257, 259, 305
Адмірал П., 71
Аквінський Ф., 82
Амосов М., 131, 134
Апресян Р., 49
Аристотель, 18, 27, 40, 64, 189
Афінагор, 313
Ахур Мазда, 63

Б

Баліт М., 115
Бекон Ф., 18–20, 66, 83, 136
Белл Д., 110
Бентам І., 190, 191
Бергсон А., 42, 83, 84
Бердяєв М., 21, 110, 113, 114
Бернар К., 217
Біндінг К., 66
Бойль Р., 97
Бруно Дж., 83
Будда, 45
Булгаков М., 199
Булгаков С., 302
Бунге М., 11

В

Везалій А., 217
Вересаєв В., 234
Вірхов Р., 22, 23
Войно-Ясенецький В., 263

Г

Габермас Ю., 289, 290, 292, 293
Гайдегер М., 113
Гален К., 21, 190
Галілей Г., 18
Гальтон Ф., 98
Гарвей У., 18
Гарньє Ж., 75
Гартман Ф., 15
Гегель Г., 194
Геракліт, 135
Геродот, 189
Гіппократ, 14, 15, 21, 188, 190,
231, 318, 319
Гіршман Л., 137
Гоббс Т., 83
Гохе А., 66
Гроф С., 272
Гусейнов А., 49
Гуссерль Е., 33

Д

Давид, 305, 308
Давидовський І., 24, 234, 235

Дарвін Ч., 41
Дейнега В., 238, 244
Декарт Р., 18–20
Дженнінгс Б., 214
Джоунс Г., 195
Дмитрієва С., 149
Дргонц Я., 216
Дюринг К., 9
Дюркгейм Е., 214

Е

Ельштейн Н., 109
Елюль Ж., 113, 114
Епікур, 64
Еренрейх Б., 144

Є

Єва, 254, 257, 258

Ж

Жижек С., 293
Жирнов В., 21

З

Зорза В., 75, 76

І

Ілія, 308
Ільїн І., 263
Інґліш Д., 144
Іоанн Златоуст 303, 313

Іов, 307
Ісав, 306
Ісак, 306, 308
Ісус (син Сирахова), 316
Ісус Христос, 54, 255, 256,
301–303, 305, 306, 308

К

Каїн, 260
Кан Г., 110
Кант І., 52, 83, 190, 191
Кардано Д., 98
Карнап Р., 11
Кеворкян Дж., 71
Кеннеді Е., 75
Кіссінджер Г., 76
Кляйн Р., 288
Конфуцій, 40, 62
Коперник Н., 96, 97, 99
Копнін П., 11
Кореа Д., 288
Кребс А., 286
Кун Т., 31, 32

Л

Лакатос І., 12, 31, 32
Ламарк Ж., 41
Леонт'єв О., 47
Леопольд К., 198
Локк Дж., 83
Лоузі Дж., 12
Лукрецій Кар, 64
Льюїс К., 289

М

Магомет, 54
Майєс М., 288
Малая Л., 150, 151
Марк Аврелій, 64
Марфа, 302
Мафусаїл, 252
Мемфорд Л., 113
Мечников І., 271
Міллер Дж., 191
Мойніган Б., 95
Мойсей, 54, 307
Моль А., 126, 217
Моруа А., 77

Н

Ніцше Ф., 42
Нострадамус М., 95, 96, 99
Ньютон І., 18

П

Павло, 305, 308
Павлов І., 23
Парацельс, 21
Пастер Л., 41
Петленко В., 23
Пирогов М., 149, 234
Піфагор, 45
Платон, 18, 45, 64
Поланьї М., 31
Поппер К., 11, 31
Поттер В., 212

Р

Рабле Ф., 98
Ренодо Т., 97–99
Річ В., 50
Ромбах Г., 19

С

Саундерс С., 75
Сельє Г., 16, 23, 127
Сенека, 64
Сеченов М., 148
Смоляр Л., 149
Сократ, 24, 64, 65, 310
Соловійов В., 216
Спіноза Б., 83
Стьопін В., 13

Т

Тейлор Е., 75
Тимофій, 308
Толстой Л., 55
Тофлер О., 110
Трисмегіст Г., 63
Тулмін С., 31

Ф

Фабіола, 75
Файєрстоун С., 287
Фейєрабенд П., 12
Фокс Т., 74
Франк Ф., 11, 12
Франкл В., 48

Фрейд З., 16, 73, 84, 271
Фуко М., 133, 271

Х

Хам, 260
Хелбронен Дж., 113
Хенсон К., 31
Холлендер П., 216
Холтон Дж., 31
Хрустальов Ю., 13

Ц

Царегородцев Г., 13
Цельс, 15, 21, 217
Цицерон, 189, 190

Ч

Чаргафф Е., 201

Ш

Шахова С., 149
Швейцер А., 195
Шеллінг В., 83
Шіллер Ф., 98
Шопенгауер А., 42
Шпільрейн С., 271

Ю

Юнг К., 271

Я

Ясперс К., 106, 110

Навчальне видання

Алексеєнко Алла Петрівна — доктор філософських наук, професор;
Лісовий Володимир Миколайович — доктор медичних наук, професор;
Карпенко Катерина Іванівна — доктор філософських наук, професор;
Гончаренко Леонід Олександрович — кандидат філософських наук, доцент;
Гусєва Людмила Михайлівна — кандидат філософських наук, доцент;
Лантух Алла Павлівна — кандидат філософських наук, доцент;
Левчук Віктор Георгійович — кандидат філософських наук, доцент;
Марущенко Олег Анатолійович — кандидат соціологічних наук;
Руденко Оксана Сергіївна — кандидат філософських наук;
Сіда Юлія Станіславівна — кандидат соціологічних наук.

Соціально-філософські та етичні проблеми медицини

Редактор *В. А. Мац*
Комп'ютерна верстка *В. В. Тарасенко*

Підп. до друку 25.02.2010.
Формат 60×84 /16. Друк ризографічний. Гарнітура шкільна.
Умов. друк. арк. 19,8. Умов. вид. арк. 14,5. Тираж 300 прим.
Зам. № 961.

Харківський національний медичний університет
61022, м. Харків, пр. Леніна, 4

Видавництво «Колегіум».
61093, м. Харків, вул. Іллінська, 57/121.
Тел./факс: (057) 703-53-74

Свідоцтво про держреєстрацію:
серія ДК № 1722 від 23.03.2004.

Надруковано у друкарні
СПД ФО Тарасенко В. П.
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267.
Тел./факс: (0572) 52-82-11