

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ГУМАНІТАРНІ ВИМІРИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ:
МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ДІАЛОГ**

Колективна монографія

Запоріжжя
2020

УДК 61:378:009

Г 94

Рецензенти:

Торкут Н.М., доктор філологічних наук, професор, академік АН ВШ України, директор Навчально-наукового шекспірівського центру, Запорізький національний університет.

Лепський М.А., доктор філософських наук, професор, професор кафедри соціології Запорізького національного університету

Дяченко М.Д., доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри теорії та практики перекладу Класичного приватного університету

*Ухвалено до друку рішенням Вченої ради
Запорізького державного медичного університету
(протокол № 2 від 28 вересня 2020 р.)*

Редакційна колегія: д. філол. н., професор **Т.В. Гребенюк**; д. філос. н., професор **В.А. Жадько**; д. філол. н., професор **О.Д. Турган**; д. філос. н., професор **І.Г. Утюж**; к. пед. н., доцент **Л.І. Васецька**; к. пед. н., доцент **К.І. Гейченко**; к. філол. н., доцент **О.В. Гордієнко**; к. пед. н., доцент **А.К. Куліченко**; к. філол. н., доцент **Л.В. Сазанович**; к. н. з держ. упр., доцент **О.В. Соловйова**.

Відповідальний редактор: к. філол. н., доцент **Д.А. Москвітін**.

Г 94 Гуманітарні виміри сучасної медичної освіти : колективна монографія / відп. ред. Д.А. Москвітін. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 172 с.

ISBN 978-966-417-193-X

Колективна монографія містить наукові статті, присвячені актуальним питанням різноманітних галузей медичної гуманітаристики. Автори висвітлюють проблеми філософії, біоетики, лінгвістики, літературознавства, викладання гуманітарних дисциплін у медичних ЗВО та мовної освіти майбутніх спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Видання розраховане на студентів, магістрантів, аспірантів, викладачів закладів вищої освіти та всіх тих, хто цікавиться сучасною медичною гуманітаристикою.

УДК 61:378:009

**За зміст статей і правильне цитування відповідальність
несуть автори.**

© Колектив авторів, 2020

® Видавництво Запорізького державного
медичного університету, 2020

ISBN 978-966-417-193-X

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
I. ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ ТА БІОЕТИКИ.....	6
<i>Утюж Ірина Геннадіївна</i> <i>Спиця Наталя Валеріївна</i> КОНСТРУКТИВНА СТОРОНА СОЦІОГУМАНІТАРИСТИКИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: ПОГЛЯД ІЗ МАЙБУТНЬОГО	6
<i>Жадько Віталій Андрійович</i> ЄДНІСТЬ ЛЮДИНОЗНАВСТВА І ПРИРОДОЗНАВСТВА ЯК ВИХІДНИЙ БАЗИС ГУМАНІТАРИСТИКИ	15
<i>Селетий Дмитро Петрович</i> СУТНІСТЬ І ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ БІОЕТИКИ ЯК НОВОЇ СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКОЇ ДИСЦИПЛІНИ	26
II. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН У ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ.....	36
<i>Трегуб Світлана Євгенівна</i> ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ СПІЛКУВАННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ ВИШАХ.....	36
<i>Мегрелішвілі Марія Олексіївна</i> СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН «РЕЛІГІЄЗНАВСТВО» І «СВІТОВА ЦИВІЛІЗАЦІЯ» У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	42
<i>Жаворонкова Вікторія Василівна</i> <i>Беспала Лілія Володимирівна</i> ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ: СВІТОВИЙ ДОСВІД І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ	49
<i>Орел-Халік Юлія Владиславівна</i> <i>Скрипник Юлія Сергіївна</i> МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО	56
III. СПЕЦИФІКА МОВНОЇ ОСВІТИ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ.....	65
<i>Сазанович Лариса Вікторівна</i> <i>Куліченко Алла Костянтинівна</i> LANGUAGE BARRIER AS A CHALLENGE OF INTERCULTURAL EDUCATION (MOROCCAN ENGLISH AND NIGERIAN ENGLISH as cases in point).....	65
<i>Васецька Лариса Іванівна</i> <i>Соловйова Ольга Володимирівна</i> ІННОВАЦІЇ В НАВЧАННІ МОВИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА ДОВУЗІВСЬКОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ: МЕТОДИ, ПІДХОДИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ.....	75
<i>Гриценко Ольга Вікторівна</i> ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ НА ЗАНЯТТЯХ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ....	89
<i>Ragrina Zh.M.</i> <i>Geichenko K.I.</i> «BLENDED LEARNING ENVIRONMENT» AS AN EFFECTIVE CONDITION FOR PROFESSIONAL TRAINING AT UNIVERSITIES.....	97

Саме тому, що **мають** дипломи, але не статус людини в якості істоти, адекватної цілісності **Буття**.

Досягненню такої мети має сприяти вся цілісність навчальних дисциплін, а не лише їх суспільно-гуманітарний цикл. Якщо людина – мікрокосм, подібний макрокосму, то не існує навчальних дисциплін, які б не мали безпосереднього й прямого відношення до визначення сутнісних сил людини. Поділ на гуманітарні й природознавчі науки *умовний*, через що він не може бути *умовою* організації системи освіти й виховання. Таке розуміння можна сформуванати у всіх представників професорсько-викладацького складу за однієї *умови*. А саме: має бути тісна співпраця між вченими, умовно віднесеними до гуманітаріїв, і тими, хто фактично сам себе усунув від людинознавчої сутності природознавства.

Список використаної літератури

1. Антологія мирової філософії: В 4-х т. : М., «Мисль», 1970. Т. 2. 776 с.
2. Быховский Б.Э. Шопенгауер. : М., «Мисль». 1975. 201 с.
3. Лоренц К. Агрессия (так называемое Зло). *Вопросы философии*. 1992. №3. С.5-38.
4. Маркс К. Экономическо-философские рукописи 1844 года. : М., Политиздат, 1974. Т.42. С.41-174.
5. Морен Е. Втрачена парадигма: природа людини. *Філософська і соціологічна думка*. 1995. №№ 5-6. С.90-109.
6. Фейербах Л. Избранные философские произведения: В 2-х т. Сущность христианства: М., Госполитиздат, 1955. Т.2. С.7-405.
7. Фромм Э. Иметь или быть? : М., Прогресс, 1990. 543 с.
8. 8.Эфроимсон В.П. Генетика этики и эстетики. http://platona.net/load/knigi_po_filosofii/ehnika_i_ehstetika/ehfroimson_v_p_genetika_ehtiki_i_ehstetiki/36-1-0-1990

УДК 614.253

Сепетий Дмитро Петрович,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри суспільних дисциплін
Запорізького державного медичного університету

СУТНІСТЬ І ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ БІОЕТИКИ ЯК НОВОЇ СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Анотація. У статті розглядається питання про особливості біоетики як нового етапу розвитку та розширення медичної етики, початок якого прийнято датувати 1970-ми роками. Обговорюються основні підходи до розуміння феномену біоетики, визначення чинників її формування та інституціоналізації як нової академічної дисципліни. Як їх узагальнення, обґрунтовується погляд, що найважливішими з таких чинників були 1) досягнення у розвитку біомедичних технологій у середині ХХ століття нового якісного рівня, що уможливило не лише медичну допомогу у відновленні організмом нормального природного

функціонування й усунення причин дисфункцій, але й штучну зміну функціональності організму та порушення кордонів між індивідуальними організмами; 2) секуляризація суспільства, наслідком якої є втрата теологами статусу визнаних авторитетних експертів з моральних питань; 3) “депрофесіоналізація” медицини як втрата нею характеру саморегульованої корпорації, етичні засади професійної діяльності представників якої визначаються переважно зсередини корпорації; 4) як наслідок 2) та 3), суспільний запит на зовнішній щодо медицини інститут світських експертів з питань медичної етики; 5) задоволення цього запиту у формі створення спеціальних науково-освітніх біомедичних установ та урядових біомедичних комісій.

Ключові слова: біоетика, депрофесіоналізація, секуляризація, інституціоналізація, біомедичні технології.

Abstract. *The article considers the specifics of bioethics as the newest stage of the development and enhancement of medical ethics, usually dated back to the 1970s. It discusses different views on the phenomenon of bioethics and main factors of its formation and institutionalization as an academic discipline. The discussion highlights the following main factors: 1) the achievement of a qualitatively new level in the development of biomedical technologies in the mid-20th century, which goes far beyond the provision of more efficient medical help aimed at the restoration of normal, natural functioning and the elimination of the causes of dysfunctions, and enables artificial changes in the functionality of an organism and violations of the borders between individual organisms; 2) the secularization of society, when the theologians lost their status of socially recognized moral experts; 3) “deprofessionalization” of medicine, its loss of its character as a self-regulating corporation that determines ethical foundations of its members from inside; 4) as a consequence of 2) and 3), the emergence of social demand for external (with respect to medicine) institution of secular experts in the issues of medical ethics; 5) the satisfaction of this demand by the formation of special scientific and educational biomedical institutions and governmental biomedical commissions.*

Key words: *bioethics, deprofessionalization, secularization, institutionalization, biomedical technologies.*

Постановка проблеми. Біоетика є новою науково-гуманітарною академічною дисципліною, формування якої прийнято датувати межею 1960-х-1970-х років. Згідно типових визначень (див., наприклад, [12, pp. 3-4; 8, p. 6; 11, p. xxi]), біоетика є розділом нормативної етики, який досліджує етичні проблеми (особливо, але не виключно, у царині медицини), що виникають внаслідок розвитку біологічного (зокрема, медичного) знання і заснованих на ньому технологій. Такі визначення не дають підстав для недавнього й досить точного датування виникнення біоетики, що є майже загальноприйнятим у сучасній літературі. Етичні питання, пов'язані з застосуванням біомедичного знання, обговорювалися тисячоліттями, а основи медичної етики були сформульовані ще в часи Античності Гіпократом та його учнями. Тож чому виникнення біоетики прийнято датувати саме межею 1960-х-1970-х років?

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно пояснення Трістрама Енґелгардта, в означений період відбувається «раптове виникнення біоетики як соцієтально визнаного джерела морального керівництва з великою кількістю уповноважених моральних експертів» [4, p. 60]. Аналіз літератури, в якій обговорюються причини інституціоналізації біоетики у 1970-х рр., дозволяє виокремити наступні ключові фактори:

1) досягнення у розвитку біомедичних технологій у середині ХХ століття нового якісного рівня, що уможлиблює не лише медичну допомогу у відновленні організмом нормального природного функціонування й усунення причин дисфункцій, але й штучну зміну функціональності організму та порушення кордонів між індивідуальними організмами;

2) секуляризація суспільства, наслідком якої є втрата теологами статусу визнаних авторитетних експертів з моральних питань;

3) «депрофесіоналізація» медицини як втрата нею характеру саморегульованої корпорації, етичні засади професійної діяльності представників якої визначаються переважно зсередини корпорації;

4) як наслідок 2) та 3), суспільний запит на зовнішній щодо медицини інститут світських експертів з питань медичної етики;

5) задоволення цього запиту у формі створення спеціальних науково-освітніх біомедичних установ та урядових біомедичних комісій.

Окреслимо зміст і значення кожного з цих факторів для формування біоетики дещо докладніше.

Мета статті – з'ясування та деталізація підстав для виокремлення біоетики як особливої етичної дисципліни, що формується та інституціоналізується на межі 1960-х-1970-х років.

Виклад основного матеріалу.

1) Першим і найважливішим фактором інституціоналізації біоетики в означений період є стрімкий розвиток біомедичної науки та ґрунтованих на ній технологій у ХХ столітті. З одного боку, від цих технологій є велика медична користь; завдяки ним сучасні люди «є здоровішими і живуть довше, ніж будь-коли раніше, а хворий може отримати допомогу у способи, про які колись можливо було лише мріяти» [9, с. vii]. З іншого боку, вони уможливають радикальне порушення природного розвитку людського життя з небезпечними або непередбачуваними наслідками, і можуть бути джерелом надмірної й неконтрольованої влади.

Дослідники відзначають, зокрема, що протягом усієї історії людства до ХХ століття, лікар міг надати пацієнту лише дуже обмежену допомогу у боротьбі з хворобами, продовженні життя та полегшенні страждань. Зокрема, основою гіпократичної медицини був принцип «Не нашкодь!» та ідея, що лікує сама природа, а роль лікаря полягає у тому, щоб їй у цьому допомагати (переважно, гігієнічними й дієтичними засобами). Протягом багатьох століть такий підхід був найкращим, оскільки за тогочасного біомедичного знання радикальніші спроби медичного втручання (такі як, наприклад, «лікування» кровопусканням) приносили, як правило, набагато більше шкоди, ніж користі [2, с. 1-12]. Звідси, влучний афоризм німецького письменника ХVIII ст. Жана Поля Ріхтера: «добрий лікар врятує якщо не від хвороби, то від поганого лікаря». Ситуація почала суттєво змінюватися – на користь більш інвазивної медицини – лише наприкінці ХІХ століття, і ці зміни набули великого масштабу у другій половині ХХ століття. В сучасному світі, завдяки розвитку біомедичних технологій, лікар в багатьох ситуаціях має «владу вирішувати питання життя та смерті» [8, р. 6].

Разом із можливостями медицини, і навіть швидше за них, стали збільшуватися суспільні очікування стосовно медичної допомоги. Реймонд

Таліс у книзі «Клятва Гіпократата: медицина та її невдоволення» [13] звертає увагу на такий парадокс: сучасна медицина є загалом набагато доступнішою й незрівнянно ефективнішою, аніж, скажімо, медицина сторічної давності; проте суспільна оцінка лікарської діяльності не покращилася, а значно погіршилася. Пацієнт зазвичай очікує, що лікар мусить надати ефективну допомогу; якщо така допомога надається, то це сприймається як належне і не дуже цінується; натомість, недоліки в лікарській практиці й організації медичної допомоги викликають гостре невдоволення. Раніше, коли лікар мало чим міг допомогти пацієнту, лікарська професія користувалася набагато більшою повагою, аніж у сучасному суспільстві, в якому переважним настроєм по відношенню до медичної допомоги є невдоволення. Одним з наслідків цього невдоволення є численні спроби «покращувати» медицину шляхом усе більшого зовнішнього регулювання (з боку держави), що в дійсності нерідко має наслідком значне погіршення.

Проте найважливішим для інституціоналізації біоетики, мабуть, було те, що розвиток біомедичних технологій досяг рівня, за якого можливим стало радикальне втручання у процеси функціонування й розвитку живих організмів (у т. ч. людських), що виходить далеко за межі «природного» (починаючи від створення й імплантації штучних органів і закінчуючи генною інженерією та клонуванням) або порушує природні межі між окремими організмами (трансплантація органів). Саме такі технології породжують велику частину найбільш гостродискусійних біоетичних проблем.

Формування у 1970-х рр. біоетики як окремої академічної дисципліни можна досить повно пояснити на основі цього розвитку та кількох соціальних факторів, на яких акцентує увагу Трістрам Енґелгард. Він пов'язує виникнення біоетики з суспільною потребою у моральних експертах, яка виникає з поєднання інституційного характеру медицини ХХ століття як такої, що великою мірою залежить від урядової підтримки, депрофесіоналізації медицини та секуляризації суспільства [4, с. 61]. На значенні секуляризації суспільства та депрофесіоналізації медицини для виникнення біоетики наголошує також Кевін Вілдес [16, с. 116].

2) Значення секуляризації для становлення біоетики зумовлено наступним. Традиційно, релігія мала визначальний вплив на формування етичних засад суспільного життя в усіх сферах, у тому числі, у медичній діяльності. Теологи були, крім усього іншого, визнаними у суспільстві моральними авторитетами, і вони традиційно приділяли значну увагу питанням медичної етики. Зокрема, вони виявилися дуже чутливими до біоетичних проблем, що з особливою гостротою постали у II половині ХХ століття: «у 1960-х, ... моральних теологів хвилювали питання, що піднімалися новою біологією та медициною» [6, с. 34]. Як відзначає Джордж Куш, теологи були «вишколені в етичній рефлексії» і «відігравали найбільш визначну роль на ранньому етапі формування дисципліни»; вони «взялися за найбільш актуальні питання, такі як питання смерті, вмирання чи генетики, і сформулювали відповіді, які досі задають структуру багатьох сучасних дискусій» [7, с. 4]. Проте в другій половині ХХ століття, як результат тривалого процесу секуляризації в країнах Європи та Америки, теологічний дискурс вже не мав традиційного впливу, і теологи мусили

шукати спільну – нетеологічну – мову зі світськими дослідниками біоетичних проблем – філософами, соціологами тощо. Як відзначає Альберт Джонсен, теологи «відчували, що доктринальні переконання, що є джерелом їх дисципліни, не були прийнятними для усіх учасників обговорення»; тому вони «стримували себе у використанні теологічної мови», «обмежували посилання на біблійні та доктринальні джерела та намагалися перекладати уроки, яким навчали ці джерела, в екуменічний формат» [6, с. 33, 34].

3) Під «депрофесіоналізацією» медицини, дослідники мають на увазі втрату спільнотою медиків статусу великою мірою закритої корпорації, діяльність представників якої регулюється нормами, виробленими всередині самої цієї корпорації. Термін «професія» тут вживається у спеціальному смислі, який Джордж Куш визначає через три ознаки: 1) «професіонал ініційований у спеціальний корпус знання»; 2) «професіонал має особливу етику і служить суспільному благу»; 3) «професіонали регулюють власну поведінку». При цьому «етичні ідеали, які включають зобов'язання служити благу інших або суспільства, розглядаються як виправдання для того, щоб суспільство довіряло професіоналам належне саморегулювання» [7, с. 21].

Медична професія мала такий характер від часів Гіпократів і до ХХ століття; проте у ХХ столітті (особливо, у другій його половині) вона стала його втрачати. З одного боку, на медицині не могла не позначитися загальна комерціалізація суспільства. З іншого, зростав суспільний запит на зовнішню регуляцію та контроль медичної діяльності: «у ліберальних демократіях, внутрішні цінності й норми медицини не могли більше легітимно керувати новими, підтримуваними суспільством інституціями охорони здоров'я та біомедичних досліджень; потрібні були зовнішні цінності» [4, с. 63]. Кевін Вілдес вбачає визначальну відмінність між біоетикою та традиційною медичною етикою якраз в «усвідомленні важливої ролі нелікарів у наявних у медицині етичних виборах»: «[е]тика гільдії вже не годилася для розгляду етичних питань медичної практики та досліджень» [16, с. 113].

З цим пов'язана і важлива зміна в розумінні головних засад медичної етики. Якщо традиційна медична етика (від Гіпократів) майже цілком керується принципами добродійності та незавдання шкоди, то в сучасній медичній етиці на перше місце вийшов принцип поваги до автономії пацієнта. Іншими словами, відбувся перехід від беззаперечного панування медичної етики, що відповідає патерналістській моделі відносин лікаря з пацієнтом, до суспільного схвалення медичної етики, що відповідає моделі партнерства або контрактній моделі. Як пише Джордж Куш, медицина «перестала бути цариною лікарів, що приймають патерналістські рішення заради своїх пацієнтів», що Едмунд Пелеґріно характеризував як «розрив з двома тисячоліттями Гіпократичної традиції» [7, с. 5].

Куш також звертає увагу на те, що зміни в розумінні пріоритетів та підстав медичної етики в процесі «депрофесіоналізації» медицини можна розглядати як досить подібні до зміни наукової парадигми за Т. Куном. Стара ортодоксія, що панувала до 1970-х років (зразково репрезентована у впливовій праці Абрагама Флекснера «Медична освіта в Сполучених Штатах та Канаді», 1910 р. [5]) поєднувала патерналізм гіпократівської традиції з поглядом на медицину як науково ґрунтовану практику, яка здійснюється на

основі того самого методу, який застосовується і в науковому дослідженні; відповідно, що є медично показаним, а що ні – є «функцією науки, а не соціоекономічних або індивідуальних цінностей». В цій перспективі, «лікар – це капітан корабля, центральний агент практики, і фокусом діяльності цього лікаря є індивідуальний пацієнт»; «таким чином, *клінічна царина* асоціюється з *цариною рішень лікаря*». Роль пацієнта є пасивною: він «зазвичай виходить з того, що лікар знає, що насправді є кращим, і пасивно погоджується з тим, що лікар пропонує». Панівною є інженерна модель відносин лікаря й пацієнта; мета таких відносин –вилікувати пацієнта від хвороби; хвороба перебуває у фокусі і «розуміється як дефект у тілі, яке є машиною»; відновлення здоров'я – це усунення цього дефекту [7, с. 12].

Нова біоетична «парадигма», що утверджується з 1970-х років, прагне до подолання патерналізму традиційної медичної етики на основі визнання, що «пацієнт може концептуалізувати та осмислити "кращий інтерес" інакше, аніж лікар»: «те, що є "медично показаним", не обов'язково є тим, що слід робити в перспективі пацієнта»; «необхідним є діалог між лікарем та пацієнтом». Така спрямованість знайшла відображення насамперед в доктринах інформованої згоди (*informed consent*) та завчасних директив (*advance directives*). Звертається увага також на обмеження «інженерної» моделі хвороби (як порушення нормального функціонування машини-тіла) і потребу ширшого погляду на хворобу як *недугу* (англ. *disease*, етимологія якого вказує на порушення спокою, комфорту, *dis-ease*), в перспективі пов'язаного з нею психологічного дискомфорту. Загалом, «нова клінічна етика намагалася надати опис хвороби та відносин лікар-пацієнт, який більш повно охоплював би багату текстуру життя і забезпечував би основу для розвитку моральних норм, які могли б спрямовувати клінічні відносини» [7, с. 13].

Разом із цими ціннісними змінами й становленням інституту біомедичних експертів як зовнішнього щодо медичної професії джерела етичного керівництва медичної діяльності, збільшувався і зовнішній контроль, який здійснюють уряд, страхові компанії, громадські організації тощо.

Варто проте звернути увагу, що «депрофесіоналізація» медицини має суттєві негативні аспекти, які докладно обговорюються Реймондом Талісом у книзі «Клятва Гіпократата» [13]. Втрата етичного пафосу лікарської професії приводить до послаблення альтруїстичної мотивації лікарів, їхньої готовності приходити на допомогу поза межами робочого графіка тощо. Дріб'язковий контроль за діяльністю медиків з боку держави веде до зростаючої бюрократизації і пов'язаної з нею непродуктивної витрати часу й зусиль лікарів. Як наслідок розвитку практики кримінального переслідування лікарів за рішення, що привели до значних негативних наслідків для пацієнта, лікарі часто уникають терапевтичних дій, пов'язаних із високим ступенем ризику (якщо такі дії від них прямо не вимагаються нормативними документами), навіть в умовах, коли невчинення таких дій наражає життя і здоров'я пацієнта на значно більший ризик. Сприйняття медиками своєї діяльності як насамперед пропонування й надання послуг, за які клієнт готовий заплатити (що відповідає загальній ідеології сучасного «суспільства споживання»), радше ніж як гуманістичну місію, покликання, керовану емпатією та почуттям обов'язку допомоги пацієнту, що страждає від хвороби, веде до погіршення

якості медичної допомоги, яке приховується за покращеним «фасадом» комунікативного мистецтва, вдаваної уважності й турботи.

Слід також з великою обережністю ставитися до критики «сцієнтизму» в медицині та «дегуманізуючого» погляду на тіло як машину, а хворобу як пошкодження в функціонуванні цієї машини. Таліс відзначає, що саме така «дегуманізація» – механізація погляду на людське тіло та хворобу (починаючи від анатомічних праць Везалія та Гарвея у XVI ст., і не в останню чергу завдяки дуалізму Декарта, частиною якого був механіцизм у відношенні до тіла) була одним із ключових факторів, що уможливив їхнє плідне наукове дослідження і, зрештою, величезні успіхи медицини останніх двох століть [13, с. 16-17]. І, поза сумнівом, те, що робить сучасну «офіційну» медицину незрівнянно ефективнішою за медицину минулих століть, як і від сучасних «альтернативних» медичин, – це саме її наукова ґрунтованість. Таліс слушно наголошує: «Як приймачі ліків ми – не організми, а складні самості (Я); проте ефективність ліків, які ми приймаємо, завдячує погляду на нас як організми. ... Триумфи медицини закорінені в біологічному розумінні хвороби, тоді як наука, мистецтво та гуманність медичної допомоги є найвищим вираженням відстані людей від їх біології» [13, с. 9-10].

Сучасна біоетика слушно звертає увагу на те, що медична практика не зводиться до цього наукового виміру; проте, з іншого боку, він є її важливою і невід'ємною частиною. Також, сучасна біоетика цілком правомірно стверджує, що головні медичні цінності – життя та здоров'я, є не єдиними цінностями, які мають братися до уваги в лікарській практиці, і слушно віддає пріоритет автономії пацієнта як зрілої особи, що спроможна і має сама приймати рішення. Проте, з іншого боку, саме здоров'я є цінністю, визначальною для медицини, і пацієнт, будучи сам малокомпетентним у лікувальній справі, мусить переважно покладатися на рекомендації лікаря. Тому було б неправильним протиставляти сучасну медичну етику традиційній; скоріше, слід розглядати її як намагання сформувати багатше і збалансованіше розуміння етичних підстав лікарської діяльності, у якому цінності традиційної медичної етики доповнюються наголосом на автономії пацієнта, а науковий підхід поєднується з глибинним гуманізмом.

4) В результаті виникнення нових біоетичних проблем, секуляризації суспільства та депрофесіоналізації медицини виник значний суспільний запит на формування інституту світських біомедичних експертів, незалежних від медичної професії. На задоволення цього запиту, з початку 1970-х років створювалися спеціальні дослідницькі центри, першими з яких стали Інститут наук про суспільство, етику та життя (the Institute for Society, Ethics and the Life Sciences) у Нью-Йорку, заснований 1970 р. Деном Калаганом, – «постійно оновлюване зібрання осіб, освічених у різних дисциплінах – філософів, теологів, правознавців, лікарів, науковців з біомедичних та суспільних наук – для обговорення етичних, соціальних та правових питань, що ставляться новою біологією та новою медициною» [6, с. 33], та Центр біоетики ім. Кеннеді Джорджтаунського університету, заснований 1971 р. Андре Хелегерсом, – «університетський осередок водночас для теоретичної рефлексії щодо питань біоетики і для навчання нової професії клінічно заангажованих філософів та етицистів» [3, с. 78]. Також, з початку 1970-х

років, у багатьох медичних школах та коледжах почали викладати курси з етики й біоетики [6, с. 38].

Зі свого боку, держава теж зробила великий внесок в інституціоналізацію біоетики як окремої царини експертизи, шляхом створення спеціальних комісій – з числа етицистів-теологів, філософів, соціологів, юристів та медичних працівників – для визначення етичних принципів та засад нормативного регулювання стосовно актуальних етичних питань у царинах біомедичних наукових досліджень та медичної практики, і впровадження за рекомендаціями експертів-біоетицистів відповідних законодавчих норм. Трістрам Енґельгардт особливо підкреслює цю роль держави, пов'язану з «систематичною та наскрізною політизацією» виміру «комунальних структур, які формують соціальний характер медичної реальності» [4, с. 60-61].

Зокрема, важливе значення мала діяльність Національної комісії з захисту людських суб'єктів біомедичних та біхевіоральних досліджень, створеної у 1974 р. Конгресом США. Одним із завдань, поставлених перед комісією, було «ідентифікувати етичні принципи, які мають лежати в основі проведення біомедичних та біхевіоральних досліджень з людськими суб'єктами та розробити вказівки, яким мають слідувати у таких дослідженнях» [6, с. 38]. Характерно, що теологи, які приймали участь к роботі комісії, при обговоренні біоетичних питань не посилалися «на власне теологічні джерела моралі, такі як накази Бога або вчення церкви»; натомість, «вони пропонували ті ж загальні міркування, що й філософи» [6, с. 38].

Результатом праці Комісії стала Бельмонтська доповідь, в якій було сформульовано три головні принципи біомедичних досліджень – принцип поваги до особи, який втілювався насамперед у вимозі інформованої згоди; принцип добродійності, що вимагав ретельного зважування потенційної користі та ризиків, пов'язаних із дослідженням; принцип справедливості, що регулював питання вибору суб'єктів, над якими проводяться дослідження. Хоча принципи, викладені у Бельмонтській доповіді, були запропоновані для біомедичних досліджень, вони застосовні також і до медичної практики. Тому у впливовій праці, написаній членами Комісії Джеймсом Чілдресом та Томом Бьючемпом, «Принципи біомедичної етики» (1979) [1], вони стають основою цілісної універсальної біоетичної теорії. Крім цієї праці, у 1980-х роках було здійснено й ряд інших важливих спроб формулювання теоретичних основ біоетики або медичної етики – такі як праця Едмунда Пелеґріно та Девіда Томази «Філософська основа медичної практики» (1981) [10], що актуалізувала аристотелівську етику чесноти в контексті медичної практики, праця Роберта Вітча «Теорія медичної етики» (1984) [15], що спиралася на впливову етичну теорію Джона Ролза, праця Трістрама Енґельгардта «Основи біоетики» (1986) [3], що ґрунтувала біоетику на кантіанському принципі автономії як сутності морального життя.

Теоретичні основи біоетики залишаються предметом дискусій між представниками дуже відмінних підходів (деонтологічного та утилітаристського, етики чесноти та ін.), світоглядів та професійного підґрунтя (теологи-етицисти, світські філософи, соціологи, юристи, медики). Попри ці великі загальнотеоретичні, світоглядні та культурні відмінності, (як відзначав Стівен

Тулмін стосовно роботи Національної комісії з захисту людських суб'єктів біомедичних та біхевіоральних досліджень) вони часто виявляються «спроможними досягати згоди у виробленні рекомендацій про дуже складні й тонкі етичні питання» [14, с. 741]. Досягати згоди – або наблизитися до неї – щодо конкретних питань медичної практики та досліджень виявляється, як правило, легше, аніж знаходити консенсус щодо загальнотеоретичного фундаменту біоетики. Коли ж згода не досягається, то біоетичний дискурс дає змогу краще з'ясувати суть проблеми, релевантні до неї факти, підстави за та проти різних позицій, досягати компромісів, що достатньою мірою враховують інтереси й погляди значної більшості. Цей процес також часто веде до поступових змін громадської думки в напрямку підтримки більш ціннісно збалансованих опцій. Це дає підстави говорити про біоетику як «напівдисципліну»: з одного боку, вона (як дисципліна) «стосується теорії, методу та стандартів»; з іншого боку, вона є «публічним дискурсом, що викликає гострі та часто хаотичні суперечки в публічному та політичному оточенні». Дискусійні питання біоетики «виникають у світі медицини та науки і визначаються актуальністю цих сфер діяльності» [6, с. 38].

Плідна дискусія стосовно конкретних етичних питань медичної практики відображається і в розмиванні жорстких меж між загальнотеоретичними підходами до обґрунтування етичних позицій: «більшість біоетицистів уникали теорій, що базуються на одному принципі, і віддавали перевагу більш складним, ситуативним звітам. Якщо захищаються принципи та правила, ... то їх пропонується кілька. Так, класична суперечка між утилітаристами та деонтологістами реконструюється в термінах збалансування міркувань, асоційованих із цими традиціями. ... Те, що зазвичай розглядалося як суперечка між теоріями, для багатьох біоетицистів є суперечкою про те, як краще збалансувати інтуїції обох теорій за відсутності єдиного мета-принципу або алгоритму для розв'язання розбіжностей» [7, с. 8-9].

З іншого боку, важливе місце в сучасній біоетиці займає підхід (репрезентований, зокрема, у працях Е. Пелеґріно), згідно якого біоетичні норми слід шукати не на основі тих або інших загальних етичних теорій; вони «мають виникати з реалій хвороби та медичної практики; зокрема, з відповіді лікаря до пацієнта, що страждає», з феноменології стосунків лікаря й пацієнта [7, р. 10].

Важливість і суспільний резонанс біоетичних проблем наприкінці ХХ – на початку ХХІ ст., інституціоналізація біоетики як окремої науково-гуманітарної дисципліни оприявнилися також у стрімкому зростанні кількості наукових публікацій та журналів у цій царині. Вже у 2004 р., Джордж Куш відзначав, що крім того, що в більшості медичних журналів регулярно публікуються статті з біоетичної проблематики, вже «існує більше десятка головних наукових журналів, присвячених виключно біоетиці»; біоетична бібліографія розрослась настільки, що за окремими проблемними напрямками, такими як генетика, вона нараховує вже тисячі джерел [7, с. 1]. На думку Куша, «цей величезний обсяг наукових публікацій вказує на активну, сповнену життєвості галузь знання, і документує зростаючу важливість етичної рефлексії для усіх вимірів науки, практики та політики у царині охорони здоров'я» [7, с. 1].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Біоетика – як навчальна дисципліна та експертна інституція – постає як посередник між медичною професією з її внутрішніми етичними джерелами та реальними можливостями, та суспільством у цілому, з його панівними цінностями та очікуваннями від медицини. Це посередництво в умовах сучасного суспільства стало необхідним в силу ускладнення інституційної системи, частиною якої є медицина, та біоетичної проблематики, як наслідок розвитку біомедичних технологій. Проблема депрофесіоналізації медицини та можливості запобігання її негативних наслідків потребує глибокого всебічного дослідження.

Список використаної літератури

1. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford: Oxford University Press, 1979. 314 p.
2. Bunge M. Medical Philosophy. New Jersey, London: World Scientific, 2013. 288 p.
3. Engelhardt H. T. The Foundations of Bioethics. New York, Oxford: Oxford University Press, 1986. 387 p.
4. Engelhardt H. T. The Ordination of Bioethicists as Secular Moral Experts. *Bioethics* / ed. by E. F. Paul, F. D. Miller, Jr, and J. Paul. Cambridge University Press, 2002. P. 59-82.
5. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. 346 p.
6. Jonsen A. The History of Bioethics as a Discipline. *Handbook of Bioethics* / ed. by G. Khushf. Dordrecht: Springer, 2004. P. 31-50.
7. Khushf, G. Introduction: Taking Stock of Bioethics from a Philosophical Perspective. *Handbook of Bioethics* / ed. by G. Khushf. Dordrecht: Springer, 2004. P. 1-28.
8. Mooney C. Bioethics. Detroit, New York: Gale, Cengage Learning, 2009. 112 p.
9. Paul E. F., Miller F. D., Paul J. Introduction. *Bioethics* / ed. by E. F. Paul, F. D. Miller, Jr, and J. Paul. Cambridge University Press, 2002. P. vii-xviii.
10. Pellegrino E., Thomasma D. A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. New York: Oxford University Press, 1981. 341 p.
11. Reich W. T. Introduction. *The Encyclopedia of Bioethics* / ed. by W. T. Reich, rev. ed. New York: Simon Schuster Macmillan, 1995.
12. Talbot M. Bioethics: An Introduction. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2012. 478 p.
13. Tallis R. Hippocratic Oaths: Medicine and its Discontents. London: Atlantic Books, 2004. 352 p.
14. Toulmin S. How Medicine Saved the Life of Ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1982. Vol. 25 (4). P. 736-750.
15. Veatch R.M. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books, 1981. 387 p.
16. Wildes K. Bioethics as Social Philosophy. *Bioethics* / ed. by E. F. Paul, F. D. Miller, Jr, and J. Paul. Cambridge University Press, 2002. P. 113-125.