

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Утюж І.Г., Денисенко В.В., Самура Б.Б., Бєленічєв І.Ф., Горчакова Н.О.,
Бухтіярова Н.В. , Сепетий Д.П., Алієва О.Г., Демянюк М.С.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ

Монографія

За загальною редакцією І.Г.Утюж

Дніпро
Журфонд
2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ.....	5
1.1. Вступ до філософії медицини: філософська картина світу та медицина.....	5
1.2. Актуальні проблеми філософії медицини: соціально-філософський аналіз.....	29
1.3. Політизація тілесності: біополітична концепція та її трансформація в ХХІ ст.....	54
РОЗДІЛ 2. ЕПІСТЕМОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ.....	84
2.1. Методологічна матриця в медицині: теоретико-практична мудрість клініциста.....	84
2.2. Фармацевтичні та етико-правові аспекти токсикологічних досліджень: вибір між інформативністю та гуманністю.....	106
РОЗДІЛ 3. ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ ТА БІОЕТИЦІ.....	136
3.1. Теорії персональної ідентичності як призми розгляду біоетичної проблематики.....	136
3.2. Філософські та етичні питання медико-біологічних досліджень.....	162
3.3. Пацієнт як суб'єкт гідності: дестигматизація онкохвороби в клінічному дискурсі та освітній парадигмі медицини.....	196
Відомості про авторів.....	216

РОЗДІЛ 1

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ

1.1. Вступ до філософії медицини: філософська картина світу та медицина*

Філософія і медицина мають однаково давнє походження в культурі. Обидві сфери присвячені людині і покликані допомогти їй адаптуватися до навколишнього світу. Незважаючи на спільність завдань, філософія і медицина обирають різні шляхи розвитку: медицина слідує практичному підходу, тоді як філософія зосереджується на теоретичному узагальненні та рефлексії. Медицина вивчає людське тіло, а філософія – людський дух.

Проте протягом історії ці дві дисципліни йшли «рука в руку», прагнучи до гармонії між розумом і почуттями, душею і тілом у людському існуванні. З давніх-давен філософія і медицина об'єднували свої зусилля, адже окремо вони не могли бути повноцінними. Коли філософія віддаляється від емпіричного досвіду і «витає в хмарах», вона стає непотрібним, симулятивним знанням. Водночас, якщо медицина занурюється лише в дослідження організму, зосереджуючи увагу на внутрішньому предметному полі, вона забуває про людину як особистість, носія конкретних ціннісних орієнтирів, що формують здоров'я і хворобу.

Головна проблема філософії та медицини, яку вони вирішували спільно, – проблема виживання людства на Землі і проблема самовизначення людини як гармонійної природної і культурної істоти.

Протягом всієї історії культури, ідеї об'єднання філософських і медичних знань для розкриття таємниць життя людини втілювалися у працях відомих філософів, медиків та натуралістів, а саме: Гіппократа (460–370 до н.е.), Авіценни (980–1037), Рене Декарта (1596–1650), Клода Бернара (1813–1878), Зігмунда Фрейда (1856–1939) та багато інших дослідників.

В результаті виникла особлива галузь знання – філософія медицини, яка має на меті об'єднати практичні знання про людину як біологічну, соціальну та духовну істоту, а також знайти ефективні способи адаптації людини до навколишніх умов життя.

Отже даючи визначення філософії медицини зазначимо, що філософія медицини – це міждисциплінарна галузь, яка досліджує фундаментальні питання, пов'язані з медициною, її природою, цілями та етичними аспектами. Вона вивчає поняття здоров'я, хвороби, лікування та догляду, а також аналізує методологічні та етичні основи медичної практики. Тому філософія медицини, як дисциплінарна матриця, ставить такі питання для вирішення проблем в медицині і для формування критичного клінічного мислення

*© Утюж Ірина Геннадіївна, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, 2025.

лікаря, в сучасних умовах. До основних проблем філософії медицини можемо віднести:

- аналіз понять здоров'я як нормального функціонування організму і хвороби як відхилення від норми;

- визначення цілей медицини, а саме: медицина – це наукові дослідження, чи медицина має прагнути лише до лікування хвороб або сприяти загальному благополуччю людини;

- розгляд морально-етичних дилем, таких як автономія пацієнта, етичність експериментів, розподіл ресурсів, що є ключовим аспектом сучасної біоетики та філософії медицини;

- біоетика аналізується як основа морально-етичної складової медичної діяльності, що формує ціннісні орієнтири для лікарів та дослідників, а філософія медицини презентує актуальність і значимість цінностей соціального буття людини, що є основою морально-етичної складової медичної діяльності. Водночас критика біоетичного технологізму в сучасній медицині підкреслює небезпеку зведення етики виключно до інструментального підходу, який може ігнорувати гуманістичну сутність медицини (даному аспекту філософії медицини ми приділимо особливе значення в нашій монографії);

- особливу актуальність набувають проблеми епістемології медицини, які розглядають процес формування медичних знань, їх достовірність та взаємозв'язок із науковими методами. Вивчення цих питань дозволяє глибше зрозуміти природу медичної науки, її обмеження та можливості, що стає важливим для вирішення сучасних викликів у галузі охорони здоров'я.

Отже, філософія медицини сприяє критичному аналізу медичних практик, допомагаючи визначити їх відповідність суспільним цінностям і прогресу науки.

Про взаємозв'язок філософії і медицини: історико-філософський аспект

Затребуваність філософії виникає тоді, коли орієнтири, що сформувались раніше і виражені системою універсальї культури (уявленнями про природу, суспільство, людину, добро, зло, життя і смерть, свободу і необхідність, норму і патологію, здоров'я і хвороби і т. д.) не узгоджуються із реаліями сучасного світу. Тому філософія схожа на медицину, навантажена очікуваннями ефективної діагностики, тільки не фізіологічних, а соціальних процесів. Такий характерний закид філософії: «Філософія тріумфує над прикрощами минулого і майбутнього, але прикрощі сьогодення тріумфують над філософією» (François de La Rochefoucauld 2015, p. 104).

Історія наукової думки вчить нас, що по-перше, медицина і філософія не були відділені одна від одної, по-друге, великі наукові революції сформували сучасну науку та продовжують впливати на наш світогляд та технології; у зв'язку з науковими революціями завжди змінюються філософські концепції, що, своєю чергою, призводить до трансформації медицини.

Прикладами наукових революцій можуть бути:

- коперніканська революція (XVI–XVII століття) (перехід від геоцентричної моделі Всесвіту (Земля в центрі) до геліоцентричної (Сонце в центрі), запропонованої Миколою Коперником. Це змінило розуміння космосу і заклало основи для розвитку астрономії);

- наукова революція XVII століття: (епоха, пов'язана з іменами Галілея, Кеплера, Декарта, Ньютона. У цей період були розроблені експериментальні методи, математика почала застосовуватись для опису природних явищ, сформувалася класична механіка);

- хімічна революція (XVIII століття) (Антуан Лавуазьє відкрив закон збереження маси та систематизував хімію. Відбулася відмова від теорії флогістону та введення наукової термінології в хімії);

- дарвінівська революція (XIX століття) (теорія еволюції Чарльза Дарвіна радикально змінила розуміння походження видів та ролі природного відбору в біології);

- фізична революція початку XX століття (теорія відносності Альберта Ейнштейна змінила уявлення про простір, час і гравітацію. Квантова механіка (Планк, Гейзенберг, Шредінгер та інші) перевернула класичні погляди на фізику мікросвіту);

- молекулярно-біологічна революція (XX століття) (відкриття структури ДНК (Уотсон і Крик) у 1953 році стало основою для молекулярної біології, генетики та біотехнологій.);

- інформаційна революція (друга половина XX століття – теперішній час) (пов'язана з винаходом комп'ютерів, розвитком інтернету та штучного інтелекту. Це змінило способи обробки, зберігання та поширення знань);

- когнітивна революція (XX–XXI століття) (вивчення свідомості, мислення, сприйняття та їх біологічних основ. Поява штучного інтелекту та нових підходів до розуміння розуму).

Тому наукова думка медицини розвивалася не у вакуумі, цей розвиток завжди відбувався в рамках певних ідей, фундаментальних принципів, наділених аксіоматичною (ціннісною) очевидністю, які, як правило, вважалися власне філософією, світоглядною системою людини.

Медицина змінюється як у своїх наукових підходах, так і у способах взаємодії з пацієнтами. Парадигмальний перехід від гуморальної до доказової медицини тільки доводить, що медицина постійно інтегрує нові знання, отримані завдяки розвитку біології, генетики, хімії та інших наук. Сучасні біотехнології, штучний інтелект, телемедицина та геномна медицина створюють нові підходи до лікування та діагностики, що дозволяють персоналізувати медичну допомогу та підвищити її ефективність.

Крім того, разом із технічним прогресом медицина зіштовхується з новими морально-етичними викликами: від обговорення етичності використання генетичного редагування до питання доступності новітніх технологій. Таким чином, медицина не лише змінюється як практична наука, а й продовжує залишатися важливою складовою філософського дискурсу, який визначає її цінності та пріоритети.

Протягом усієї своєї історії медицина підтримувала давній діалектичний зв'язок із філософією. Щоб визначити ідентичність медицини та позначити медицину як самостійну дисципліну, автори медичних трактатів заперечували сучасні спекуляції про природу світу. Філософська концепція порядку в природі, наприклад, була корисна для того, щоб відокремити медицину від міфології та релігії, постулюючи природну причинність та регулярність хвороб у людини.

Парацельс (1493–1541), М. Сервет (1511–1553), А. Везалій (1514–1564) – усім цим лікарям доводилося безпосередньо стикатися з аналізом природних об'єктів та стихійно виробляти методологію натуралістичного природознавства. Так виникли дисципліни: анатомія, фізіологія, фармацевтика – та центральні онтологічні, методологічні та технологічні котроверзи, що формують наукову картину світу, стиль мислення та структуру професії.

Підйом філософії медицини в ХІХ столітті був пов'язаний із змінами в соціальному статусі та самосприйнятті медицини, що відбулися у більшості країн у другій половині століття. До цього часу медициною займалися різні групи цілителів. Лікарі, які здобули університетську освіту, були у меншості. Неоднорідність практикуючих лікарів та їх постійна боротьба за компетенції та привілеї послужили приводом для безлічі сатир, які висміюють невігластво лікарів та хибні домагання. Медицина також була пов'язана з поганим статусом та низьким доходом.

Процес професіоналізації у ХІХ столітті змінив цю ситуацію. Одне з тверджень, що сприяли створенню єдиної та організованої медичної системи, полягало в тому, що медицина може розвиватися та практикуватися на науковій основі, яка перевершить системи знань інших цілителів. Це твердження викликало відродження інтересу до філософської рефлексії.

Професійна згуртованість та однаковість медичної практики, викликані зовнішніми силами, потребують внутрішнього обґрунтування. Вони мотивують пошук ідентичності тепер єдиної дисципліни. Центральним питанням, визначальним для тогочасної філософії медицини, було: які специфічні характеристики медицини?

Аналітичні інтерпретації історичного погляду на пошук діалогових взаємин між філософією та медициною лише підкреслюють важливість звернення до філософської аналітики медицини, формуючи тим самим міждисциплінарний проект філософії медицини. Раціоналізуючи основи культури, філософія здійснює «прогнозування» та «проектування» можливих змін у основах медицини.

Філософське пізнання постає як особлива самосвідомість культури, яка активно впливає на її розвиток. Генеруючи теоретичне ядро нового світогляду, філософія тим самим запроваджує нові уявлення про бажаний спосіб життя, який пропонує людству. Обґрунтовуючи ці уявлення як цінності, вона функціонує як ідеологія.

Історичний розвиток філософії постійно вносить мутації у культуру, формуючи нові варіанти, нові потенційно можливі лінії динаміки культури.

Якщо суспільство розглядати як соціальний організм, а світоглядні універсали як гени цього організму, то філософія може бути уподібнена до генетичної інженерії, яка конструює геноми майбутніх можливих форм соціального життя (Kasavin and Porus 2023).

Тому в періоди перебудови наукових онтологій та пошуку нових норм наукових досліджень філософія є цілеорієнтовною методологією, яка вибудовує матрицю нових наукових цінностей та інструментів, що дозволяють приходити до істини. Отже, через філософське обґрунтування ці нові онтології та норми науки, у нашому випадку медицини, узгоджуються з прийнятими та домінуючими у культурі світоглядними орієнтаціями.

Потрібно відзначити, що в процесі історичного розвитку людської цивілізації відбувається емансипація медицини як дисципліни, яка активно відокремлюється від філософії, але такий поділ знання відбувається не через бажання остаточного розриву з філософією, а через переосмислення того, що характерно для самої медицини.

Втілюючи в собі природничо-наукові дослідження, медицина закономірно ставала джерелом універсальних узагальнень (що характерно для філософії): форми культури (магія, релігія, ремесла, політика, право, наука) були зрозумілі як засоби лікування людини.

Міждисциплінарність методології, нерозривність теорії та практики, географічна та історична навантаженість на лікарську діяльність, постійний діалог медицини з релігією, етикою та натурфілософією – все це забезпечувало медицині статус впливової парадигмальної течії, яка підготувала становлення природничо-наукового знання західно-європейської цивілізації початку XVII ст. Медицина виступила як дисципліна, що зберігає зв'язок з практикою, що аналізує природні аномалії та регулярно провокує ідейні альтернативи. Медицина – це дисципліна, в рамках якої відбувалися значні відхилення від механістичної парадигми XVII–XIX століть.

У середині XVII ст., коли формувалося Лондонське королівське суспільство, серед його членів переважали саме лікарі – вчені не зовсім університетського типу.

Сьогодні дедалі більше усвідомлюється, що виробництво знання відбувається не в головах окремих вчених, а в процесі спілкування різних соціальних суб'єктів.

Суспільство загалом, від імені фахівців різного роду, створювало основу класичного природознавства. Знання, що стало результатом стихійної роботи, можна назвати «передпарадигмальним досвідом». І важливо те, що цей досвід не є теорією, а він генерується, часто в неявній формі, на комунікативних майданчиках навколо технічних артефактів (від копальні та корабельної палуби до друкарні та аптеки) (Kasavin and Porus 2023).

Практична діяльність лікарів та солдатів, які щодня мали справу з безжальною смертю; моряків і купців, які кидали виклик безмежному і могутньому океану; ченців, які фанатично несли віру Христову в далекі країни і попутно відкривали нові народи, флору і фауну невідомих до того часу земель. Цими людьми-практиками створювалася нова культура думки і

форми комунікації, що дозволяли ефективно вирішувати завдання, що стоять перед ними. Саме цей практичний успіх дозволяє знайти ключ до розуміння наукової революції Нового часу, під час якої теорія поєдналася з експериментом.

Наукова революція, що відбувалася у період XVI–XVII століть, відіграла ключову роль у формуванні сучасної медицини. Цей період ознаменувався значними змінами у розумінні природи, науки та медицини, що заклало основи для багатьох досягнень сучасної медичної практики.

Одним із найважливіших досягнень наукової революції був розвиток наукового методу. Франсіс Бекон, Рене Декарт та інші мислителі цього часу сприяли переходу від схоластичної медицини до емпіричної. Це означало, що спостереження та експерименти стали основою медичних знань, що значно підвищило точність та надійність медичних досліджень (Верхратський та Заблудовський 1991).

Наукова революція також принесла значні досягнення у галузі анатомії та фізіології. Роботи Андреаса Везалія, який опублікував докладні анатомічні атласи, та Вільяма Гарвея, який описав кровообіг, стали основоположними для розуміння людського тіла та його функцій.

Мислення, як і інтеракція, неодмінно вишиковувалися тут навколо якогось нового артефакту – біомедичного, інформаційного і транспортного. Саме ці технології як і 500 років тому (лікарі, друкарі, моряки), так і зараз (медицина, швидкість інтернету, якість автотрас, поїздів, аеровокзалів) забезпечували більшу частину технічних інновацій, і звичайно, радикально змінювали обличчя суспільства (Kasavin and Porus 2023).

Знання, що акумулюються людьми перелічених професій, відіграли роль передпарадигмального досвіду, а створені ними комунікативні структури – аптека, друкарня та палуба корабля – стали інституційними посередниками між середньовічними університетами та новочасною академією наук.

У цей період сформувався систематичний підхід до вивчення та використання лікарських рослин. Роботи Парацельса заклали основи для майбутньої фармакології, наголошуючи на важливості хімії в медицині.

У XVII столітті відбулися значні покращення у галузі хірургії. Амбруаз Паре, один із видатних хірургів того часу, зробив великий внесок у розвиток хірургічних технік і методів догляду за ранами, що значно знизило смертність після операцій.

Винахід мікроскопа Антоні ван Левенгуком відкрив новий світ мікроорганізмів, що дозволило вченим зрозуміти причини багатьох хвороб і розробити методи їх лікування.

Наукові революції сприяли створенню медичних шкіл та університетів, де навчання стало більш систематизованим та заснованим на наукових засадах. Це підготувало ґрунт для професіоналізації медичної практики.

Внаслідок цих змін новоєвропейська наукова революція стала фундаментом для сучасних медичних наук, заклавши основи для подальших відкриттів та досягнень у медицині.

Аж до дев'ятнадцятого століття хвороба, здоров'я та одужання були таємничими речами. Інфекції, рак і хвороби в цілому розумілися як свого роду прокльони, що вторгаються, залишають мало місця для раціонального лікування. Тільки з досягненнями в галузі біологічних знань, такими як розвиток клітинної теорії, мікробної теорії хвороб та бактеріології, можна було сформулювати певні пояснення хвороби, страждання та смерті. Роботи впливових учених та лікарів, таких як Рудольф Вірхов, якого іноді вважають батьком сучасної патофізіології, вплинули на медичне мислення. Вірхов представив ідею що, кожна патологія виникає з пошкодженої клітини, що проклало шлях до робіт Роберта Коха і Луї Пастера, і навіть розробки перших теорій виникнення раку через порушення роботи клітин-господарів. Визначивши походження хвороби з порушенням на найпростішому структурному та функціональному рівні організмів, клітин, ця нова парадигма дозволила нам винайти нові способи впливу на причини хвороби, наприклад, за допомогою фармацевтичних втручань (Верхратський та Заблудовський 1991).

Мало хто сумнівається, що відкриття антибіотиків та інших ліків змінило перебіг історії людства. Однак наслідки цих революційних розробок виходять за межі практичних результатів. Відбулися також глибокі зміни на культурному та концептуальному рівнях, а саме у тому, як розумілися хвороба та здоров'я.

З розвитком наукових знань формується біомедична парадигма, яка стала домінуючою у XX столітті. Біомедична парадигма (модель) ґрунтується на уявленні про хворобу як про фізико-хімічне порушення роботи організму, яке можна пояснити з погляду біологічних процесів. Ця модель наголосила на об'єктивних методах діагностики, доказовій базі лікування та розробці технологій для боротьби з інфекціями та хронічними захворюваннями.

Важливим аспектом цієї моделі став поділ тіла та свідомості, де психосоціальні аспекти здоров'я часто залишалися поза основним фокусом. Це дозволило досягти величезних успіхів у розвитку хірургії, фармакології та біотехнологій (Росса and Anjum 2020).

В аспекті формування біомедичної парадигми цікаві роботи філософів XX ст., (методологія постструктуралізму). Одним із найактивніших, хто досліджував цю тематику, можна назвати М. Фуко. Автор глибоко, науково та системно презентував цей перехід медицини від традиційної парадигми до біомедичної. У своїх роботах «Народження клініки: Археологія погляду медика» (1963), «Наглядати та карати. Народження в'язниці» (1975), Курс лекцій у Колеж де Франс «Безпека, територія, населення» та «Народження біополітики» (1978–1979), соціальний філософ розглядає, як медичне знання формувалося в контексті історичних та соціальних змін наприкінці XVIII і на початку XIX століття.

М. Фуко описує перехід від середньовічних уявлень про хворобу як порушення гармонії тіла та духу до сучасного медичного погляду, де хвороба інтерпретується через анатомо-фізіологічні процеси. Медицина стає

практикою «клінічного погляду» – тобто прямого спостереження, що дозволяє лікарям виявляти «істину» хвороби всередині тіла.

Ця соціально-філософська аналітика М. Фуко презентує історію виникнення лікарень як центру медичного знання, де тіло пацієнта стає об'єктом дослідження та контролю. Введення понять «нормального» та «патологічного» знаменує перехід до біополітичного управління суспільством через здоров'я, якому ми присвятимо окремий розділ нашої монографії. Медичне знання почало визначати, що є «нормальним» та «ненормальним» у людському тілі та поведінці. Лікарська практика стала частиною інституціоналізованого механізму влади, що дисциплінує тіло та контролює його через медичні інтервенції.

Цікаву історичну трансформацію становлення біомедичної парадигми презентує американський філософ та історик науки Ніл Фергюсон в роботі «Цивілізація».

Відповідаючи на питання «Як Захід став успішним», автор аналізує розвиток інституцій, які стали в західно-європейському просторі «вбивчими застосунками» (killer applications) для розвитку успішності і багатства, і це – конкуренція, наука, власність, медицина, споживання і праця. Як зазначає автор, «інституції є, у певному сенсі, продуктом культури. Але оскільки вони формалізують набір норм, інституції зазвичай зберігають культуру високоморальною, визначаючи, як вона сприяє гарній поведінці» (Фергюсон 2017, с. 44).

Аналізуючи медицину як соціальний інститут, автор підкреслює, що «медицина – це галузь науки, що дає змогу значно покращити здоров'я та тривалість життя в західних суспільствах, та їх колоніях» (Фергюсон 2017, с. 45).

«Перш ніж ми поквапимось визнати Західні імперії злими й експлуаторськими – спроможними лише на поведінку, не притаманну цивілізованим людям, – слід зрозуміти, що їхні претензії на цивілізаторську місію були не лише балачками.

Візьмемо до прикладу найдивовижніший «убивчий застосунок» Заходу – хоча насправді не такий вже і він убивчий, якщо він зміг подвоїти тривалість людського життя – сучасну медицину. Аскетичний Ганді, якому вклонялися як святому, зневажливо відгукувався про «армію лікарів» Західної цивілізації. У своєму інтерв'ю 1931 року в Лондоні він назвав «подолання хвороб» одним із суто «матеріальних» критеріїв, завдяки яким Західна цивілізація вимірювала свій прогрес.

Проте незліченним мільйонам людей, чиє життя подовжила Західна медицина, було не важко обрати між духовною чистотою й виживанням. Середня тривалість життя на Землі в 1800 році становила приблизно 28,5 років. Через два століття, у 2001-му, вона більш ніж подвоїлася – до 66,6 років. Це покращення не обмежувалося лише метрополіями імперій. Історикам, які зазвичай плутають голод та громадянські війни з геноцидами й ГУЛАГами, навмисно намагаючись зобразити колоніальних чиновників як моральних аналогів нацистів або сталіністів, варто було би добре

поміркувати про критерій впливу Західної медицини на тривалість життя у колоніальному та постколоніальному світі.

Діапазон «зміни здоров'я», тобто початок стабільного зростання тривалості життя, є досить визначеним. У Західній Європі воно відбулося між 1770-ми та 1890-ми роками найперше в Данії і найпізніше в Іспанії. Напередодні Першої світової війни завдяки покращенню охорони здоров'я та санітарних умов, тиф і холеру в Європі викоріняли, а дифтерію і правець контролювали за допомогою вакцинації. Як показує доступна статистика, у 23-х сучасних країнах Азії, хіба за одним лише винятком, зміна здоров'я відбулася між 1890-ми й 1950-ми роками. В Африці, за винятком лише двох країн із 43-х, вона спостерігалася протягом 1920–1950-х років. Окрім того, майже в усіх азійських та африканських країнах тривалість життя почала зростати ще до закінчення європейського колоніального правління. Дійсно, темпи зростання в Африці після здобуття незалежності знизилися, особливо, хоча й не безпосередньо, внаслідок епідемії ВІЛ/СНІДу. Варто також зазначити, що попри здобуту на початку ХІХ століття політичну незалежність, країни Латинської Америки живуть не краще за Африку. Діапазон збільшення тривалості життя особливо вражає, з огляду на те, що воно відбулося до появи антибіотиків (не в останню чергу завдяки стрептоміцину – лікам проти туберкульозу), інсектициду ДДТ та вакцин, складніших за вакцини проти віспи та жовтої пропасниці.

Факти вказують на стійкі й широкомасштабні зрушення у сфері охорони здоров'я, які знизили смертність від фекальної хвороби, малярії та навіть туберкульозу. Таким був досвід лише однієї британської колонії – Ямайки; схожі історії (імовірно з більшою або меншою одночасністю) відбувалися і в інших колоніях – на Цейлоні, в Єгипті, Кенії, Родезії, Тринідаді й Уганді. Як ми побачимо далі, це твердження справедливе і для французьких колоній. Виявляється, низка небезпечних для життя африканських тропічних хвороб вимагала тривалих зусиль з боку західних вчених і працівників медичних установ а за відсутності імперіалізму ці зусилля були б не такими оперативними. Ірландський драматург та дотепник Джордж Бернард Шоу блискуче відповідає Ганді:

«Протягом минулого століття цивілізація позбулася умов, які так полюбила вірусна лихоманка. Колись могутній тиф тепер зник: завдяки санітарній блокаді чуму й холеру зупинили на наших кордонах... Тепер ми найкраще розуміємо небезпеку інфекції та способи її запобігання... У наш час зростають страждання хворих на сухоти, бо їх дедалі частіше вважають прокаженими... Однак паніка стосовно інфекції, – а їй піддаються навіть лікарі, які твердять, нібито єдиний науковий спосіб вилікувати хворого на пропасницю – це кинути його в найближчу канаву, засипати з безпечної відстані карболовою кислотою і дочекатися, коли він стане придатним для кремації, – призвела до ще більшого піклування про чистоту. А її остаточним результатом стала низка перемог над хворобами.

Ці перемоги не обмежилися імперіалістами – вони дали користь і їхнім колоніальним підданим» (Фергюсон 2017, с. 202–204).

Однак разом з величезними соціально-історичними перевагами розвитку та реалізації біомедичної моделі у XX ст., формувалися і серйозні недоліки даної інституційної парадигми медицини, які зазнали критики за зайвий редуccionізм та недостатню увагу до комплексних взаємодій між організмом, психікою та соціальним контекстом.

Таким чином, біомедична модель стала основою сучасної медицини, але її обмеження поступово призводять до пошуку більш інтеграційних підходів, які включають біоетичні, соціальні та культурні аспекти здоров'я.

Біоетика формується, як відповідь на критику біомедичної парадигми, стає гуманістичною основою сучасної медицини. Біоетика, базується на принципах людиноцентризму, і дозволяє лікареві формувати й приймати не тільки ефективні рішення лікування, а головне - зберігати баланс між наукою та повагою до людини.

І тому, сучасна медицина стала простором, в якому поєднується наука і мистецтво, віра і повага до моралі і закону. А головне, не дивно, що сьогодні саме медицина стає предметом численних ситуаційних досліджень та джерелом епістемологічних осяянь. Це формує напрям філософії медицини, де будуть досліджуватись справді філософські питання, які торкаються медичних знань та практики.

Від біомедицини до біоетики, від біоетики до філософії медицини: зміна парадигми сучасної медицини

Після Другої світової війни у багатьох країнах Заходу почався бурхливий розвиток медичного знання, що призвело до колосального прогресу в лікувальній справі. Порівняно невеликий арсенал лікарських засобів, які були у розпорядженні лікарів на той час, швидко поповнився новими ефективними препаратами. Крім того, з'явилася нова медична техніка, яка стала успішно використовуватись у діагностиці, терапії, продовженні життя безнадійно хворих пацієнтів. Прогрес медичного знання припав на 1950-ті рр., але не припинявся й у наступні десятиліття.

Успіхи лікарів у боротьбі з інфекційними захворюваннями та інших галузях медицини викликали повсюдне захоплення їх професією, зокрема із боку представників філософії та соціально-гуманітарних наук. Ці дослідники почали приділяти дедалі більше уваги медичним питанням.

Проте вже на початку 1970-х років у західній філософсько-гуманітарній думці стався черговий методологічний поворот, який можна назвати «антимедикалістським». Внаслідок цього повороту велика група інтелектуалів, таких як Іван Ілліч (Illich 1975), Мішель Фуко, Пітер Конрад (Conrad 2007), Аллен Франчес (Frances 2013) та інші, виявили та артикулювали низку проблем, характерних для новітнього етапу розвитку медицини.

«Антимедикалістський» поворот, був реакцією на зростаючу медичну інтервенцію в різні сфери людського життя, що стало предметом критичного осмислення. Ось тільки деякі проблеми, які порушувалися у роботах зазначених авторів:

1. Проблема медикалізації суспільства.

Розширення меж медичної компетенції на соціальні та особисті аспекти життя, перетворення природних явищ (старіння, народження, смерті) на медичні випадки.

Аллен Франчес (Allen Frances), один із розробників DSM-IV (діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів), у своїй книзі «Saving Normal» (2013) критикує тенденцію надмірної діагностики психічних розладів, зокрема таких, як синдром дефіциту уваги і гіперактивності та депресія (Frances 2013).

Пітер Конрад (Peter Conrad) у своїй роботі «The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders» (2007), аналізує, як нормальні поведінкові стани стають медичними діагнозами, наприклад формування феномену патологізації повсякденної поведінки, автор наводить приклади гіперактивності чи пригніченого настрою, які стають медичними діагнозами (Conrad 2007).

2. Влада та контроль через медицину, проблеми біополітики, роботи М. Фуко. Медицина виступає інструментом біовлади, регулюючи життя та тіло людини. Фуко аналізував, як медичні дискурси створюють політичні технології контролю над населенням.

3. Загрози технологізації медицини. Домінування технологічного підходу, де акцент зміщується з людини як суб'єкта лікування на хворобу як об'єкт втручання. Наприклад, в роботах Едмонда Пеллегріно (Edmund D. Pellegrino) підкреслюється зниження значення індивідуального підходу, який замінюється стандартними протоколами лікування (Pellegrino 2008).

4. Iatrogenesis (І. Ілліч). Термін, введений Іваном Іллічем, означає шкоду, яку завдає медицина – як фізичну (побічні ефекти ліків), так і соціальну (підриг автономії пацієнта). Залежність від медичних послуг, коли пацієнт втрачає здатність справлятися із життєвими труднощами самостійно (Illich 1975).

Сила книги незмінна, а її передбачливість здається неймовірною. Те, що було радикальним у 1974 році, у певному сенсі стало мейнстрімом у 2025 році. Здається, медицина переборщила себе, і деяке стримування піде на користь не лише пацієнтам, а й лікарям.

Здоров'я, стверджує Ілліч, – це здатність справлятися з людською реальністю смерті, болем та хворобами. Технології можуть допомогти, але сучасна медицина зайшла надто далеко – розпочала богоподібну битву, щоб викоринити смерть, біль і хвороби. При цьому такий стан речей перетворює людей на споживачів або об'єкти, знищуючи їх здатність до розуміння здоров'я.

Ілліч бачить три рівні ятрогенезу. Клінічний ятрогенез – це пошкодження пацієнтів неефективними, токсичними та небезпечними методами лікування. Ілліч також зазначає, що 7% пацієнтів отримують травми під час госпіталізації. Проте лише за останні кілька років і в кількох країнах лікарі почали серйозно ставитися до безпеки пацієнтів.

Соціальний ятрогенез є результатом медикалізації життя. Все більше і більше проблем розглядаються як такі, що піддаються медичного втручання. Фармацевтичні компанії розробляють дорогі методи лікування нехвороб. Охорона здоров'я поглинає все більшу частину бюджету. У 1975 році Сполучені Штати витратили 95 мільярдів доларів на охорону здоров'я, що становило 8,4% їхнього валового національного продукту. Ілліч зазначив, що цей показник збільшився з 4,5% у 1962 році. Прогнози, опубліковані цього місяця, передбачають, що до 2011 року це становитиме 2815 мільярдів доларів, 17% ВВП. Чи може це бути розумним? (Smith 2002)

Гіршим за все це для Ілліча є культурний ятрогенез, руйнування традиційних способів поводження зі смертю, болем і хворобою та осмислення їх. «Суспільний образ смерті, – стверджує Ілліч, – розкриває рівень незалежності людей, їхню особисту спорідненість, самовпевненість і живучість» (Illich 1975). Вмирання стало найвищою формою споживчого опору.

Як зазначить Річард Смит (редактор журналу «British Medical Journal»): «Книга Ілліча більше полемічна, ніж аналітична, і її слід читати як таку. Риторика п'янить, і я розумію, чому Ілліч полонив мою душу стільки років тому. Ілліч був католицьким священиком до того, як став критикувати індустріальне суспільство, і історія, яку він розповідає, пахне «гріхопадінням людини» (Smith 2002).

Аналітику антимедикалістського дискурсу продовжує сучасний філософ медицини Дж. Стегенга (Stegenga, J.). Головна ідея книги Джейкоба Стегенги «Medical Nihilism» (2018) полягає в критичному аналізі сучасної медицини та її здатності забезпечувати ефективне лікування. Автор аргументує, що більшість медичних втручань є менш ефективними, ніж вважається, і часто супроводжуються серйозними побічними ефектами. Він закликає до обережного, скептичного ставлення до медичних технологій та фармацевтичних інновацій. (Stegenga 2018).

Перетворення здоров'я на товар, що веде до його комерціалізації та збільшення нерівності у доступі до якісних медичних послуг, породжує проблему комодифікації медицини, здоров'я. Пропаганда «ідеального здоров'я» через фармацевтичні компанії та клініки, що формує штучний попит на медичні послуги.

Ці критичні позиції сприяли переосмисленню ролі медицини та стимулювали дискусії про гуманістичний підхід до охорони здоров'я, особисту відповідальність за здоров'я та права пацієнта.

Як показує аналіз сучасної соціально-філософської літератури з критикою та пріоритетами біомедичної моделі, в сучасних умовах традиційні медичні знання та практика у західноєвропейському просторі змодельовані за зразком біомедичних наук та технологій, отриманих на їх основі, та залежать від них.

Раніше ми вже зазначали, що біомедична модель – це західна система медичної діагностики, яка розглядає виключно фізіологічні фактори, за винятком можливого впливу психологічних чи соціальних факторів.

Біомедична модель підтримує теорію у тому, що психічні та соціальні чинники не мають ніякого впливу на біологічні чинники хвороби.

Біомедична модель передбачає, що всі форми хвороби походять від хвороб, що пов'язані з патогенами, і видалення патогену призводить до виліковування людини. Крім того, дана модель пов'язує всі симптоми та очевидні прояви хвороби із самою хворобою, і не приймає потенційний зв'язок із психічними розладами.

Після впровадження біомедичної моделі в життя, досягається успіх в лікуванні інфекційних захворювань, які були основною причиною смерті в світі на початок 20 століття. Однак біомедичний підхід не усуває поширеність хронічних захворювань, які переслідують сучасний західний світ сьогодні.

В останнє десятиліття зростаючий рівень хронічних захворювань, таких як серцево-судинні та респіраторні захворювання, рак, діабет 2 типу та нейродегенеративні захворювання, стали глобальною проблемою, впливаючи на економіку кількох країн світу через збільшення витрат на охорону здоров'я (Friebe 2022, с. 171).

Хронічні захворювання, що визначаються Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як неінфекційні захворювання, є одним з основних факторів, що призводять до інвалідності, зниження якості життя і, зрештою, до смерті через їх високу коморбідність з біологічним старінням.

Проте, незважаючи на те, що поява симптомів при хронічних захворюваннях може бути відстрочена та зменшена за допомогою спеціальних втручань (наприклад, здорового способу життя), перехід від здоров'я до початку хвороби може бути спочатку непомітним.

Таким чином, необхідність вживання більш ранніх профілактичних заходів зрештою знизить вплив подальших втручань та клінічних методів лікування.

Тому система охорони здоров'я багатьох західно-європейських країн тепер звертає увагу на соціальні та психологічні чинники, розуміння яких покращує методи профілактики та лікування, і даний аспект, змінює парадигму сучасної медицини, про що ми поговоримо нижче (National Research Council (US)).

Хоча біомедична модель є відповідальною за «чудеса» сучасної медицини, вона часто залишає багатьох пацієнтів безправними перед системою охорони здоров'я. «Незважаючи на чудові успіхи в медичній терапії та в розробці фантастичних діагностичних пристроїв, – зауважує Джеймс А. Маркам (Університет Бейлора Техас, США) – американське суспільство, схоже, все більше розчаровується у лікарях» (Marcum 2008). Це розчарування в сучасній медицині засноване на «наданні [медичної] допомоги, [яка] стала більш інституціоналізованою та знеособленою» (Marcum 2008).

Джеймс А. Маркам стверджує, що «мистецтво медицини, зокрема здатність лікарів піклуватися про своїх пацієнтів як про особистості, було втрачено у трясвині дорогих високотехнологічних досліджень та

лікування... Коротше кажучи, сучасна наукова медицина – це провал» (Marcus 2008). Надмірне захоплення біомедичною моделлю, особливо у Сполучених Штатах, за останні кілька десятиліть призвело до відчутної кризи якості медичної допомоги як з боку пацієнтів, так і з боку медичних працівників.

Активна життєдіяльність біомедичної парадигми медицини обумовлена також ідеологією неоліберального капіталізму. Як зазначають наші колеги-філософи з Казахстану Г. Жусипбек та Ж. Нагаєва, «нині існує безліч проблем, що випливають із логіки та філософії неоліберального капіталізму, який проповідує ідеї приватизації, комерціалізації, і більше того, коммодифікації («перетворення на товар») охорони здоров'я та освіти, а також оптимізацію та згортання соціальних політик та програм» (Жусипбек та Нагаєва 2021).

Феномен комерціалізації та коммодифікації охорони здоров'я став особливо актуальним у зв'язку з пандемією COVID-19. Як зазначили вчені, COVID-19 підштовхнув все більше людей до здорового способу життя. Як виявилось, здоров'я – це найдорожче в житті людини, але система, яка існує в багатьох країнах, не може забезпечити гідну охорону здоров'я. Це стало очевидним під час епідемії.

Автори зазначають, (і ми солідаризуємося з ними, що дана аналітика характерна і для України), що пандемія розкрила «плачевний стан наших лікарень, хронічний брак обладнання та медикаментів, злиденне становище наших лікарів та медпрацівників. Внаслідок цього виникає питання: чому держава ніколи не має грошей на найдорожче і як можна змінити цю ситуацію? Ми зіткнулися з проблемою низьких окладів та знеціненням професії лікаря, коли лікар є не помічником, а послугодавцем, коли до нього ставляться дуже споживчо» (Жусипбек та Нагаєва 2021).

Варто зазначити, що недостатнє фінансування охорони здоров'я, а також комерціалізація та коммодифікація медичних послуг та системи охорони здоров'я стали глобальними проблемами, що стосуються багатьох країн світу.

На думку Вінсента Наварро (Navarro 2020, с. 272), професора Університету Джонса Хопкінса і засновника авторитетного журналу «The International Journal of Health Services», розвиток і проникнення неоліберального капіталізму в сферу охорони здоров'я сприяли тому, що з 1980-х років світ став свідком не менше чотирьох великих пандемій – Ебола, SARS, MERS, а тепер і COVID-19.

Також Наварро привертає увагу до того, що скорочення державного фінансування по всьому світу через ідейний вплив установок неоліберального капіталізму в таких сферах, як медичне обслуговування, громадська охорона здоров'я, дошкільна освіта та соціально-економічна підтримка вразливих людей (наприклад, людей похилого віку), завдало значної шкоди якості життя людей (Navarro 2020, с. 272).

Але зазначимо, що в умовах кризи капіталізму і неоліберальних реформ медицини в світі, ситуація з COVID-19 показала, що державна

потреба формувати і зберігати суспільне здоров'я нації, була підмінена ринковою доцільністю. І як зазначить Jennifer Cohen: «Під час пандемії COVID-19 ринковий егоцентризм став джерелом зростання смертності та захворюваності. Прагнення до одержання прибутку може обмежити доступ населення до основних ресурсів, необхідних для підтримки здоров'я, тим самим завдаючи шкоду окремим людям і, можливо, всьому суспільству. Прагнення до прибутку також може підірвати потенціал системи охорони здоров'я в зв'язку з неправильним розподілом товарів, які є вхідними ресурсами охорони здоров'я» (Cohen 2020).

Зрозуміло, що прагнення до прибутку в системі «лікар-пацієнт-держава-бізнес» підриває потенціал системи охорони здоров'я, і зрозуміло, що прибуток є вихідним пунктом капіталізму, і щоб зняти дане протиріччя, яке пов'язано з соціальним капіталом, держава повинна взяти на себе відповідальність справедливого співіснування і перерозподілу ресурсів. Неправильний розподіл ресурсів всередині ринку дає обґрунтування відповідальності держави за здоров'я, яке є суспільним благом.

Сучасна глобалізація з цифровими технологіями та швидкісними системами переміщення людей (перш за все, авіасполучення та морські перевезення) визначила роль та геополітичний статус держав у розвиненості власної сфери медицини під час глобальних загроз, а саме війн і різного роду пандемій, як от COVID-19. Цей геополітичний статус на практиці визначений такими характеристиками як:

1. Роль медичної сфери у публічному управлінні, стратегуванні держави у вирішення пандемії, ззовні – рішеннями інших держав, чи всередині – медичною сферою держави.

2. Довіра медичній сфері громадянського суспільства, та солідарність людей з нею.

3. Рівень медичної культури населення країни.

4. Рівень науково-дослідних установ, здатність працювати у екстремальних умовах та створювати вакцини. Швидкість та якість сертифікації, та купівля вакцин іншими країнами.

5. Фінансування медичних працівників та здатність працювати з загрозою для біологічного та психічного здоров'я під час переорієнтації закладів під завдання подолання пандемічної загрози. До цього пункту відноситься реабілітація та відтворення біологічного та психічного здоров'я медичних працівників.

6. Збереження балансу лікування інших небезпечних для життя захворювань під час пандемії.

7. Боротьба з «тіньовими» та корупційними схемами або навпаки їх розвиток під час пандемії.

8. Забезпечення медичної економіки задля відтворення успішних практик лікування, забезпечення та відтворення ланцюгів поставок продуктів харчування (необхідних для високого рівня імунітету) та забезпечення всім необхідним медичних закладів.

Країни, які готувалися до глобальних та локальних війн та попередження руйнівних чинників соціальних революцій завжди за основу брали державне забезпечення та регулювання цієї сфери, підвищення ролі власної медицини у двох контекстах прагнення: до «найкращої медицини» у світі або «сучасної державної моделі» медицини. У цих програмах реформування перевагу віддавали власному розвитку інституту медичної науки та її організації як вирішення актуальних та нагальних медичних проблем суспільства (Utiuzh and others 2021).

У відповідь на кризу якості медичної допомоги багато лікарів та медичних працівників закликають до гуманізації біомедичної моделі, на якій засновані сучасні медичні знання та практика.

З розвитком медичних технологій та біологічних наук почався перехід від вузько біомедичної моделі, зосередженої на усуненні симптомів, до біоетичної моделі медицини. Ця модель акцентує увагу не лише на біологічних аспектах здоров'я, а й на моральних, соціальних та філософських питаннях, пов'язаних із лікуванням та доглядом за пацієнтом.

Біоетична модель пропонує розглядати пацієнта як особистість, а не просто носія хвороби. Вона враховує автономію, права та цінності пацієнта, його соціальний контекст та психологічний стан. Більше того, біоетична модель медицини порушує важливі питання справедливості у розподілі ресурсів, етичності клінічних досліджень та впливу технологій на людську природу.

Результатом є різноманітність гуманістичних та соціально-філософських моделей: від біопсихосоціальних до наративної моделі в медицині, в якій людиноцентристський вимір пацієнта відновлюється у відносинах між пацієнтом та лікарем.

Ці моделі загалом намагаються замінити біомедичну турботу про лікування гуманною турботою про одужання. Крім того, пацієнти тепер шукають альтернативні та додаткові форми охорони здоров'я, щоб компенсувати неефективне лікування, особливо хронічних захворювань, спричинених недбалістю або передбачуваною байдужістю медиків до прийняття принципів пацієнтоцентризму.

Критика біомедичної моделі породила низку дискусій про розвиток і взаємозв'язок філософії та біоетики.

Тому наприкінці 1960-х – на початку 1970-х років на конференціях почали активно підніматися питання філософського характеру про медицину. Науковці активно почали шукати нову філософію для біоетики.

По-перше, ставилася мета помістити медицину у ширші культурні інтереси. Це було зумовлено зростаючим значенням самої медицини. У кожній розвиненій країні на охорону здоров'я припадало дедалі більше внутрішнього валового продукту. Перспективи нових технологій також загрожували, здавалося б, новими моральними та суспільно-політичними головоломками. Якщо право заслуговувало на філософію права, то медицина, здавалося, заслуговувала на щось на кшталт філософії медицини.

Хоча в 1960-х роках цей термін майже не використовувався, філософія медицини все ж таки мала історію, яка сягає початку ХІХ століття.

І в цьому аспекті логічно говорити про зародження польської школи філософії медицини у європейському науковому просторі.

Філософська думка польських вчених, таких як Людвіг Флек, Ріхард Кох, Тітус Халубінський (1820–1889) та ін., впливала з їх практичного досвіду роботи лікарями або працівниками клінічних лабораторій. Всі вони – і в цьому, мабуть, найбільша їхня оригінальність – були лікарями, а не вченими чи філософами. Вони займалися приватною практикою та рідко обіймали університетські посади. Той факт, що в Польщі філософія медицини народилася з клінічної практики, вплинув на їхні філософські дослідження.

Для мислителів польської школи медицина була не лише наукою, а насамперед мистецтвом лікування. Їхньою головною метою було дізнатися не про те, що таке хвороби, а про те, що з ними можна зробити. Іноді вчені обговорювали (як це робили їхні колеги, які писали про філософію медицини в інших країнах) загальні принципи медичної науки, але в основному їх цікавила терапія – найвідсталіший аспект нової наукової медицини ХІХ ст. (Löwy 1990).

Зосередженість на терапії як на головному питанні заклала основу для подальшого розвитку філософії медицини. Філософія медицини почала еволюціонувати, інтегруючи не тільки питання про те, як лікувати хвороби, але й про те, як розуміти саму природу здоров'я, хвороби та відносини між лікарем і пацієнтом.

Цей аспект дуже важливий для нашого дослідження, у зв'язку з тим, що в сучасних умовах медицина все більше і більше технологізується і відходить від людини, лікар все більше лікує хворобу, а не людину, взаємини лікар-пацієнт все більше і більше стають симулятивними.

Продовжуючи визначати значимість пошуку нової філософії для медицини, відмітимо, що нові технології, такі як відділення інтенсивної терапії та трансплантація органів, потребують ясності у таких питаннях, як визначення часу смерті.

Старі моральні проблеми стали більш гострими, тому що технології, які стали підставою для цього, стали більш безпечними та привабливими: наприклад, аборт став асоціюватися з меншим ризиком захворюваності та смертності, і з'явилася надія на ще більш ефективну пренатальну діагностику та селективне знищення плоду.

Ці та багато інших питань, оцінки та пояснення, пов'язані з медициною, відтоді породили стійкі філософські роздуми та аналіз. Мало хто з філософів, здавалося, помічав їх. А якщо й помічали, то ще не знали, як їх назвати і до якої окремої області їх віднести.

Існував, (ну, напевно, в наших умовах і існує), серйозний опір стосовно філософії медицини та біоетики, як наукових досліджень (Engelhardt and Spicker 1975, pp. 211–234).

Філософи були схильні займатися цією областю науки. Їм здавалося, що вони зачіпають «лише» питання застосування.

Лікарі чинили опір думці, що філософи можуть зробити внесок у розуміння їхньої професії. Тільки реальний клінічний досвід було використано для того, щоб забезпечити належне розуміння медичних моральних питань. Потім ситуація почала змінюватися, значною мірою завдяки проникливості, інтелекту та енергії небагатьох людей.

Інститут гуманітарної медицини медичного факультету Університету Техасу організував перший міждисциплінарний симпозіум з філософії та медицини, який пройшов у Гальвестоні у травні 1974 року. Доповіді, представлені на симпозіумі, стали основою для серії книг з філософії та медицини за редакцією Г. Трістрама Енгельгардта-молодшого та Стюарта Ф. Спікера (Carson and Burns 1997).

У вступі до першого тому цієї серії Енгельгардт і Спікер зазначили, що «медицина є важливою соціальною проблемою, недостатньо вивченою філософією» (Engelhardt and Spicker 1975)

Учасники першого симпозіуму сприяли філософській та історичній оцінці понять здоров'я та хвороби, дослідженню епістемологічних питань філософії науки та медицини, феноменологічному аналізу зв'язку між організмом та особистістю, а також розвитку «етики чеснот». Редактори планували продовження симпозіумів для трансдисциплінарного діалогу між філософією та медициною.

У лютому 1995 року в Гальвестоні було проведено другий симпозіум, щоб відзначити більш ніж двадцятирічний успіх серії. Учасників (деякі з них брали участь у першому симпозіумі) попросили відповісти на такі питання: як і з якими цілями вчені-гуманісти, медики та лікарі-практики вели дискусії в останні десятиліття? Чи були їхні діалоги сформовані суспільними поглядами, політичною філософією, академічними стереотипами, професійною етикою та суспільним тиском? Які глобальні концепції та питання порушувалися у цих діалогах? Чи справили ці діалоги помітний інтелектуальний чи суспільний вплив? Чи покращили вони догляд за пацієнтами?

Том 50 серії «Філософія медицини та біоетика» включає різноманітні чіткі відповіді на ці питання. Відповіді згруповані у три розділи: Історія та Теорія, Практика та Теорія, Політика. Автори статей першого розділу розглядають різні теоретичні аспекти гуманітарних наук, філософії науки та особливості філософії медицини (Carson and Burns 1997).

Едмунд Пеллегріно вказує на тривожний дисбаланс між «клінічною медициною» та філософською етикою, який відображає сучасний пріоритет вже біоетичної моделі в медицині, але яка максимально технологізується та стає симулятивною основою професійної діяльності медиків.

Е. Пеллегріно відводить чільне місце філософській етиці у формуванні і розвитку біоетики. На його думку, філософія є однією з дисциплін, що заслуговує на почесне місце, оскільки залишається «фундаментальною дисципліною для аналітичної та нормативної етики», (від себе додамо, що

саме філософія, філософська культура дозволяє вченим, спеціалістам розуміти значимість і пріоритетність фундаментальних, ціннісних основ наукових теорій, які є об'єктивними істинами у розвитку науки).

Автор стверджує, що інші дисципліни можуть вчити, як щось було і чому, але тільки етика та філософія здатні оцінити, що в моральному житті є поганим чи добрим. Філософія медицини повертається до розуміння медицини як мистецтва лікування, де людина знаходиться в центрі професійної діяльності лікаря, всебічного аналізу медичної практики, де лікують людину, а не хворобу (Е. Пеллегріно, Д. Томасма) (Pellegrino 1988).

Критичний пафос робіт цих дослідників ґрунтовно вплинув на весь комплекс медико-гуманітарних дисциплін (medical humanities), який почав формуватися саме в цей час. Під вплив «антимедикалістської (критичної) парадигми» потрапили філософія медицини, медична етика, медична історія, медична антропологія та ціла низка інших дисциплін. У поле уваги дослідників, які представляють різні напрями гуманітарно-медичного знання, потрапили проблеми медичного технократизму, медичного антигуманізму та низка інших.

Незалежно від того, наскільки помірну чи радикальну інтелектуальну позицію займав той чи інший черговий дослідник, відтоді він не міг уникнути вихідного антимедикалістського імпульсу і намагався осмислити свій предмет у термінах, вільних від впливу технологізованого дискурсу медицини.

Серед найважливіших проблем, які потрапили у фокус уваги представників філософії медицини, виявилися проблеми:

- чи є хвороба просто скупченням знаків або біомаркерів;
- чи є клінічні дослідження коректними щодо хвороби та чи правильно поставлені діагнози. Визначена проблема спрямовує увагу на пізнавальні межі науки, етичні аспекти прийняття рішень у медицині, а також на онтологічний статус понять «хвороба» і «здоров'я»;
- чи відповідає сучасна медицина основам буття, існування;
- чи може лікар утримуватися від шаблонних гіпотез і теорій у постановці діагнозів;
- чи є медицина наукою, технологією, ремеслом, мистецтвом, чи всім разом.

Широта і складність цих та багатьох інших проблем були очевидними для багатьох дослідників, тому вони спробували підійти до вирішення цих проблем з різних сторін.

У самих проблемах було виявлено кілька вимірів – соціально-філософський, соціологічний, антропологічний, етичний. В рамках прикладу звернемось до проблеми коректності клінічних досліджень. У філософії науки обговорюється питання надійності та об'єктивності емпіричних даних.

У філософії медицини ця тема набуває особливої ваги, а саме, клінічні дослідження часто спираються на рандомізовані контрольовані дослідження (RCT), що вважаються «золотим стандартом».

Але питання коректності виникає через:

- проблему вибірки: чи репрезентативні учасники дослідження?
- контекстуальність даних: чи результати досліджень справедливі для інших соціальних або культурних контекстів?
- фінансова чи корпоративна зацікавленість: чи немає конфлікту інтересів?
- епістемологічна проблема: чи клінічні випробування здатні адекватно відображати реальну природу хвороби, чи вони описують лише її модель, що має обмеження?

Філософія медицини активно аналізує коректність досліджень та діагностики. Вище наведена аналітика презентована провідними фахівцями, чії праці формують сучасний філософський дискурс у медицині. Ось тільки декілька прикладів.

Тріша Грінхолг (Trisha Greenhalgh) є одним із провідних дослідників доказової медицини (Evidence-Based Medicine, EBM) та її епістемологічних обмежень: «Медицина, що ґрунтується на доказах, має потенціал, щоб запропонувати багато, але стала неконтрольованою галуззю, де домінує статистична значущість, а не клінічна значущість» (Greenhalgh and others 2014).

Ян Хакінг (Ian Hacking) досліджував конструктивістський підхід до діагностики та медичних категорій: «На класифікації, що використовуються в діагностиці, впливає не лише медична наука, а й соціальні норми та історичний контекст» (Hacking 1999).

Джеремі Ховік (Jeremy Howick) аналізував методологічні основи доказової медицини, включно з упередженнями та обмеженнями РКД (рандомізованих контрольованих досліджень): «Рандомізовані випробування можуть бути упередженими за своїм дизайном, проведенням або інтерпретацією, а ієрархія доказів не завжди відображає надійність доказів на практиці» (Howick 2011).

Марк Ерешевскі (Marc Ereshefsky) досліджував онтологію хвороб, стверджуючи, що багато медичних категорій – це практичні конструкції, а не чітко окреслені природні види: «Багато категорій захворювань створені для практичних цілей і не відображають природних видів» (Ereshefsky 2009).

Занурення в серцевину цих проблем дозволило виділити в них особливе філософське ядро, яке було стягнуте до питань про свободу вибору, благо, цінності. Тому філософія медицини і матиме структуру наукового дискурсу, вказуючи на різного роду проблематику, яка народжена розвитком медицини, а саме: ми можемо говорити про онтологію, епістемологію, антропологію, соціально-філософський аспект медицини.

Наголосимо, що на початку минулого століття процвітала епістемологічна традиція. Медицина характеризується насамперед як природнича наука. Істотними є методи набуття та застосування знань. Дотримуючись методологічних правил неупередженого спостереження в лабораторії, анатомічному кабінеті і біля ліжка хворого, а також роблячи висновки на основі зібраних фактів, медицина формує критерії самостійної науки, а саме, формується предмет медицини, власні дисциплінарні засоби і

методи пізнання, формується специфічна наукова мова із своїми центральними поняттями (категоріями). Медицина формується в парадигмі еволюціонізму, який породив наукові ідеології прагматизму та позитивізму, в яких «позитивним є те знання, яке перевіряється досвідом», а метафізичні (ціннісні) проблеми людини, її здоров'я, хвороба, стали мало цікавити медичне співтовариство.

Однією із стратегій вирішення цих проблем стало оновлене самоосмислення медицини як мистецтва. Річард Кох, наприклад, визначає медицину як мистецтво зцілення (Koch 1930). Тому особливу увагу слід приділити особистості лікаря. Особисті риси художника визначають його досягнення. Коли особисті якості лікаря такі важливі для досягнень медицини, можуть виникнути серйозні сумніви щодо центральної ролі епістемологічних питань у філософствуванні. Тому цей аспект філософії медицини плавно перепливає у сферу актуальних питань медичної антропології і нарративної медицини (Нарративна медицина – це підхід, що підкреслює значення історій пацієнтів, їх особистих досвідів і життєвих контекстів у процесі діагностики, лікування й прийняття клінічних рішень (Charon 2006). Її суть – розширення біомедичної моделі шляхом інтеграції гуманітарних знань, літератури, етики та емпатійної взаємодії (Charon 2006)).

Антропологічний (соціально- і культурно-антропологічний) рівень відносин лікаря та пацієнта почав осмислюватись лише у 1970-ті рр., головним чином з позицій медичної антропології – дисципліни, яка тоді почала робити свої перші кроки. Для антропологів пацієнтська проблематика була чимось принципово новим, оскільки протягом дуже тривалого періоду антрополози займалися вивченням «дикунів», «тубільців» і міських маргіналів.

В рамках «стандартної моделі» Парсонса (визначення здоров'я та хвороби у світлі цінностей певної культури та формування соціальної структури), яка широко застосовувалася і в антропології в 1950-і та 1960-і рр., пацієнти як слабка сторона були закономірним предметом уваги, але все-таки принципових досліджень пацієнтського досвіду в антропології не велося до середини 1970-х р.

У 1975 р. у Гарвардському університеті утворилася група, що складається з лікарів-психіатрів та антропологів, яка увійшла в історію як Гарвардська школа медичної антропології. Одне з практичних завдань, яке поставили перед собою дослідники, що входять до неї, полягала в тому, щоб розробити методи більш ефективного лікування як в психіатрії, так і в рамках широкої медичної практики. Учасники групи вказали на те, що в більшості випадків лікування пацієнтів лікарями не вдається досягати так званого комплайнсу (згоди). Можливо, це викликано тим, що лікарі просто не розуміють своїх пацієнтів та лікують їх як прості біологічні машини. Гарвардські медичні антрополози вирішили виправити цю прогалину і зайнялися вивченням різних аспектів пацієнтського досвіду, брали до уваги та використовували досвід самих пацієнтів у лікуванні (Mikhel 2009).

З моменту виникнення медична антропологія мала практичну направленість. Більшість роботи, виконаної медичними антропологами, пов'язана з розумінням і реагуванням на нагальні питання та проблеми зі здоров'ям у всьому світі, оскільки вони знаходяться під впливом і формуються соціальною організацією, культурою та умовами життя людини. Незважаючи на сильний акцент на вирішенні практичних питань охорони здоров'я, ініціативи в рамках цієї дисципліни зазвичай керувалися тією чи іншою з кількох альтернативних теоретичних точок зору.

Хоча межі між цими рамками для пояснення здоров'я в соціокультурному контексті не завжди були чітко визначені, і хоча були розбіжності щодо того, які теоретичні підходи є провідними у будь-який момент часу, більшість медичних антропологів у своїй роботі перебували під впливом панівних теорій у цій галузі.

Було зроблено кілька зусиль, щоб описати та протиставити найвпливовіші теорії в медичній антропології. У своїй книзі «Хвороба та зцілення: антропологічна перспектива» Роберт Хан (1995) визначив три домінуючих теоретичні рамки в медичній антропології, включаючи екологічні/еволюційні теорії, теорії культури та політико-економічні теорії (Hahn 1995).

У своїй книзі «Медицина, раціональність і досвід: антропологічна перспектива» Байрон Дж. Гуд (1994) виділив чотири теоретичні орієнтації, які можна знайти в медичній антропології: емпіричну парадигму, когнітивну парадигму, смислоцентровану парадигму та критичну парадигму (Good 1994).

Нарешті, у «Медична антропологія в екологічній перспективі» Енн МакЕлрой та Патрісія Таунсенд (1996) також обговорили чотири підходи, а саме медичні екологічні теорії, теорії інтерпретації, політичну економію чи критичні теорії та політико-екологічні теорії (McElroy and Townsend 1996).

Незважаючи на ці різні способи групування й упорядкування концептуальних та пояснювальних моделей в медичній антропології, очевидно, що існує загальна згода, що є невелика кількість ідентифікованих кластерів теорій, що керують роботою, яка виконується в цій галузі. Серед них чільне місце займає точка зору, яку називають або критичною медичною антропологією, або, рідше, політично-економічною медичною антропологією (Singer 2004).

Критична медична антропологія зосереджується на аналізі того, як соціальні, економічні та політичні чинники впливають на системи охорони здоров'я, хвороби, доступ до медичних послуг і здоров'я населення загалом. Вона розглядає медицину не лише як сукупність біомедичних знань, але й як інструмент, через який відтворюються нерівності в суспільстві. У межах цієї парадигми особливу увагу приділяють таким темам, як соціальна справедливість, структурне насильство, вплив глобалізації на системи охорони здоров'я, а також дискурсам, які формують уявлення про здоров'я та хворобу.

Ця точка зору має багато спільного з філософією медицини, яка також прагне розширити розуміння медицини за межі виключно біологічних пояснень. Філософія медицини ставить запитання про природу хвороби та здоров'я, цінності, які лежать в основі медичної практики, і моральні аспекти, пов'язані з лікуванням. У цьому контексті критична медична антропологія доповнює філософські підходи, зосереджуючи увагу на соціокультурних і політичних умовах, які впливають на уявлення про здоров'я, доступність медицини та її ефективність.

Таким чином, об'єднання критичної медичної антропології з філософією медицини дозволяє глибше зрозуміти не лише соціальні механізми, які формують медичну практику, але й етичні дилеми, що виникають у процесі її застосування. Це сприяє більш інтегрованому підходу до здоров'я, який враховує як біомедичні аспекти, так і культурні, економічні й політичні контексти, у яких ця практика реалізується.

Презентуючи структуру філософії медицини, ми можемо поставити питання про те, наскільки медичне знання та його історична еволюція, взяті як предмет наукового дослідження, вплинули на становлення теорії науки в цілому. Крім того, розглядаючи, яким чином можлива, і чи можлива взагалі, побудова загальної теорії наукового знання, яка поєднувала б його пізнавальний, технологічний та соціальний аспекти, ми звертаємося до робіт постструктуралістської методології. Проведений на підставі даних робіт аналіз дозволив показати тісний зв'язок власне пізнавальних проблем і тих історичних умов, в рамках яких світоглядні, соціальні проблеми медицини виникають і вирішуються. Та обставина, що саме в роботах, що розглядають медичну проблематику, цей зв'язок проявляє себе особливо яскраво, дозволила висловити припущення, що саме роботи «медичної спрямованості» вплинули на те, що теорія науки в другій половині ХХ ст., окрім епістемологічної проблематики, все більшою мірою почала включати розгляд історико-культурного і соціально-філософського контексту наукових досліджень в медицині.

Список використаних джерел

Верхратський, С. А., Заблудовський, П. Ю. (1991). Історія медицини: Нав. посібник. 4-е вид., випр. і допов. К.: Вища шк.

Жусипбек, Г., & Нагаєва, Ж. (2021). The fundamental human right to health, the significance of non-commercialized health care system, and the challenges of neoliberal capitalism. *Adam Alemi*, 89(3), 100–110. <https://doi.org/10.48010/2021.3/1999-5849.09>

Pellegrino, E. D. (2008). The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader (H. T. Engelhardt & F. Jotterand, Eds.). *University of Notre Dame Press*. <https://doi.org/10.2307/j.ctvpj7fgp>.

Фергюсон, Н. (2017). *Цивілізація. Як Захід став успішним* (В. Циба, пер.). Наш Формат.

Carson, R.A., & Burns, C.R. (1997). *Philosophy of medicine and bioethics: a twenty-year retrospective and critical appraisal*.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Cohen, J. (2020). COVID-19 Capitalism: The Profit Motive versus Public Health. *Public Health Ethics*, Volume 13, Issue 2, July 2020, 176–178. <https://doi.org/10.1093/phe/phaa025>.

Conrad, P. (2007). The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. *Johns Hopkins University Press*. <http://site.ebrary.com/id/10256349>.

Engelhardt, H. Tristram & Spicker, Stuart F. (eds.) (1975). *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Reidel.

Ereshefsky, M. (2009). Defining ‘health’ and ‘disease’. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40(3), 221–227.

Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Pantheon Books. (Original work published 1963).

Foucault, M. (1970). *The order of things: An archaeology of the human sciences*. Pantheon Books.

François de La Rochefoucauld. (2015). *Reflections; Or Sentences and Moral Maxims*. Create Space Independent Publishing Platform.

Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Harvard University Press.

Hahn, R. (1995). *Sickness and healing: An anthropological perspective*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Health preservation as an assignment on the state and global scale (2021) / I. Utuizh, N. Spysia, M. Mehrelishvili, N. Pavlenko. *Humanities studies: зб. наук. пр.*, Вип. 9 (86). Запоріжжя: Запорізь. нац. ун-т.

Howick, J. (2011). *The philosophy of evidence-based medicine*. Wiley-Blackwell.

Illich, I. (1975). *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. Marion Boyars.

Kasavin, I. T. & Porus, V. N. (2023). Philosophy of Science. *Epistemology and Philosophy of Science*, 60 (4), 7–21.

Koch, R. (1930). *Die ärztliche Ethik: Ihre geschichtliche Entwicklung und ihre Grundlagen* [Medical ethics: Its historical development and foundations]. Leipzig: Thieme.

Löwy, I. (1990). *The Polish School of Philosophy of Medicine: From Tyfus Chalubinski (1820–1889) to Ludwik Fleck (1896–1961)*. Springer.

Marcum, James A. (2008). *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*. Springer.

McElroy, A., & Townsend, P. K. (1996). *Medical anthropology in ecological perspective* (3rd ed.). Boulder, CO: Westview Press.

Mikhel D. V. (2009). Sotsial'naya istoriya meditsyny: stanovlenie i problematika (Social history of medicine: development and problemacy). *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* (The journal of social policy studies), vol. 7, № 3, 295–312.

National Research Council (US) Committee on New and Emerging Models in Biomedical and Behavioral Research. *Biomedical Models and Resources: Current Needs and Future Opportunities*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1998. Biomedical Model Definition. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230283/>

Navarro, V. (2020). The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic. *Int J Heal Serv.*, 7.07.2020, 50(3).

Novel Innovation Design for the Future of Health: Entrepreneurial Concepts for Patient Empowerment and Health Democratization. (2022). Friebe, M., editor Springer, November.

Pellegrino, Edmund D. (1988). *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press. Edited by David C. Thomasma.

Rocca, E., Anjum, R.L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. In: Anjum, R.L., Copeland, S., Rocca, E. (eds) *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5

Singer, M. (2004). Critical Medical Anthropology. In: Ember, C.R., Ember, M. (eds) *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_3

Smith, R. (2002). Limits to Medicine. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. *BMJ*, Apr 13; 324(7342):923. PMID: PMC1122871.

Stegenga, J. (2018). *Medical Nihilism*. Oxford University Press.

1.2. Актуальні проблеми філософії медицини: соціально-філософський аналіз*

Філософія медицини у сучасному науковому дискурсі презентує себе кількома потужними парадигмами – це фрейдомарксизм та постструктуралізм. Саме дані парадигми розглядають філософію медицини та фармації як рефлексію на здорове збереження людини та суспільства.

*© Утюж Ірина Геннадіївна, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, 2025.